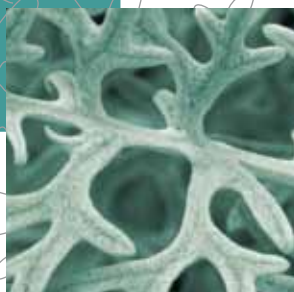




Rapport d'activité

2009

Autorité de Contrôle des Assurances
et des Mutuelles

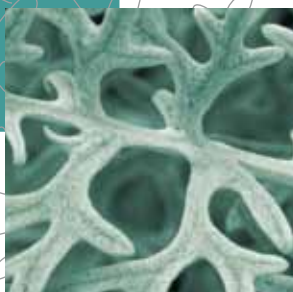




Rapport d'activité

2009

Autorité de Contrôle des Assurances
et des Mutuelles



1^{ère} PARTIE PRÉSENTATION

1. Une mission fondamentale : protéger les assurés	06
2. L'interview du Président	08
3. L'interview du Secrétaire général	10
4. Organisation et organigramme	12
5. Faits marquants de l'année 2009	15

2^e PARTIE MISSIONS

1. Contrôler et accompagner	18
1.1 Une mission fondatrice : le contrôle prudentiel des organismes d'assurance et des mutuelles	20
1.2 La transformation des IRS : bilan	29
1.3 Le contrôle des intermédiaires	32
1.4 La Lutte anti-blanchiment	35
1.5 Cas pratiques	40
1.6 Sanctions et autres décisions particulières	42
2. Protéger et prévenir	46
2.1 Le rôle de l'ACAM dans la protection des droits des assurés	46
2.2 La grande diversité des problématiques traitées par l'ACAM	47
2.3 La médiation	55
3. Surveiller et analyser	58
3.1 Les organismes contrôlés et la remise des documents prudentiels	58
3.2 Les contrats d'assurance et la veille juridique	61
3.3 Le suivi de l'actualité réglementaire	63
3.4 Marché et enquêtes de l'ACAM : une surveillance renforcée due à la crise financière	66
4. Coopérer et échanger	72
4.1 Au niveau national	72
4.2 Au niveau européen	78
4.2 Au niveau international	91
5. Communiquer	94
5.1 Les actions de la communication externe	94
5.2 Les travaux d'actuariat des commissaires-contrôleurs	96
5.3 Les interventions extérieures	97

SOMMAIRE

LEXIQUE

98



Sommaire

1^{ère} PARTIE PRÉSENTATION

1. Une mission fondamentale : protéger les assurés	06
2. L'interview du Président	08
3. L'interview du Secrétaire général	10
4. Organisation et organigramme	12
5. Faits marquants de l'année 2009	15

PRÉSENTATION DE L'ACAM

L'ACAM est l'un des trois piliers du contrôle du secteur financier français, avec la Commission bancaire et l'Autorité des marchés financiers.

Autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale, elle a en charge le contrôle de l'ensemble des organismes d'assurance. Elle veille au respect de la réglementation et s'assure que les organismes placés sous son contrôle sont à tout moment en mesure de tenir leurs engagements. Elle est composée d'un Collège de 9 membres et d'un Secrétariat général employant 220 agents.

En 2009, l'ACAM a participé activement à l'élaboration du projet de fusion avec la Commission bancaire, qui vise à renforcer les garanties de stabilité du système financier et la protection des assurés. Elle a par ailleurs fortement contribué à la sensibilisation des acteurs du secteur à la préparation de la réforme Solvabilité II.



1. Une mission fondamentale : protéger les assurés

Contrôler, accompagner

L'ACAM **contrôle** les sociétés du secteur de l'assurance. Elle analyse en profondeur les risques et les perspectives des organismes d'assurance pour le compte de l'État. Cette analyse prudentielle stratégique vise à s'assurer de la capacité des sociétés à remplir à tout moment leurs engagements vis-à-vis des assurés. L'ACAM peut être amenée à préconiser des recommandations ou prendre des mesures de sauvegarde. En cas d'urgence, elle peut être amenée à prendre des mesures de redressement et, si nécessaire, appliquer des sanctions. Elle bénéficie d'une indépendance organisée par la loi, d'une autonomie financière et de larges pouvoirs d'investigation.

Protéger, prévenir

L'ACAM mène de nombreuses actions de **prévention**, à travers la sensibilisation des organismes à tous les risques encourus, la détection et l'alerte précoces de ces risques, et l'incitation à rechercher des solutions de partenariat ou d'adossment. Ces actions de prévention permettent de remédier à la plupart des difficultés rencontrées par les organismes.

Par ailleurs, en cas de litige avec un organisme assureur, le Département du Droit du Contrat et des Relations avec les assurés de l'ACAM peut être sollicité à tout moment par toute personne intéressée. L'objectif est de faire respecter les droits des assurés.

Surveiller, analyser

L'ACAM collecte régulièrement des informations auprès des organismes pour remplir ses missions de contrôle prudentiel, de **surveillance** et de **suivi du marché**. Elle élabore des séries statistiques qui portent sur les résultats comptables annuels, ainsi que des tableaux de synthèse des sociétés et de leurs opérations.

Elle mène régulièrement des enquêtes sous forme de contrôles thématiques ou de questionnaires. En 2009, ces actions ont été renforcées face à l'aggravation de la crise financière.

L'ACAM participe par ailleurs :

- à l'élaboration de la réglementation ;
- aux réflexions européennes sur l'avenir de la régulation financière ;
- aux réflexions sur le développement de la place financière de Paris.

Coopérer, échanger

La crise financière a nécessité de renforcer le rôle et les moyens des organes de régulation et de contrôle, ainsi que les échanges entre ces diverses entités aux niveaux national, européen et international.

Cette coopération s'étend plus largement à l'AMF, au CEA (Comité des entreprises d'assurances), aux diverses organisations professionnelles du secteur (FFSA, GEMA, CETIP, FNMF, FNIM), ainsi qu'à la direction générale du Trésor et à la direction de la Sécurité sociale.

En 2009, le renforcement de cette coopération s'est plus particulièrement incarné dans le cadre du projet « Solvabilité II », dont les nouvelles exigences prudentielles s'imposeront à partir de 2013.

La création d'une nouvelle autorité fusionnant l'ACAM et la Commission bancaire s'inscrit dans cette logique. La nouvelle entité, qui s'appuiera sur l'expertise de la Banque de France, veillera à la qualité des situations financières des entités supervisées et sera le garant de la stabilité du système financier et de la protection des clientèles.

// L'ensemble des actions de l'ACAM fait l'objet de communications régulières auprès des différents publics de l'Autorité, notamment à travers la publication d'un rapport annuel, de lettres trimestrielles, d'un site Internet, ainsi que d'interventions extérieures sur des sujets d'actualité. //

2. L'interview du Président

Quel bilan dressez-vous de ces 6 années d'activité de l'ACAM ?

Depuis sa création le 20 juillet 2004, nous avons constitué, à partir de peu d'éléments, une véritable maison commune à l'ensemble du domaine de l'assurance. En 2004, la CCA ne disposait ni de la personnalité morale, ni de services de gestion propres. Elle n'avait ni de budget autonome, ni de services des relations humaines, de la communication, des études et statistiques, ni d'informatique à elle. Elle devait aussi opérer la fusion avec l'ex CCMIP. Tout cela a été réalisé et mis en place : l'ACAM dispose maintenant de ressources propres, qui seront reprises par l'ACP, et d'un budget solide et respecté ayant permis de constituer 32 millions d'euros de réserves. Le personnel a été étoffé et diversifié avec le recrutement de juristes, de gestionnaires ou d'assistants de contrôle. Nous nous sommes installés dans des locaux neufs, où la Commission bancaire va venir nous rejoindre. Enfin, nous nous sommes efforcés de renforcer les liens intérieurs et de développer une culture propre : lettre interne, site Intranet, œuvres sociales... autant d'outils lancés avec succès. L'ACP souhaite d'ailleurs largement intégrer cette communication dans son approche.

Pendant ces années, le Collège et les services ont beaucoup travaillé : le Collège - renouvelé pour plus de la moitié en cours de route, mais dont beaucoup de membres actuels devraient se retrouver à l'ACP - en sera le 10 février 2010 à sa 137^e séance... 180 en comptant les Commissions spécialisées et les séances conjointes avec la Commission bancaire. Cela représente plus de 620 heures de séances, soit plus de quatre mois à temps plein aux 35 heures, sans compter la préparation qui multiplie ce temps par deux ou trois ! Le Collège a également tenu 105 auditions, et a rendu environ 300 décisions. La prévention fonctionnant bien, les sanctions n'ont concerné que 36 séances.

En ce qui concerne les services, ils ont continué à exercer leur rôle fondamental de contrôle permanent et de prévention, mais ils ont aussi réalisé plus de 300 contrôles sur place pendant cette période. Leurs activités se sont étendues, avec notamment la mise en place d'une cellule organisée de lutte anti-blanchiment, le contrôle des intermédiaires, le département d'études et de statistiques, la gestion de la Convention AERAS, mais aussi un engagement

à l'international renforcé auprès de l'IAIS, du CEIOPS et de la Commission Européenne.

Quelles actions marquantes ont été mises en œuvre pour faire face à la crise ?

L'un des aspects les plus marquants de ces deux dernières années a été le traitement de la crise : dès août 2007, l'ACAM lançait une première enquête sur les risques pris en matière de crédits « subprime ». Par la suite, elle a analysé, dans chaque cas, les conséquences - en définitive limitées - des accidents successifs qu'ont été les faillites de Lehman Brothers et d'AIG, l'affaire Madoff, les défaillances d'assureurs « monoline ». L'Autorité a aussi assuré un suivi particulier des dix premiers assureurs-vie et d'un certain nombre de dossiers individuels dont la situation était un peu plus tendue. Mais je tiens à souligner qu'aucune défaillance d'assureur n'a été enregistrée en France, à la différence de ce qui s'est passé chez certains de nos voisins. Enfin, des exercices prévisionnels ont été conduits sur les comptes à la fin 2008, puis fin 2009, ainsi que des « stress tests » réalisés sur la base d'hypothèses nouvelles ; ceux-ci vont être relayés par ceux demandés par Bruxelles.

L'ACAM a également eu un rôle pédagogique et technique fort pour la préparation des futures règles européennes de Solvabilité II (pendant de Bâle 2 pour les banques) : elle participe activement aux travaux préparatoires des mesures d'application et à la mise en place et l'exploitation des études d'impact (les QIS). Elle conduira bientôt les tests des premiers modèles internes élaborés par des assureurs. Ces travaux ont été largement commentés lors de conférences de contrôle, de tables rondes et par des publications spécialisées.

Un autre apport de l'Autorité à la Place est celui des recommandations, interprétations et conseils de bonne pratique « guidance » pour les Anglo-saxons, rôle que certains ont cru devoir contester, mais qui est des plus utiles et sera bien dans les compétences de l'ACP.

En outre, notre département en charge des droits des assurés a largement développé ses interventions, en liaison avec les organisations professionnelles.

L'ACAM a par ailleurs adressé, à plusieurs reprises, des avertissements prudentiels : d'abord sur les

risques de renonciation à des contrats d'assurance pour défaut d'information adéquate, puis sur les taux de revalorisation servis et enfin, sur les garanties offertes. D'où les trois mesures de sanction prises sur ce sujet en juillet 2009.

Enfin, l'Autorité avait pris cinq engagements à l'égard de la Place :

- diffuser une Lettre externe ;
- élaborer et publier une Charte du contrôle ;
- développer la « soft regulation » ;
- assurer la télétransmission des déclarations ;
- organiser des réunions trimestrielles de concertation avec les organisations professionnelles.

Tous ont été tenus. La dernière réunion de concertation de place a eu lieu le 16 décembre dernier.

Que pensez-vous de la nouvelle ossature de régulation, tant à l'international qu'aux niveaux européen et national ?

2010 sera une année de grande réorganisation de la supervision financière. Même si la sortie de crise semble bien amorcée, on peut craindre que ses leçons ne soient vite oubliées, comme le montrent la flambée des cours des matières premières et la forte volatilité des marchés financiers. Il est donc important que les principes de régulation renforcée adoptés au niveau mondial dans le cadre du G20 soient concrétisés. Tel est l'objet de la nouvelle organisation européenne de la supervision, qui se met en place en suivant les options du rapport Larosière de février 2009. Comme on le sait, elle s'organise à trois niveaux :

- Le Comité Européen du Risque Systémique, présidé par Jean-Claude Trichet (il ne comporte malheureusement qu'un seul régulateur de l'assurance, qui devra se montrer d'autant plus actif), est chargé de l'approche macroprudentielle, c'est-à-dire de la surveillance des évolutions globales et de l'alerte sur les risques. Il agira en lien avec les trois agences européennes sectorielles qui devront, en cas de besoin, ouvrir l'accès à leurs données.
- Au niveau « microprudentiel », les trois nouvelles agences européennes, l'AEAPP (EIOPA en Anglais) pour l'assurance, l'ABE pour les banques et l'AEMF pour les marchés financiers, auront la personnalité morale et un budget. Elles édicteront des recommandations et des normes techniques, et surtout pourront arbitrer des divergences d'interprétation ou des conflits d'attribution.

Les autorités nationales restent, quant à elles, en charge du contrôle permanent des organismes.

Un deuxième grand sujet de supervision financière sera la poursuite de la progression vers Solvabilité II. Les travaux sur le « QIS5 » se dérouleront d'août à octobre 2010. La Commission Européenne élabore les mesures d'exécution de niveau 2 et le CEIOPS (future AEAPP) les recommandations de niveau 3 pour une adoption finale prévue mi-2011 et une entrée en vigueur, après le délai nécessaire pour transposer les textes, le 31 octobre 2012. Mais au-delà de ces règles nouvelles, la crise a montré qu'il était déjà nécessaire de penser à « Solvabilité III » comme dans le secteur bancaire on travaille déjà sur « Bâle 2 bis » ou « Bâle 3 ».

Comment avance la constitution de la future ACP ?

Le chantier progresse selon le calendrier prévu. Le texte de l'ordonnance créant la nouvelle autorité a été adopté en Conseil des Ministres le 20 janvier 2010 et publié dans la foulée, ainsi que les deux décrets d'application. La première séance du Collège de l'ACP devrait intervenir début mars.

Le nouveau Collège comportera 4 formations : 16 membres pour le Collège plénier, 8 pour chacune des trois autres formations : collège restreint, sous-collège assurance et sous-collège banque. En outre, une Commission des sanctions distincte du collège, mais partie intégrante de l'Autorité, sera constituée. Pour garantir la spécificité du métier du contrôle de l'assurance, un poste de vice-président assurances doté de pouvoirs significatifs - présider le sous-collège assurance et proposer son ordre du jour, participer au Conseil général de la Banque de France, recevoir des délégations - a été institué.

Concernant le personnel, chacun trouvera sa place dans le nouvel ensemble. Tout sera mis en œuvre pour que le statut et les rémunérations de chacun soient conservés. Ceux qui le souhaitent pourront opter pour le statut Banque de France, ce qui permettra une diversification et des perspectives plus larges de carrière.

Je suis convaincu que seront ainsi atteints les objectifs d'ouverture en même temps que d'adossement sur un organisme capable d'agir vite en cas de crise, grâce à son accès direct au pouvoir monétaire, à son rôle systémique, et à son poids international accru.

Philippe Jurgensen

3. L'interview du Secrétaire général



Quel a été l'impact de la crise sur le marché de l'assurance ?

La crise a été d'abord celle du crédit immobilier en 2007, puis s'est étendue en 2008 à tous les marchés financiers, et s'est accompagnée d'une récession économique. Compte tenu de leur rôle d'investisseur, c'est le deuxième aspect de la crise qui a surtout touché les assureurs, même s'il ne faut pas ignorer que les deux autres ont eu des répercussions sur des acteurs spécialisés, comme les assureurs-crédit, ou sur le volume d'activité, en assurance-vie par exemple.

Plus précisément, nous avons pu constater de très fortes baisses de valeur des obligations du secteur privé ainsi que des actions. Cela ne s'est pas traduit instantanément dans les comptes des assureurs,

qui lissent les dépréciations sur la durée. Le second semestre 2009 a ensuite vu s'améliorer nettement la situation des marchés financiers. Mais c'est peut-être temporaire et la volatilité des marchés reste très forte, et touche aussi les obligations de certains États. Ce contexte de grande incertitude a certes donné aux assureurs des occasions d'investissements opportunistes, mais certains assureurs vie ont dû au contraire réaliser des moins-values significatives pour faire face aux demandes de rachat de leurs assurés, ou puiser dans leurs réserves pour continuer à servir à leurs assurés des taux de revalorisation attractifs. Les situations sont donc assez variées.

Il faut enfin rappeler que les rendements comptables des assureurs ont suivi une tendance de long terme à la baisse, en conséquence de la baisse des taux d'intérêt depuis plus de dix ans. Les assureurs vie, qui répercutent normalement cette baisse sur les revalorisations accordées aux assurés, apparaissent néanmoins aujourd'hui plus sensibles au risque de hausse des taux.

Dans ce contexte difficile, quelle a été l'activité de l'ACAM au cours de cette année 2009 ?

Elle a bien entendu été marquée, comme en 2008, par des actions spécifiques pour prévenir toute difficulté liée à la crise. En plus des approches habituelles, incluant des tests de résistance, l'ACAM a notamment réalisé une enquête transversale sur les placements, permettant des analyses plus fines des risques de placement supportés par les assureurs, tant au niveau individuel qu'au niveau macroprudentiel. De telles analyses seront d'ailleurs renouvelées, à partir d'un nouvel état de contrôle qui sera créé à cet effet.

L'ACAM, au-delà de son rôle de prévention, a même été amenée à utiliser son pouvoir de sanction pour rétablir une discipline de marché. Constatant des pratiques peu prudentes dans le contexte financier actuel, elle a ainsi sanctionné trois assureurs-vie qui ne respectaient pas les plafonds réglementaires de garanties de taux.

L'année 2009 a vu aussi la fin des transformations des institutions de retraite supplémentaires, sous le contrôle de l'ACAM qui s'est assurée que les engagements ont été repris par des organismes d'assurance dans des conditions techniques satisfaisantes.

Au total, j'estime que les équipes de l'ACAM, qui sont restées tout au long de l'année extrêmement mobilisées, ont effectué un travail qui force l'admiration, alors même qu'elles ont participé activement aux préparatifs de la fusion au sein de l'ACP, et continué à participer au projet Solvabilité II.

À ce propos, le marché est-il préparé à l'entrée en vigueur de Solvabilité II ?

Il est important de rappeler d'abord le déroulement de ce grand chantier européen. Aucun acteur du secteur n'ignore Solvabilité II, car cela fait maintenant 10 ans que ce projet de refonte complète de la réglementation prudentielle des assurances a été lancé. Pour autant, ce n'est qu'à compter de 2007 que l'architecture du projet a été figée, la directive de principes ayant été adoptée en 2009 pour une application fin 2012. Comme ce n'est qu'à fin 2011 que les mesures d'application seront prises par la Commission européenne, il existe encore beaucoup d'incertitudes, en particulier sur les exigences quantitatives qui s'appliqueront aux organismes. Nous sommes donc dans un processus d'apprentissage progressif, rythmé notamment par les études quantitatives d'impact dont la cinquième, très importante, aura lieu en 2010. Il n'est d'ailleurs pas facile d'anticiper, compte tenu de la sophistication inhérente à un système qui ambitionne de traduire l'essentiel des risques de l'assureur en exigences de fonds propres.

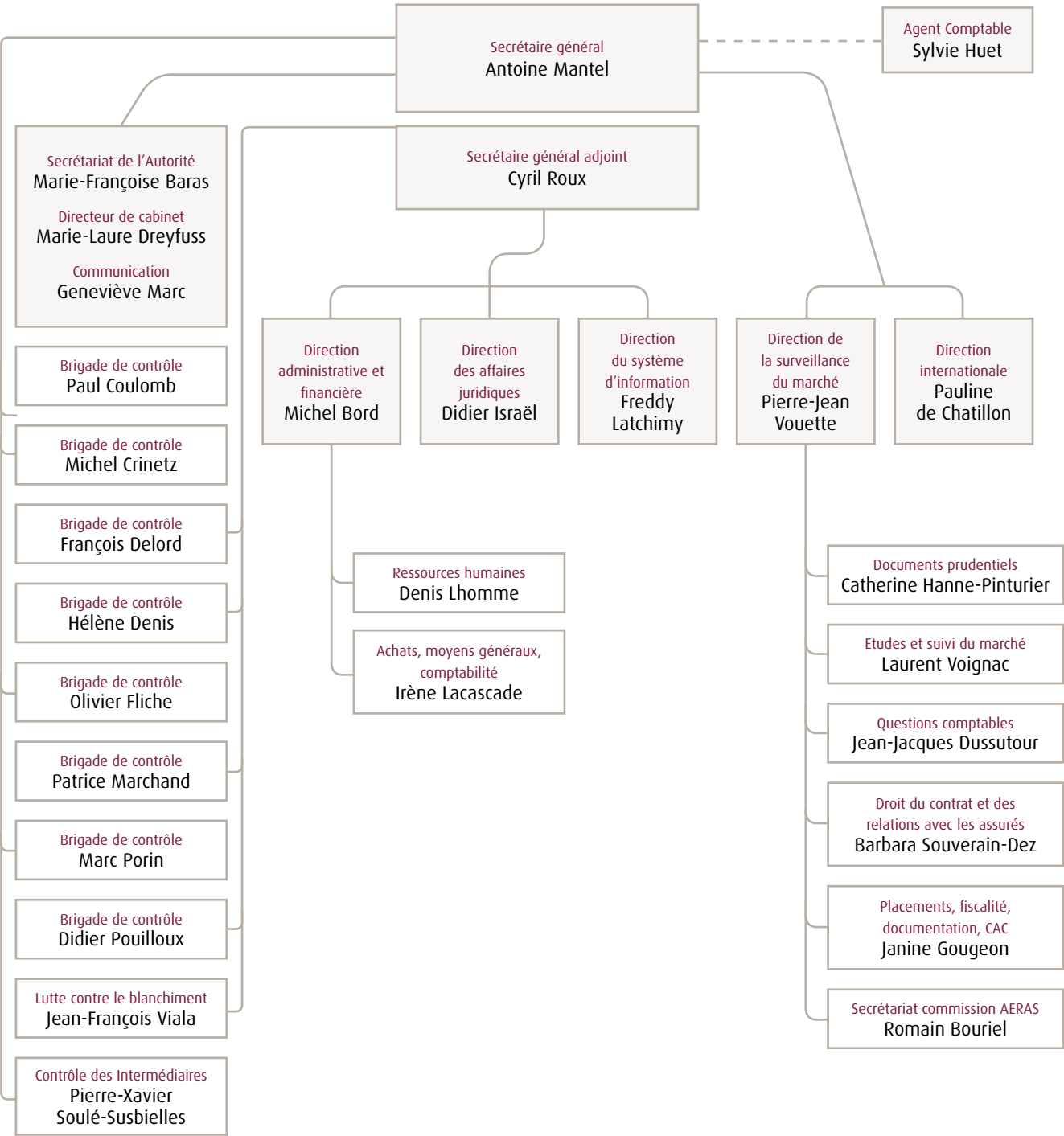
Dès l'origine, l'ACAM s'est beaucoup impliquée dans le projet au sein des groupes de travail européens chargés de fournir des avis à la Commission européenne. C'est naturellement qu'elle a organisé ou participé à un certain nombre d'événements, tels que les conférences de contrôle, pour sensibiliser le marché français et entretenir le dialogue avec la profession. Nous comptons aussi sur les organisations professionnelles pour relayer notre action de façon à ce que tous les organismes, quelle que soit leur taille, se saisissent du sujet. Si les plus grands acteurs du marché ont le plus souvent agi dans ce sens, la mobilisation des petits organismes doit rester une priorité.

Je dois à cet égard souligner que l'appropriation de Solvabilité II ne doit pas rester confinée dans les services techniques et financiers, comme c'est encore trop souvent le cas, mais relever aussi des organes dirigeants compte tenu des enjeux forts de gouvernance et de contrôle interne liés à la mise en œuvre de Solvabilité II. Les dirigeants devront notamment prendre position sur la nécessité de recourir à un modèle interne, partiel ou global, pour que le calcul des exigences de fonds propres traduise effectivement les risques supportés. Cela devient même urgent pour les organismes qui envisageraient une approbation d'un modèle interne global dès fin 2012.

Au plan technique, un des enjeux essentiels sera la bonne compréhension du nouveau bilan prudentiel et des nouvelles exigences de fonds propres, pour une correcte mise en perspective de leurs implications financières. Il faudra notamment bien en apprécier le caractère (pro)cyclique résultant des principes d'évaluation en juste valeur et de l'horizon de mesure du risque à 1 an. C'est pour cela que l'ACAM, au-delà des études quantitatives d'impact auxquelles le marché a activement participé, a mis en place un nouvel état de reporting annuel d'évaluation du bilan prudentiel selon Solvabilité II. En effet, nous constatons que nous n'avons pas encore atteint le niveau de fiabilité et de comparabilité nécessaire à une appréciation fondée et équitable de la solvabilité des acteurs. De façon très concrète, il est maintenant indispensable qu'en procédant à l'évaluation régulière du nouveau bilan prudentiel, tous établissent et rôdent leurs dispositifs de collecte et de traitement des informations prudentielles pour être prêt au moment de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif. En définitive, si beaucoup de travail reste à accomplir, je ne doute pas de la capacité du marché français à y faire face.

Antoine Mantel

4. Organisation et organigramme



Les 9 membres du Collège de l'ACAM

Le Collège de l'ACAM a été renouvelé en juillet 2009

Depuis le 15 juillet 2004, date à laquelle l'ACAM a remplacé la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyances (CCMIP) qui avait elle-même succédé à la Commission de contrôle des assurances (CCA), l'Autorité a fortement évolué : elle est passée d'une organisation sans budget, ni gestion des ressources humaines et adossée au ministère des Finances, à une structure dotée d'un budget solide et validé par un comité d'audit. Elle a renforcé les équipes du contrôle et augmenté ses effectifs, qui atteignent 210 agents venus d'horizons différents, qui ont su créer une culture commune.



Président

1 - Philippe Jurgensen
Inspecteur général des Finances

Membre de droit

2 - Jean-Paul Redouin
Le gouverneur de la Banque de France, président de la Commission bancaire, représenté par le premier sous-gouverneur

Hauts magistrats

3 - Jean-Philippe Vachia
Vice-président, conseiller maître à la Cour des comptes

4 - François Lagrange
Conseiller d'État

5 - François-Régis Croze
Conseiller honoraire à la Cour de cassation

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

6 - Dominique Thiry
7 - Jacques-Philippe Chanet
8 - Lucien Uzan
9 - Philippe Mathouillet

Aux côtés des membres du Collège siègent deux commissaires du gouvernement

10 - Fabrice Pesin,
représentant le Directeur général du Trésor et de la politique économique
11 - Jean-Luc Izard,
représentant le Directeur de la Sécurité sociale

Ne disposant pas de voix délibérative, les commissaires du gouvernement peuvent demander une seconde délibération des décisions du Collège, sauf en matière de sanction.

12 - Antoine Mantel

À savoir :

Par décret du 16 juillet 2009, du Président de la République, M. Philippe Jurgensen est nommé président de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles.

Par arrêté de la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et de la ministre de la santé et des sports en date du 16 juillet 2009, sont nommés membres de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles :

1° Sur proposition du vice-président du Conseil d'État

M. François Lagrange, conseiller d'État honoraire, en qualité de titulaire.

M. Jean-François de Vulpillières, conseiller d'État, en qualité de suppléant.

2° Sur proposition du premier président de la Cour de cassation

M. François-Régis Croze, conseiller honoraire, en qualité de titulaire.

M. Pierre Guerder, conseiller doyen honoraire, en qualité de suppléant.

3° Sur proposition du premier président de la Cour des comptes

M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître, en qualité de titulaire.

M. Noël Diricq, conseiller maître, en qualité de suppléant.

4° En qualité de membres choisis en raison de leur compétence en matière d'assurance, de mutualité et de prévoyance

M. Philippe Mathouillet, en qualité de titulaire.

M. Dominique Thiry, en qualité de titulaire.

M. Lucien Uzan, en qualité de titulaire.

M. Jacques Philippe Chanet, en qualité de titulaire.

M. Pierre Florin, en qualité de suppléant.

M. Hervé Cachin, en qualité de suppléant.

M. Jean Cellier, en qualité de suppléant.

M. Marcel Fercocq, en qualité de suppléant.

Membre de droit : le gouverneur de la Banque de France, président de la Commission bancaire, représenté par le premier sous-gouverneur Jean-Paul Redouin.

Un quinquennat en chiffres...

180 séances et une centaine d'auditions ont eu lieu (dont une petite moitié seulement ont été des auditions disciplinaires).



5. Faits marquants de l'année 2009

Janvier

- Nomination de deux nouveaux membres du Collège, M. Lagrange, nommé titulaire en remplacement de M. Bonnot, décédé, et M. Guerder, en qualité de suppléant en remplacement de M. Croze, conseiller honoraire à la Cour de cassation, lui-même nommé membre titulaire du Collège en remplacement de M. Aubert, décédé.

- Séminaire 3L3 visant à faire le point sur certaines problématiques mises en lumière par la crise financière (« Implications of the crisis on financial reporting for financial institutions : transparency, fair value and prudential approach in light of Solvency II and of the CRD »).

Mars

- Sanction par l'ACAM de la Société Oddo de courtage d'assurances.
- Première série de consultations publiques sur les mesures de niveau 2 du CEIOPS dans le processus de mise en place de la directive Solvabilité II.

Avril

- Sanction par l'ACAM de la société Consulteam Friteau Patrimoine pour défaut d'immatriculation à l'ORIAS (Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance) et défaut d'assurance de responsabilité civile professionnelle.
- L'ACAM incite des entreprises françaises d'assurance et de réassurance à établir et communiquer une valorisation de leur bilan prudentiel selon les principes de la directive Solvabilité II ainsi qu'une description des choix méthodologiques, des hypothèses retenues et de la sensibilité des résultats à ces choix, et notamment sur la valorisation des provisions techniques en « Best estimate ».
- Publication du rapport d'activité 2008 de la Commission de médiation (AERAS) : après deux années complètes de fonctionnement, la Commission de médiation de la convention AERAS, dont l'ACAM assure le secrétariat, affiche un bilan satisfaisant.

Mai

- Sanction par l'ACAM (quatre décisions distinctes du 30 avril 2009) des intermédiaires d'assurance AMEX ASSURANCES et AMEX ASSURANCES.COM, ainsi que de leur dirigeant commun, M. Ennery BELANCE.
- Nouvelle enquête transversale lancée par l'ACAM lui permettant de connaître la répartition détaillée des placements des organismes soumis à son contrôle prudentiel.

Juillet

- Présentation du rapport d'activité 2008 de l'ACAM lors d'une conférence organisée dans ses locaux.
- Consultation d'une deuxième série de projet d'avis sur les mesures de niveau 2 du CEIOPS.
- Sanction par l'ACAM d'un organisme d'assurance pour infraction à la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Sanction par l'ACAM de trois organismes d'assurance pour infraction à la réglementation des taux garantis.
- Nomination du nouveau Collège de l'ACAM, décret du 16 juillet 2009 du Président de la République, (voir ci-contre).

Septembre

- Publication par le CEIOPS des commentaires reçus sur les projets d'avis relatifs aux mesures d'application de niveau 2.

Octobre

- Conférence du contrôle sur les effets de la crise financière et sur les mutuelles.
- Signature par l'ACAM de l'accord multilatéral visant à renforcer la coopération entre les différentes Autorités de contrôle des assurances au niveau mondial.

Novembre

- À l'occasion du renouvellement du bureau exécutif du CEIOPS : nomination du Président: Gabriel Bernardino (Instituto de Seguros de Portugal) et du Vice-président : Antoine Mantel (ACAM, France).
- Publication par le CEIOPS de son avis final sur les mesures de niveau 2 de Solvabilité II.
- Conférence du contrôle sur « Solvabilité II : vers les mesures de niveau 2 » et sur la « Lutte anti-blanchiment : la contribution attendue des organismes d'assurance ».
- Conférence annuelle du CEIOPS au Palais des Congrès de Francfort.

La nouvelle entité née de la fusion bénéficiera d'un champ de missions élargi : celui-ci comprendra toutes les missions aujourd'hui dévolues à l'ACAM, à la Commission bancaire, au CEA et au CECEI, ainsi que des missions explicites de contribution à la stabilité financière et de contrôle de la commercialisation des produits financiers, cette dernière exercée en coopération avec l'AMF et le réseau de la Banque de France.

Le projet de fusion entre l'ACAM et la Commission bancaire

La décision de renforcer le rôle des organes de régulation témoigne de la volonté de limiter l'exposition des banques et des compagnies d'assurances aux nouvelles natures de risques mises en lumière par la récente crise financière. C'est dans ce contexte que le 27 juillet 2009, le ministre des Finances a rendu publique la décision de créer une nouvelle Autorité de contrôle prudentiel.

L'ACP en bref...

État d'avancement

L'ordonnance portant fusions des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, et le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance sont parues au JO le 22 janvier 2010. Le texte a vocation à être ratifié par le Parlement.

L'ordonnance renvoie un certain nombre de précisions à des textes réglementaires. La phase de rédaction de ces textes est en cours.

Statut

L'Autorité de contrôle prudentiel est une autorité administrative indépendante. Elle sera dotée d'une ressource budgétaire propre sous forme d'un budget annexe au budget général de la Banque de France.

Il faut noter que les mutuelles de livre III (œuvres sanitaires et sociales) sortent désormais du champ de contrôle de la nouvelle Autorité ; néanmoins le droit de suite continue à exister.

Structure

Le nouvel organisme se composera :

- d'un collège plénier de 16 membres avec à sa tête un président (le Gouverneur de la Banque de France ou le sous-gouverneur qu'il désigne pour le représenter) et un vice-président plus spécialement compétent dans le domaine des assurances, nommés conjointement par les ministres de l'économie et des affaires sociales.
- de deux sous-collèges composés chacun de 8 membres issus du collège plénier. Ceux-ci traiteront des dossiers assurances/mutuelles pour le premier et des dossiers Banque pour le second.
- d'une commission restreinte (8 membres) du collège plénier, qui traitera les dossiers susceptibles d'avoir un impact sur la stabilité financière et sur les questions transectorielles comme les conglomérats financiers.
- d'une commission des sanctions (5 membres), dont les membres seront distincts de ceux du Collège.

- de services dirigés par un secrétaire général, nommé sur proposition du Président par le ministre de l'économie, et assisté d'un premier secrétaire général adjoint nommé par le Président, après avis conforme du vice-président et après agrément des ministres de l'économie et des affaires sociales.

Organisation

Elle repose sur un principe général de base : le maintien de contrôles individuels distincts sectoriels, avec toutefois une fusion des fonctions support.

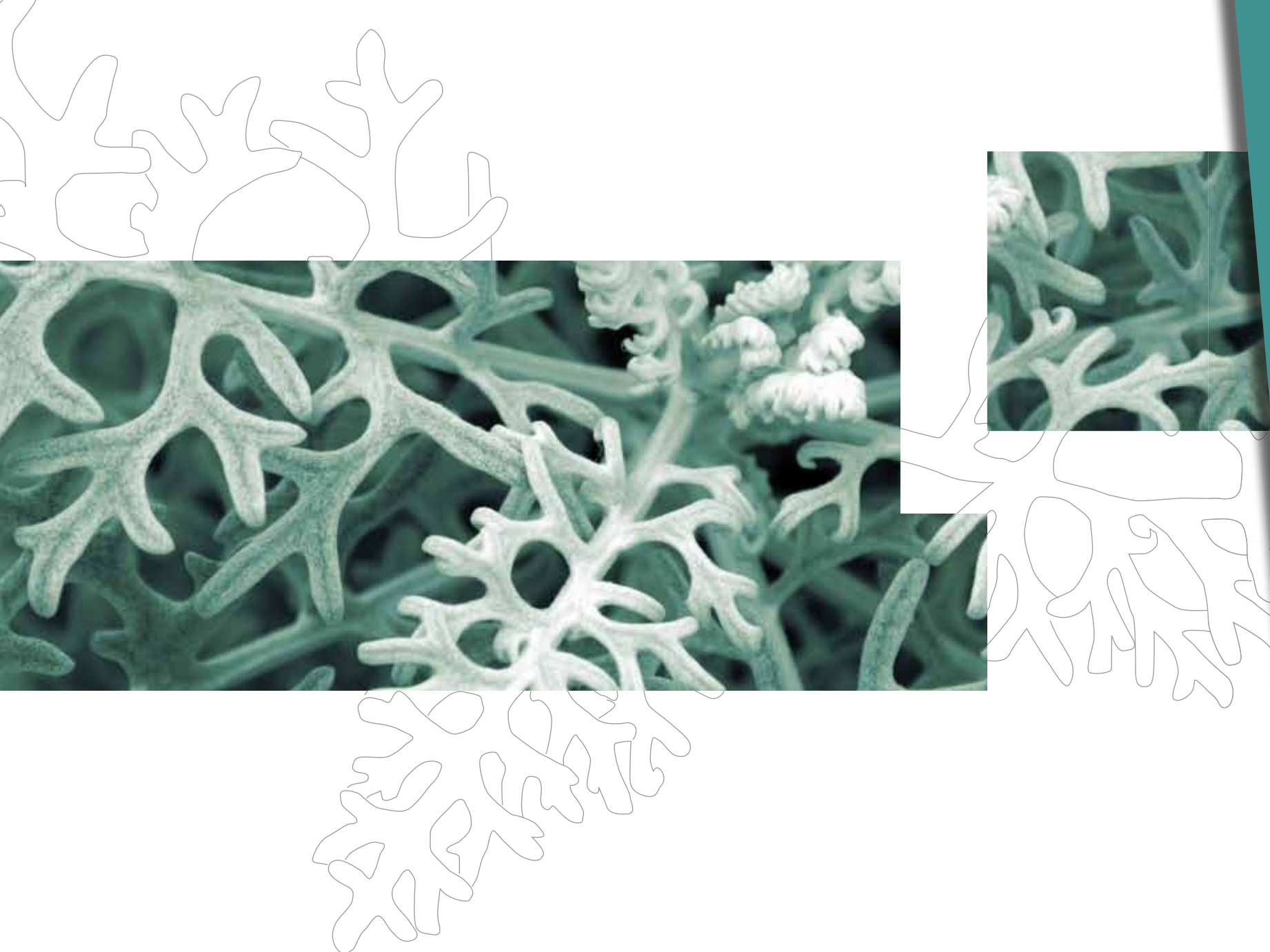
Aucune logique de diminution des effectifs et des activités n'a été envisagée, mais plutôt une création nette de nouvelles unités, y compris de nouvelles directions, pour faire face à un champ de missions élargi.

Personnel

Le maintien du statut actuel est acquis pour les agents de la nouvelle Autorité : fonctionnaires affectés, détachés et contractuels de droit public pour l'ACAM, agents titulaires ou contractuels de droit privé pour le SGCB.

Une option sera ultérieurement offerte au personnel venant de l'ACAM pour une intégration dans les statuts de la Banque de France.





MISSIONS DE L'ACAM

1. Contrôler et accompagner

Sommaire 2^{ème} PARTIE MISSIONS

1. Contrôler et accompagner	18
1.1 Une mission fondatrice : le contrôle prudentiel des organismes d'assurance et les mutuelles	20
1.2 La transformation des IRS : bilan	29
1.3 Le contrôle des intermédiaires	32
1.4 La Lutte anti-blanchiment	35
1.5 Cas pratiques	40
1.6 Sanctions et autres décisions particulières	42
2. Protéger et prévenir	46
2.1 Le rôle de l'ACAM dans la protection des droits des assurés	46
2.2 La grande diversité des problématiques traitées par l'ACAM	47
2.3 La médiation	55
3. Surveiller et analyser	58
3.1 Les organismes contrôlés et la remise des documents prudentiels	58
3.2 Les contrats d'assurance et la veille juridique	61
3.3 Le suivi de l'actualité réglementaire	63
3.4 Marché et enquêtes de l'ACAM : une surveillance renforcée due à la crise financière	66
4. Coopérer et échanger	72
4.1 Au niveau national	72
4.2 Au niveau européen	78
4.3 Au niveau international	91
5. Communiquer	94
5.1 Les actions de la communication externe	94
5.2 Les travaux d'actuariat des commissaires-contrôleurs	96
5.3 Les interventions extérieures	97

// Comme cela est rappelé par la charte du contrôle, l'objet du contrôle est de prévenir les manquements et la mission de l'ACAM ne se limite pas à la répression. //

- 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 extérieures à l'Espace Economique Européen 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.

Réglementation applicable	2006	2007	2008	2009	Évolution	
					nombre	%
Code des assurances (CDA)	407	389	386	377	- 9	- 2,3 %
Livre II du Code de la mutualité	1 158	1 070	973	880	- 93	- 9,6 %
<i>dont mutuelles substituées</i>	484	424	388	345	- 44	- 11,1 %
Code de la Sécurité sociale	66	63	61	56	- 5	- 8,2 %
Total	1 631	1 522	1 420	1 313	- 107	- 7,5 %

Outre les mutuelles relevant du Livre II du Code de la mutualité, l'ACAM contrôle des mutuelles qui ne pratiquent pas d'opérations d'assurance. Sont dans ce cas 72 mutuelles du Livre I et 639 mutuelles du Livre III (mutuelles gérant des réalisations sanitaires et sociales).

1.1 Une mission fondatrice : le contrôle prudentiel des organismes d'assurance et des mutuelles

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. 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.

1.1.1 Vision générale

a) Le contrôle des organismes d'assurance

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.

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. Objectif : protéger les assurés. Cette structure peut être transnationale et mutualisée entre plusieurs pays, ou regroupée avec d'autres structures de régulation financière.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU CONTRÔLE ?

L'ACAM contrôle que tous les organismes du marché français de l'assurance, quel que soit leur statut, puissent 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 groupes soumis à son contrôle.

- Un ensemble de textes législatifs et réglementaires s'impose aux acteurs du secteur de l'assurance afin d'éviter la concrétisation des risques qui pèsent 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 » – permettant d'absorber les chocs imprévus.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DU CONTRÔLE ?

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.

CONTRÔLE SUR PIÈCES (OU CONTRÔLE PERMANENT)

De nombreux paramètres interagissent dans le cadre du contrôle. 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.

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.

Les obligations des assureurs

Les organismes d'assurance assujettis au contrôle de l'ACAM doivent envoyer périodiquement des documents déclaratifs :

- états comptables et financiers ;
- dossier annuel ;
- états trimestriels ;
- rapports de solvabilité et de contrôle interne.

CONTRÔLE SUR PLACE

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. Il est constitué le plus souvent d'une analyse des états comptables et d'une appréciation critique sur le fonctionnement de l'organisme et sur l'application de la réglementation. Il analyse notamment :

- le niveau de provisionnement ;
- la qualité de la gestion ;
- les règles de gouvernance ;
- les outils, les procédures ;
- la réassurance ;
- la connaissance et la maîtrise des risques.

Le contrôle sur place a un caractère contradictoire dans la mesure où l'organisme dispose d'un droit de réponse dans un délai donné. Après examen de cette réponse, en général le Contrôle rédige 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'arrêtée donnée. L'ordre de priorité des contrôles menés sur place dépend 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 d'autres paramètres, comme par exemple la quantité et la teneur des réclamations des assurés.

Contrôle sur pièces et contrôle sur place sont indissociables l'un de l'autre. C'est pourquoi ils sont réalisés par une équipe unique.

QUEL EST LE CHAMP 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.

Il complète son appréciation par un examen de la qualité et de la conformité de la gouvernance de l'entreprise.

LE CONTRÔLE ÉTENDU : QUEL FONCTIONNEMENT ?

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. L'ACAM dispose donc 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. Elle est informée des modifications intervenant en cours de mandat. Elle dispose d'un délai de deux mois pour faire connaître à l'entreprise d'assurance son avis sur la proposition de désignation. Durant leur mandat, les commissaires aux comptes sont tenus de répondre à toute demande de renseignements émanant de l'ACAM sur l'activité de l'organisme contrôlé, sans pouvoir lui opposer le secret professionnel. Ils doivent informer spontanément l'Autorité 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^{er} 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 elle 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 tient le registre des Groupements d'épargne retraite populaire (GERP), les associations qui souscrivent des plans d'épargne retraite populaire. En vue de son inscription, le GERP doit transmettre à l'ACAM :

- une copie de la publication au JO de la déclaration de constitution de l'association ;
- un exemplaire des statuts du GERP ;
- si nécessaire, un exemplaire du règlement intérieur et du code de déontologie.

L'ACAM dispose d'un délai de deux mois pour délivrer le numéro d'enregistrement qui devra figurer sur les documents contractuels relatifs aux plans souscrits par l'association. Le numéro attribué est composé du numéro SIREN de l'association, suivi d'un numéro d'ordre. L'ACAM doit être informée dans un délai de 30 jours de :

- toutes modifications apportées aux statuts ;
- la dissolution de l'association ;
- la cessation d'activité en qualité de GERP ;
- la conclusion d'un nouveau PERP ;
- la fermeture d'un GERP.

L'ACAM contrôle également l'agrément de certains experts dans le domaine actuariel. Les experts chargés de réaliser les expertises quinquennales et l'actualisation des valeurs de réalisation des biens immobiliers des organismes contrôlés sont soumis à son acceptation préalable.

b) Le contrôle spécifique des mutuelles

UN CONTRÔLE DÉCONCENTRÉ RELEVANT DES PRÉFETS DE RÉGION

Dans le secteur de la mutualité, un contrôle déconcentré exercé par les préfets de région a été prévu par la loi pour les organismes suivants :

- les mutuelles et unions du Livre III du Code de la mutualité ;
- les mutuelles du Livre II substituées ;
- 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 ». Le préfet de région peut prendre des mesures d'urgence si la situation l'impose, mais ne peut pas sanctionner et doit saisir l'ACAM s'il estime cette mesure nécessaire.

La mise en place de la nouvelle Autorité de contrôle soustrait les mutuelles de Livre III au domaine de son action. Celles-ci seront désormais soumises au contrôle exercé par une autorité nationale.

LE CONTRÔLE DE L'ACAM

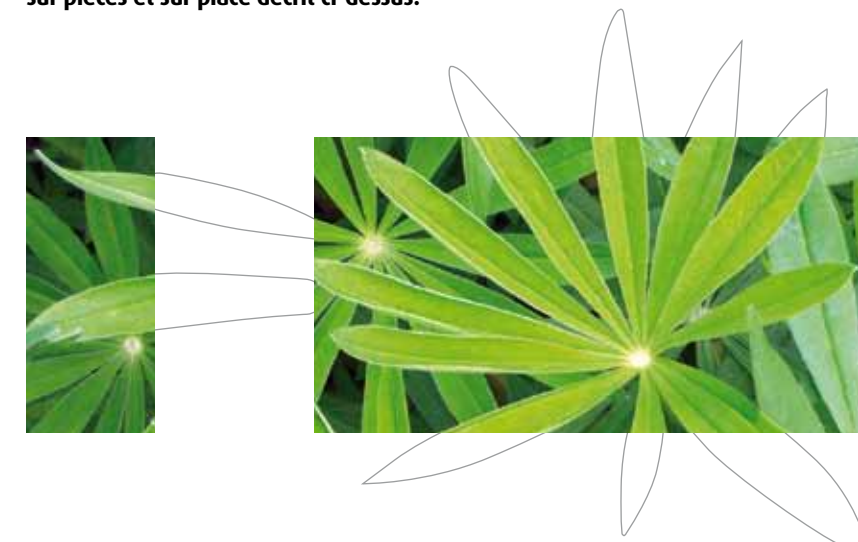
L'ACAM dispose d'un pouvoir d'évocation qui lui permet de contrôler, de sa propre initiative, n'importe quel organisme mutualiste relevant de la compétence d'un préfet de région.

LES ORGANISMES CONTRÔLÉS

L'ACAM contrôle directement, au niveau national, les organismes mutualistes qui ne remplissent pas les critères du contrôle déconcentré. Il s'agit principalement :

- des plus grandes mutuelles (Livre II, pour les activités d'assurance) ;
- des mutuelles de petite taille assurant des risques autres que la maladie ou l'accident (Livre II) ;
- 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.

Les mutuelles sont également soumises au contrôle sur pièces et sur place décrit ci-dessus.



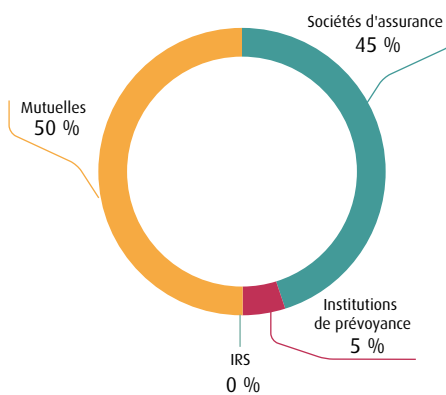
1.1.2 Regard sur l'actualité 2009

a) Les organismes d'assurance

LES SPÉCIFICITÉS DÉVELOPPÉES EN 2009

LA NOMINATION DES COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'ACAM a analysé entre octobre 2008 et septembre 2009, 326 dossiers répartis de la façon suivante :



Seulement 18 % des dossiers présentés en 2009 ont été rendus complets dans les temps.

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

LA PRISE EN COMPTE DE LA RÉASSURANCE DANS LE CALCUL DES RATIOS PRUDENTIELS

Les organismes d'assurance peuvent être soumis à des fluctuations de leur sinistralité. Ils cherchent donc à se couvrir et ont recours pour cela à la réassurance. Il existe plusieurs types de traités de réassurance :

- les traités en quote-part ont pour objet de transférer un pourcentage des primes ou cotisations à un réassureur, qui prend à sa charge le même pourcentage des sinistres ou prestations ;

- Les traités en excédents de pertes visent à transférer des sinistres au-delà d'une franchise. Par ces traités, les organismes transfèrent au réassureur les risques que leurs fonds propres ne leur permettraient pas de supporter. Cependant, certains traités ne transfèrent pas réellement de risque :

- soit parce qu'ils ont été élaborés une fois que la sinistralité de la cédante était déjà connue, la part d'aléa étant dans ce cas quasi inexistante,
- soit parce qu'ils prévoient des clauses (taux de commission variable, clauses de participation aux bénéfices...) qui modifient le partage du sort entre la cédante et le réassureur et conduisent finalement à ne pas transférer de risque. Ces traités peuvent prendre la forme de traités en quote-part, mais s'apparentent en fait à des traités en excédents de pertes dont la franchise ne serait jamais atteinte. Certains organismes sur le marché, avec l'aide de réassureurs, ont recours à de tels montages dans le seul objectif d'améliorer la présentation de leurs ratios prudentiels.

Or, pour apprécier l'impact sur l'exigence de marge de solvabilité, l'ACAM tient compte du transfert de risque effectif. Si l'analyse globale du traité démontre qu'il n'y a pas de transfert de risque effectif, l'Autorité de contrôle peut décider de ne pas le retenir dans le calcul des ratios prudentiels, en application de l'article R. 323-1-1 du Code des assurances, de l'article R. 510-3-1 du Code de la mutualité ou de l'article R. 931-5-1-1 du Code de la Sécurité sociale. Ainsi, pour la première fois, le Collège de l'Autorité de contrôle, lors de sa séance du 13 mai 2009, a décidé de ne pas retenir des traités de réassurance se présentant sous la forme de traités en quote-part dans le calcul des ratios prudentiels d'un organisme aux motifs suivants :

- les traités de réassurance ont été signés mi-janvier 2009, avec effet rétroactif au 01/01/08 et aucune note de couverture n'avait été préalablement signée. Ce faisant, l'aléa susceptible d'être transféré relativement aux sinistres de l'exercice 2008 n'était pas significatif ;
- l'analyse technique des traités a révélé que le transfert de risque n'intervenait au profit de la cédante que pour un ratio de Prestations sur Cotisations (P/C) très élevé (nettement supérieur à 100 %), ce qui ne permettait pas de les qualifier économiquement de traités en quote-part. Ils s'apparentaient en fait à des traités en excédent de pertes, qui ne prenaient en charge effectivement les sinistres que lorsqu'ils excédaient un niveau non atteint en pratique. Il n'y avait donc pas de transfert de risque effectif ;

- enfin, la mise en place de ces traités à titre rétroactif pour l'exercice 2008 représentait un coût pour la cédante. En fait, l'organisme consentait à ce coût avec l'objectif de baisser son exigence de marge de solvabilité, sans réelle analyse des risques (nature, volatilité, fréquence) et des besoins de couverture qui en découlent. De telles pratiques peuvent se révéler potentiellement dangereuses pour la solvabilité des cédantes et donc, pour la sauvegarde des intérêts des adhérents. Elles ne sont donc pas recommandables et conduiront l'ACAM à ne pas retenir ce type de traité dans le calcul des ratios prudentiels.

b) Les mutuelles régies par le Code de la mutualité

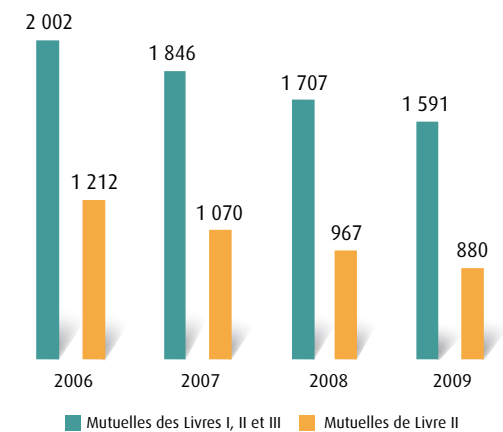
LES MUTUELLES RÉGIES PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

UN NOMBRE D'ORGANISMES EN BAISS

La croissance constante du marché des complémentaires-santé attise les convoitises et accroît la concurrence dans ce secteur. Par ailleurs, les seuils de calculs des exigences minimales de marge de solvabilité et les montants minimaux de fonds de garantie ont été modifiés et sont applicables depuis le 1^{er} janvier 2010 (cf. encadré en exergue). La baisse constatée du nombre d'organismes mutualistes en est sans doute une conséquence directe. Cette tendance est également susceptible de se prolonger en 2010. Ainsi, la concurrence et le relèvement des exigences réglementaires inciteront nombre de petits organismes à adapter leur stratégie et à s'interroger sur la taille critique nécessaire pour pérenniser leurs activités.

Parmi les 880 organismes de Livre II, 535 sont agréés et 345 sont substitués. Ces derniers ne conservent plus de risque d'assurance, l'ayant transféré par convention de substitution à une mutuelle dite substituant.

Nombre d'organismes au 31/12/2009



/// Suite à la publication des avis du 17 décembre 2009 au Journal officiel, les seuils de calculs des exigences minimales de marge de solvabilité et les montants minimaux de fonds de garantie sont modifiés pour les mutuelles et unions. Ces différentes modifications sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010. ///

Articles	Anciens montants	Montants en vigueur au 1 ^{er} janvier 2010
R.212-13, R.212-17	2 400 000	2 600 000
	1 600 000	1 800 000
R.212-12	53 100 000	57 500 000
	37 200 000	40 300 000

LES GRANDS MOUVEMENTS : REGROUPEMENTS, TRANSFERTS, FUSIONS, SUBSTITUTION...

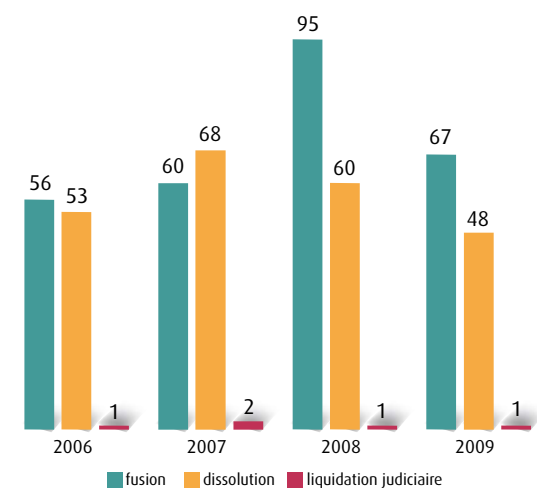
À savoir

Quand un organisme est substitué, il ne conserve plus de risque d'assurance, ce dernier étant transféré par convention à une autre mutuelle dite « substituable ».

En 2009, 67 organismes ont transféré leur portefeuille par voie de fusion-absorption, 5 ont transféré leur portefeuille sans fusionner.

Au cours de l'année 2009, 4 agréments ont été octroyés par l'Autorité administrative.

Les grands mouvements des mutuelles



LES SPÉCIFICITÉS DÉVELOPPÉES EN 2009

LA MISE EN PLACE DE LA TÉLÉTRANSMISSION DES DOCUMENTS TRANSMIS À L'ACAM

Depuis janvier 2009, l'ACAM a mis en place un dispositif de télétransmission d'informations dématérialisées pour la communication des états prudentiels, des états détaillés des placements, ainsi que diverses enquêtes. Sur l'ensemble des mutuelles de Livre II concernées, plus de la moitié ont choisi ce mode de communication avec l'Autorité en 2009. L'ACAM encourage vivement l'utilisation de cet outil.

LE RAPPORT DE CONTRÔLE INTERNE : L'EXTENSION DE SON CHAMP D'APPLICATION ET L'ÉTABLISSEMENT

Le décret n° 2008-468 du 19 mai 2008 a imposé aux mutuelles de Livre II et unions l'établissement d'un rapport de contrôle interne. Rappelons que ce rapport doit permettre à l'Autorité de contrôle d'avoir une vision globale des règles et procédures mises en place au sein même de l'organisme. Les modalités d'organisation du rapport de contrôle interne édictent l'obligation, pour le Conseil d'administration, de préciser l'organisation interne de ses travaux et d'approuver l'ensemble des mesures et procédures mises en place dans les domaines suivants : organisation générale du contrôle interne, activité assurantielle, placements, gestion des placements, risques liés aux engagements, gestion des prestations et information comptable et financière.

Le décret a imposé deux dates pour la première remise du rapport : le 21 novembre 2008 pour les mutuelles de plus de 45 millions d'euros de cotisations ou de plus de 36 millions de prestations, et le 21 mai 2009 pour les autres organismes. Si deux tiers des mutuelles ont transmis le rapport dans les délais impartis, un tiers des mutuelles a fait l'objet de relance au cours de l'année 2009.

Dans l'ensemble, les premiers rapports de contrôle interne mettent en évidence les efforts fournis par les organismes et examinent la plupart des points relatifs au décret. À l'avenir, l'ACAM incite les mutuelles comme les autres organismes, à réaliser une analyse critique et prospective du système de contrôle interne, et à prendre en considération les recommandations du collège d'octobre 2007 disponibles sur le site Internet de l'Autorité. À compter de 2010, les rapports de contrôle interne devront être transmis par les mutuelles à l'ACAM en même temps que les comptes annuels, au plus tard le 30 juin.

LES MESURES PRISES PAR L'ACAM ET LEURS ISSUES POSITIVES

L'UNION RÉGIONALE POUR LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS MUTUALISTES DE SANTÉ (URGEMS)

Union soumise aux dispositions du Livre III du Code de la mutualité, l'URGEMS gère exclusivement la Clinique d'Ambérieu en Bugey. L'ACAM a utilisé son pouvoir d'évocation en procédant à un contrôle sur place, qui a relevé de nombreux points graves. Le Collège de l'ACAM, après avoir entendu les dirigeants, a décidé de placer l'Union sous surveillance spéciale le 16 janvier 2008.

Dans le cadre de la surveillance spéciale, qui institue un suivi rapproché de l'organisme, les mesures du redressement ont permis à l'Union d'améliorer sa situation financière et de stabiliser son activité. Après un an et demi de surveillance spéciale, le Collège a décidé de la lever le 30 juin 2009.

L'ORPHELINAT MUTUALISTE DE LA POLICE NATIONALE ASSISTANCE (OMPN ASSISTANCE)

Mutuelle relevant du Livre III du Code de la mutualité, elle avait été placée sous administration provisoire le 8 juin 2006. À cette date, les membres de l'assemblée générale de la mutuelle n'étaient pas valablement élus et la scission engagée en 2002 avec sa mutuelle sœur, l'OMPN Prévoyance, n'était pas réellement achevée. Moyennant de lourds travaux initiés par l'administrateur provisoire, la mutuelle a retrouvé un fonctionnement normal et l'administration provisoire a pu être levée le 8 novembre 2007. Toutefois, le renouvellement des organes de direction requerrait à cette époque un suivi particulier de la part de l'Autorité de contrôle. Aussi, a-t-il été décidé de maintenir l'OMPN Assistance sous surveillance spéciale. Les équipes dirigeantes ont depuis montré qu'elles avaient les moyens humains, institutionnels et financiers de mener à bien les objectifs de la mutuelle.

Le 28 mai 2009, fort de ce constat, le Collège de l'Autorité de contrôle a estimé opportun de lever cette mesure.

L'OMPN PRÉVOYANCE

Cet organisme a été placé sous administration provisoire le 8 juin 2006. La situation de cet organisme était plus préoccupante que celle de l'OMPN Assistance puisqu'en sus de problèmes de gouvernance similaires, la mutuelle n'avait pas provisionné certains engagements longs. La prise en compte de ces éléments déséquilibrait gravement son bilan.

Son sauvetage a notamment consisté à aménager, dans les limites permises par la loi Evin, les garanties proposées. Après de longs travaux, et notamment une réfaction comptable sur plusieurs exercices, la situation de l'organisme appelait la fin de l'administration provisoire ; cette décision a été prise le 8 novembre 2007. Pour des raisons analogues à celles évoquées plus haut concernant l'OMPN Assistance, la surveillance spéciale a toutefois été maintenue. La mutuelle a démontré depuis cette date qu'elle avait la capacité technique et financière de fonctionner normalement, et qu'elle ne nécessitait plus de traitement particulier. La surveillance spéciale a donc été levée le 28 mai 2009.

LA MUTUELLE DE GESTION DES MAISONS DE RETRAITE (MGMR)

La MGMR est une mutuelle de Livre III qui a été mise sous administration provisoire par l'ACAM le 16 mai 2007, à la suite de la démission du précédent administrateur provisoire qui avait été nommé par le préfet de la région d'Ile-de-France. Cette mutuelle gère deux maisons de retraite, dont les travaux indispensables de mise aux normes n'avaient pas été réalisés par manque de fonds disponibles. Une remise en cause de l'agrément par la tutelle aurait entraîné la fermeture des établissements et le transfert des pensionnaires. L'administrateur provisoire s'est employé à trouver des solutions tant pour les salariés que pour les pensionnaires, afin qu'ils bénéficient des conditions équivalentes à celles existantes avant la cession. Il a dû également rassurer tant le cédant que le cessionnaire sur le délai de réalisation de l'opération, dont l'échéance a été remise en cause à plusieurs reprises au fur et à mesure des difficultés qu'il a rencontrées durant sa mission.

Le 30 avril 2009, l'ACAM, après avoir entendu l'administrateur provisoire, a constaté avec satisfaction la reprise de la gestion des deux maisons de retraite avec tous leurs salariés par un nouvel opérateur, et la garantie pour les pensionnaires d'y rester.

LA FRANCE MUTUALISTE

Spécialisée dans la retraite mutualiste du combattant, cette mutuelle 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 le 4 avril 2007. Cette décision a notamment été motivée par la défaillance du mode de gouvernance de la mutuelle, l'absence en interne de compétences nécessaires à la gestion de la mutuelle, l'inadéquation du portefeuille d'actifs de la mutuelle avec son passif en 2005, la gestion imprudente des actifs immobiliers, mais également, l'absence de procédure, tant en matière de lutte anti-blanchiment qu'en matière de contrôle interne.

Après deux années, le Collège de l'ACAM a constaté, le 13 mai 2009, que l'organisme avait engagé et mis en œuvre de nombreuses mesures pour corriger les dysfonctionnements qui avaient été constatés, ce qui a permis de lever la surveillance spéciale.

LA FÉDÉRATION MUTUALISTE INTERDÉPARTEMENTALE DE LA RÉGION PARISIENNE (FMP)

Régie par le Livre II du Code de la mutualité, elle a été mise sous administration provisoire par décision du Collège de l'ACAM du 26 novembre 2008. En effet, les prévisions mettaient en évidence une insuffisance de marge de solvabilité à la fin de l'exercice 2008, le programme de rétablissement proposé par ses dirigeants reposait sur des hypothèses trop optimistes et sa solvabilité à la fin de l'exercice 2009 n'était pas garantie.

Depuis un an, beaucoup de chantiers ont été menés de front par l'administrateur provisoire. Parmi eux, le transfert de l'activité vie de l'union FMP vers la CARAC est effectif depuis que l'arrêté de transfert a été publié au journal officiel le 13 janvier 2010. Par ailleurs, le palais de la mutualité a été vendu sous forme de parts de SCI aux mutuelles partenaires.

Ainsi, l'activité de la FMP est maintenant recentrée sur l'assurance santé, sa marge de solvabilité apparaît suffisante et ses actifs plus liquides.

LA MUTUELLE INTÉGRANCE

Régie par le Livre II du Code de la mutualité et substituée par l'union FMP, Intégrance a été mise sous administration provisoire par décision du Collège de l'ACAM du 26 novembre 2008.

En effet, la convention de substitution et de gestion de prestations liant cet organisme à l'union FMP avait été résiliée à effet du 1^{er} janvier 2009. La mutuelle,

en l'absence d'agrément et de solution alternative de substitution, s'orientait vers une situation d'exercice illégal d'assurance. Par ailleurs, le système de gestion de prestations développé par Intégrance ne présentait pas suffisamment de garanties pour ne pas susciter d'inquiétude quant aux paiements effectifs des prestations dès le 1^{er} janvier 2009.

Après avoir prolongé, à titre conservatoire, la convention de substitution avec l'union FMP, l'administrateur provisoire s'est attaché à la mise en œuvre du nouveau système de gestion et à la recherche d'un nouvel organisme substituant. Après dix mois de travaux, la migration vers le nouveau système de gestion s'est déroulée sans heurt et une solution de substitution a été trouvée. La mutuelle MICILS a été choisie pour substituer Intégrance à partir du 1^{er} octobre 2009. Par décision du 23 septembre 2009, le Collège de l'ACAM a pu lever l'administration provisoire de la mutuelle Intégrance en maintenant cette dernière sous surveillance spéciale.

LA SOCIÉTÉ MUTUALISTE DU PERSONNEL DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (SOMUPOSS)

La SOMUPOSS est une mutuelle de Livre II assurant la complémentaire santé. Un contrôle de l'ACAM a fait apparaître que cet organisme n'avait pas tenu des assemblées générales valables, invalidant ainsi toutes les décisions prises. Devant l'impossibilité juridique de convoquer une nouvelle assemblée générale, la mutuelle a été placée, à la demande de son dirigeant, sous administration provisoire le 28 janvier 2009.

Par ailleurs, cette mutuelle devait participer à un accord national entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2009 relatif à la couverture complémentaire santé obligatoire de sa branche professionnelle. Or, cette mutuelle, ne détenant pas le fonds de garantie minimum réglementaire, ne pouvait légalement participer à cet accord national.

Dès lors, l'administrateur provisoire, après avoir mis en place un mode de gouvernance conforme à la réglementation, a orienté la mutuelle vers une fusion avec une mutuelle locale. Les emplois, ainsi que les garanties offertes aux adhérents ont été préservés. Les adhérents du portefeuille transféré concernés par l'accord national ont pu bénéficier des prestations prévues.

LA MUTUELLE A

C'est une mutuelle du Livre II couvrant des risques de branches 1, 2, 20 et 21. Le contrôle permanent a relevé une insuffisance de couverture de la marge de solvabilité et un non-respect du fonds de garantie minimum réglementaire, ainsi qu'une situation financière préoccupante pour l'ensemble des entités du groupe. Compte tenu de la situation de la mutuelle, le Collège, réuni le 9 septembre 2009, a demandé à l'organisme de lui présenter, dans un délai d'un mois, un plan de financement à court terme, conformément aux dispositions de l'article R. 510-5 du Code de la mutualité.

Le plan de financement présenté prévoyait un désengagement des activités non assurancielles, la cession d'une partie de l'immobilier, la réduction des effectifs et des charges de fonctionnement, ainsi que la mise en place d'un partenariat avec un groupe paritaire. La mutuelle du groupe porterait la substitution de la mutuelle en difficulté.

Le plan de financement a été accepté et la mutuelle A a été placée sous surveillance spéciale le 12 novembre 2009 en application des dispositions de l'article L. 510-9 du Code de la mutualité. Cette décision a notamment été notifiée afin de vérifier la mise en application de la convention de substitution sachant que les assemblées générales ne s'étaient pas encore prononcées à cette date. Les assemblées générales qui se sont tenues en décembre 2009 se sont prononcées pour la substitution.

La convention de substitution est effective depuis le 1^{er} janvier 2010, et les différentes mesures prévues dans le plan de financement initialement transmis sont en cours de réalisation.

L'UNION B

L'Union B est une union du Livre III proposant à ses adhérents de nombreuses activités sanitaires et sociales. Cette union a été placée sous administration provisoire par l'ACAM le 30 juin 2009, en application des dispositions de l'article L. 510-9 du Code de la mutualité. Cette décision a notamment été motivée à la demande du président de l'union et tenait compte de la défaillance du mode de gouvernance, des déficits récurrents depuis 2006, des fonds propres négatifs et de l'absence de données chiffrées et fiables.

L'union B entretient des liens étroits avec les mutuelles C et D, respectivement mutuelle du Livre II et mutuelle du Livre III. À la demande des présidents, les deux mutuelles ont été placées sous administration

provisoire le 16 juillet 2009. L'Administrateur provisoire a constaté la situation de cessation des paiements de la mutuelle D et déposé le bilan au Tribunal de Grande Instance. Le 30 octobre 2009, le tribunal a nommé un liquidateur judiciaire. Ensuite, l'administrateur provisoire s'est attaché à rétablir au sein des organismes B et C un mode de gouvernance conforme au Code de la mutualité et à trouver un partenaire susceptible de reprendre les activités des deux organismes. En novembre 2009, l'administrateur provisoire a présenté un projet de transfert de portefeuille de la mutuelle C et des activités de l'union B au profit d'un groupe mutualiste permettant un transfert de tous les emplois, un maintien des activités et la sauvegarde des intérêts des adhérents.

1.2 La transformation des IRS : bilan

 **L'année 2009 aura vu l'aboutissement du processus de transformation des Institutions de Retraite Supplémentaire (IRS), programmé par la loi portant réforme des retraites de 2003. Pour autant, les régimes qu'elles géraient n'ont pas disparu : ils ont été externalisés chez des organismes assureurs en tout ou partie, selon la nature des garanties offertes par ces régimes et leur niveau de financement par les employeurs.** 

Rappelons que la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites prévoyait la disparition des IRS au 31 décembre 2008. Cette échéance avait été reportée d'un an par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, sans modifier les conditions techniques des transformations posées par la loi de 2003 et ses mesures d'application (décrets du 26 décembre 2007 n° 2007-1897 et n° 2007-1903, et arrêté du 25 juillet 2008).

1.2.1 Le secteur des IRS : la grande diversité des institutions

À l'origine créées par des entreprises dans le cadre d'une politique sociale, les IRS, organismes à gouvernance paritaire, avaient pour finalité de gérer, sous le mode de la répartition, un régime de « retraite maison », en général à prestations définies, destiné aux salariés des entreprises adhérentes en supplément des régimes de retraite obligatoires et complémentaires.

On estime à environ 800 millions d'euros les prestations versées par ces institutions à environ 360 000 bénéficiaires au 31 décembre 2008. L'évaluation des engagements y afférant se monte à 20 milliards d'euros environ. Ces chiffres résultent toutefois de situations contrastées : si certaines IRS géraient les engagements de retraite de grands groupes envers plusieurs milliers de salariés ou anciens salariés, un nombre important d'institutions comportait, à l'inverse, très peu de participants.

Le mode de fonctionnement de chaque IRS n'était pas non plus homogène. Si certaines de ces institutions étaient dotées de fonds suffisants pour financer ces engagements, la plupart d'entre elles étaient dépourvues d'actifs de couverture suffisants et assuraient le versement des prestations à la suite d'un appel de fonds, au moins partiel, auprès de l'employeur. Pour quelques-unes d'entre elles, l'employeur versait directement les prestations aux bénéficiaires, l'IRS n'ayant plus de vie institutionnelle.

État des lieux des IRS

Avant le début du processus de transformation, 81 IRS étaient recensées actives, c'est-à-dire remplissant au moins l'un des critères suivants : versement direct de prestations au cours de l'exercice, engagement vis-à-vis de retraités ou de futurs retraités, existence d'une instance décisionnaire active.

En cours de processus, 5 IRS ont choisi de fusionner entre elles, ce qui a porté à 78 le nombre d'IRS concernées par la réforme. Toutes ces institutions étaient soit fermées aux nouveaux salariés (seuls, les salariés bénéficiaires du régime à une certaine date passée pouvaient continuer d'acquérir des nouveaux droits), soit en extinction (dans ce cas, aucun droit nouveau n'était acquis). Les quelques IRS encore ouvertes avant leur transformation ont procédé à leur fermeture au moment de la mise en œuvre des opérations. Parmi les institutions fermées, beaucoup étaient en extinction.

1.2.2 Les modalités de transformation

Les mesures d'application de la loi de 2003 ont prévu plusieurs modalités de transformation. Ainsi, avant l'échéance du 31 décembre 2009, les IRS pouvaient :

- soit déposer une demande en vue de leur agrément en qualité d'institution de prévoyance ou en vue de leur fusion avec une institution de prévoyance agréée ;
- soit se transformer, sans constitution d'une nouvelle personne morale, en institutions de gestion de retraite supplémentaire (IGRS).

À défaut, les IRS sont dissoutes d'office, avec conversion en rentes viagères des fonds présents à cette date, dans les conditions posées par l'arrêté du 25 juillet 2008.

Dans le cas d'une transformation en IGRS, dont l'objet social est strictement limité par la loi à la gestion administrative du régime de retraite, les éventuels fonds présents dans l'IRS devaient être transférés auprès d'un organisme assureur, après approbation par l'Autorité de contrôle.

Par ailleurs, un certain nombre d'IRS ont fait le choix de se dissoudre. Ces IRS avaient encore, pour certaines, des fonds qu'elles pouvaient transférer auprès d'un organisme assureur. Sur le plan technique, l'Autorité de contrôle a évalué les dispositifs de transfert envisagés de façon similaire à une transformation en IGRS.

Dans le cas de transformations impliquant un transfert de fonds vers un organisme assureur, l'Autorité de contrôle a veillé en particulier à la compatibilité du contrat d'assurance avec les termes de l'accord collectif, ainsi qu'à la régularité du contrat d'assurance. À cet égard, la publication d'une note d'information par l'Autorité de contrôle à la fin de l'année 2008, rappelant quelques règles essentielles à respecter dans le cadre du transfert des fonds de l'IRS vers un organisme assureur, avait permis à ces dernières d'améliorer leur dispositif de transformation au cours de l'année 2009 et de présenter, dans les délais impartis par la loi, un projet de transformation susceptible de recueillir l'approbation de l'Autorité de contrôle.

Dans les cas où les régimes de retraite ne pouvaient être intégralement externalisés auprès d'un organisme assureur, l'Autorité de contrôle a aussi vérifié que l'engagement résiduel de l'employeur dans le financement du régime apparaissait sans ambiguïté dans le dispositif de transformation envisagé.

1.2.3 Bilan des transformations

Au 31 décembre 2009, 33 des 78 IRS se seront transformées en IGRS. Ces transformations auront donné lieu, au total, à l'approbation, par l'Autorité de contrôle, de 21 opérations de transferts de fonds (dont 14 en 2009). En alternative à une transformation en IGRS, 13 IRS disposant de fonds auront fait le choix de se dissoudre.

Une seule IRS aura sollicité un agrément en vue de sa transformation en institution de prévoyance et 3 IRS auront fusionné ou déposé un dossier auprès du Ministère de tutelle en vue de leur fusion avec une institution de prévoyance.

Un nombre significatif de transferts de fonds vers des organismes assureurs a donné lieu à la souscription de garanties partielles auprès d'organismes assureurs, que ce soit en raison de la nature des garanties de certains régimes, non directement transposables

dans un contrat d'assurance, ou surtout, en raison de l'insuffisance des fonds présents dans l'IRS pour couvrir les engagements du régime.

Modalités de transformation des IRS

Le tableau *infra* présente de façon synthétique les évolutions menées par les IRS.

	Avec transfert de fonds	Sans transfert de fonds	TOTAL
IGRS	21	12	33
Dissolution	13	28	41
Agrément IP	1	0	1
Fusion avec une IP	3	0	3
Total			78

Dans ce dernier cas, l'Autorité de contrôle observe que si les transferts ont été réalisés dans des conditions respectant le formalisme des textes, cette réforme, qui visait à consolider les systèmes de retraite, n'aura toutefois pas conduit les employeurs à privilégier, au moyen d'un financement supplémentaire, l'externalisation la plus large possible de leurs engagements de retraite auprès d'organismes assureurs.

Par ailleurs, sur les 78 IRS ayant obligation de se transformer, seules 12 n'avaient engagé aucune démarche : la majorité d'entre elles n'avaient en effet aucun fonds, aucune vie institutionnelle et ne fonctionnaient plus depuis plusieurs années déjà, l'employeur étant alors le seul débiteur des allocations. En application des dispositions de l'article 116 III de la loi du 21 août 2003, ces IRS ont été dissoutes d'office, avec le cas échéant, nomination d'un liquidateur par l'Autorité de contrôle.

1.3 Le contrôle des intermédiaires

Les intermédiaires d'assurance sont des personnes physiques ou morales qui, contre rémunération, présentent, proposent ou aident à conclure des contrats d'assurance.

1.3.1 L'intermédiation : un édifice normatif entré en vigueur il y a trois ans

Depuis décembre 2002, quatorze textes ont été pris afin de transposer en droit national la directive 2002/92/CE du 9 décembre 2002 et de définir un cadre pour la pratique de l'intermédiation en assurance. La loi « portant Diverses Dispositions d'Adaptation au droit Communautaire dans le secteur de l'assurance » (DDAC) du 15 décembre 2005 a notamment imposé aux intermédiaires une obligation d'immatriculation.

Depuis le 1^{er} 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, Organisme pour le Registre des Intermédiaires d'Assurance, outil de base du contrôle du secteur de l'intermédiation en assurance. L'immatriculation est obligatoire et payante.

Si un intermédiaire ne répond plus aux conditions requises, il est radié du registre 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 ORIAS. La radiation implique donc l'arrêt de l'activité et l'impossibilité pour l'intermédiaire de proposer des contrats d'assurance.

Cet édifice normatif encore récent a généré de nombreuses demandes d'éclaircissement 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 L. 514-4 du Code des assurances.

Le dispositif ORIAS : un « plus » pour les assurés

Ce dispositif 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.orias.fr.

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.

Cette immatriculation ne constitue pas pour autant un certificat administratif de compétence professionnelle. Elle n'est pas non plus 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.

Au 31 décembre 2009, 41 509 intermédiaires d'assurance étaient immatriculés, ce qui se traduisait par 49 343 inscriptions⁽¹⁾ (compte tenu du fait que certains immatriculés sont inscrits dans plusieurs catégories).

1.3.2 Un contrôle de conformité

Le contrôle des intermédiaires a pour but de vérifier qu'ils sont bien inscrits sur le registre ORIAS, qu'ils respectent les conditions d'exercice de la profession, ainsi que les dispositions législatives et réglementaires applicables.

Les intermédiaires opérant en France relèvent du contrôle de l'ACAM. Ceux-ci ne portent pas de risques ; il ne s'agit pas d'un contrôle prudentiel. Par ailleurs, ce contrôle n'est pas permanent, mais décidé au cas par cas, à l'initiative de l'Autorité.

L'ORIAS doit communiquer toute information demandée par l'ACAM dans le cadre de son pouvoir de contrôle. L'Autorité peut intervenir de plusieurs façons : de manière discrétionnaire, en exploitant des informations issues de lettres de réclamation 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.

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 » puis délivrer un conseil, le tout par écrit.

Par ailleurs, les articles L. 512 2 et R. 511-3 du Code des assurances exigent 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 » qui, aux termes de l'article R. 511-3 du Code des assurances, ne peuvent rétrocéder de commissions qu'à des personnes dûment immatriculées.

Le courtier grossiste et l'intermédiation

Le courtier grossiste n'est pas un intermédiaire d'assurance au sens classique du terme : il ne fait pas le lien entre un organisme d'assurance et le client final, mais entre plusieurs organismes d'assurance et d'autres intermédiaires d'assurance.

Le courtier grossiste conçoit lui-même ses produits d'assurance et en assure la gestion. La commercialisation auprès du public est ensuite effectuée par des courtiers d'assurance au sens classique du terme, lesquels sont parfois appelés « courtiers de proximité ».

Toutefois, le risque demeure porté par un ou plusieurs organismes d'assurance. Certains courtiers grossistes ont racheté des entreprises régies par le Code des assurances ; d'autres sont des émanations de mutuelles du Code de la mutualité : ils disposent, au sein du groupe ainsi constitué, d'un outil pour le placement de leurs risques. Les courtiers grossistes ont tout d'abord distribué des produits d'assurance dommages avant d'affirmer leur spécificité en développant des produits de « niche » (assurance automobile pour les malusés par exemple), pour lesquels les attentes des clients n'étaient pas satisfaites par les contrats existants.

Les intermédiaires opérant hors de leur pays

Désormais, les intermédiaires dûment immatriculés sur le registre de leur pays d'origine ont la possibilité d'opérer 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. »

1.3.3 Rémunération et immatriculation

La rémunération allouée au titre de l'activité d'intermédiation ne peut être rétrocédée, en totalité ou en partie, qu'à un intermédiaire d'assurance dûment immatriculé par l'ORIAS, à moins qu'il ne soit titulaire d'un passeport délivré par une autre autorité européenne. Le non respect de cette obligation rend l'intermédiaire d'assurance payeur passible de sanctions (ancien article L. 310-18-1 du Code des assurances et nouvel article L. 612 41 du Code monétaire et financier). Cette règle ne fait pas obstacle au versement d'une rémunération à un indicateur d'assurance, c'est-à-dire à une personne qui se borne à mettre les parties en rapport.

(1) Un intermédiaire immatriculé peut s'inscrire dans une ou plusieurs des quatre premières catégories prévues par le I de l'article R. 511-2 du Code des assurances : courtier d'assurance, agent général, mandataire d'assurance, mandataire d'intermédiaire d'assurance.

La transposition de la directive 2002/92/CE, a clairement voulu réserver l'intermédiation en assurance à des professionnels présentant différentes garanties (honorabilité, compétence professionnelle, responsabilité civile professionnelle et garantie financière). Il incombe aux organismes d'assurance ou aux intermédiaires d'assurance de vérifier, à intervalle régulier, que les commissions qu'ils versent ne vont qu'à des personnes habilitées à les recevoir.

Afin de permettre cette vérification, l'ORIAS met régulièrement à jour un fichier qui répertorie tous les codes ORIAS des courtiers d'assurance avec leur numéro de RCS, ainsi que leur statut. Toute personne versant des commissions peut ainsi savoir si son partenaire est toujours en capacité ou pas. Une vigilance toute particulière s'impose après le renouvellement des inscriptions, c'est-à-dire dans le courant du deuxième trimestre de l'année civile.

1.3.4 Rémunération et intermédiation

/// **L'article L. 511-1 du Code des assurances définit l'intermédiaire d'assurance comme une personne qui pratique l'intermédiation en assurance contre rémunération. La rémunération correspond à tout versement pécuniaire ou toute autre forme d'avantage économique convenu et lié à la prestation d'intermédiation.** //

En 2009, il a été demandé aux services de l'ACAM dans quelle mesure un versement pécuniaire à une personne pratiquant l'intermédiation en assurance pouvait être considéré comme non convenu ou non lié à la prestation d'intermédiation ; l'idée sous-jacente étant de permettre à des personnes appelées à pratiquer l'intermédiation en assurance de le faire sans pour autant être considérées comme intermédiaires d'assurance, et donc sans être immatriculées à l'ORIAS.

Premier cas : une association souscriptrice d'un contrat collectif qui diffuse des garanties de type responsabilité civile, individuelle accident, protection juridique et assistance, et qui serait rémunérée via une quote-part du résultat du contrat ; l'association met en avant le fait que sa rémunération ne viendrait pas de l'activité d'intermédiation, mais des actions de prévention menées auprès des membres. Second cas : un établissement de crédit ayant recours à des mandataires pour diffuser des crédits bancaires ainsi que des assurances emprunteurs ; les mandataires ne seraient rémunérés que pour le placement de crédits et ne seraient pas intéressés en cas de placement de contrats d'assurance.

Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de produits qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de la dérogation prévue à l'article R. 513 1 du Code des assurances, et qui sont au cœur de l'activité de milliers d'intermédiaires d'assurance dûment immatriculés. Ensuite, dès lors que les acteurs cités pratiquent l'intermédiation en assurance, il est difficile d'imaginer qu'ils acceptent d'y consacrer des moyens ou du temps sans rétribution en retour : les schémas soumis apparaissent alors comme des constructions artificielles. Enfin, l'on rappellera que le législateur entend renforcer la protection du consommateur ; or, les constructions proposées conduiraient inmanquablement à priver les preneurs d'assurance des informations et des conseils que la loi commande de lui fournir.

Trois questions à...

PIERRE-XAVIER SOULÉ-SUSBIELLES,
Chef du projet de contrôle des intermédiaires

Pouvez-vous nous présenter le contrôle des intermédiaires ?

Une part significative de la vente des produits d'assurance en France est réalisée par le canal d'intermédiaires juridiquement distincts de leurs fournisseurs. Ces intermédiaires sont soumis à un corpus de règles spécifiques, issues en grande partie de la transposition de la directive 2002/92/CE.

Par exemple, lors de la commercialisation d'un produit, un intermédiaire est assujéti à une obligation d'information et de formalisation du conseil donné.

Le contrôle des intermédiaires porte principalement sur le respect des conditions de commercialisation : c'est un contrôle de « conformité ». Signalons qu'il existe un autre contrôle des intermédiaires d'assurance : celui exercé par l'ORIAS, lors de l'immatriculation de ces derniers.

Comment s'organise votre service pour traiter ses missions ?

Eu égard à l'étendue du secteur à contrôler et à la nécessité de développer des compétences aussi pointues que possible, une approche « thématique » a été retenue : chaque membre de l'équipe est responsable d'un sujet qu'il est en charge d'approfondir. C'est sur cette répartition des différentes thématiques que les missions de contrôle sont attribuées.

Votre service a-t-il d'autres missions que le contrôle stricto sensu des intermédiaires d'assurance ?

Avec plus de quarante mille personnes physiques et morales immatriculées comme intermédiaires d'assurance, notre mission principale est bel et bien centrée sur un contrôle de conformité ! Qui plus est, le contrôle des intermédiaires étant récent, les modalités sont en cours de création... Dans ce cadre, la diffusion de l'information est une autre mission prioritaire car les problématiques liées à l'intermédiation ne sont pas toujours bien connues. Aussi est-il prioritaire de mettre en ligne, sur le site internet de l'ACAM, des éléments de réponse aux nombreuses questions posées par le public (public de professionnels, majoritairement).

Ce travail de communication implique des contacts réguliers avec les organismes professionnels, ainsi que la participation en tant qu'intervenant à différentes manifestations et échanges avec les médias.

1.4 La lutte anti-blanchiment

1.4.1 La lutte anti-blanchiment : action de l'ACAM

L'ACAM surveille la mise en œuvre, par les organismes placés sous son contrôle, y compris les intermédiaires, des mesures de lutte contre le blanchiment de capitaux et contre le financement du terrorisme.

Quelles modalités de surveillance ?

Pour conduire cette mission importante, l'ACAM a renforcé de façon significative l'effectif de la cellule anti-blanchiment qui compte aujourd'hui 8 personnes. Cette unité spécialisée 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 œuvre par les organismes.

Les contrôles sur place anti-blanchiment sont réalisés par les commissaires contrôleurs des assurances ou par des agents de la cellule anti-blanchiment habilités par le Secrétaire général. Le résultat de leurs investigations trouve sa traduction dans les développements des rapports des commissaires contrôleurs ou dans la production de rapports spécifiques exclusivement consacrés à l'application du dispositif de lutte anti-blanchiment.

L'ORGANISATION D'UN CONTRÔLE PERMANENT

La mission de contrôle permanent de la cellule s'illustre notamment par la réalisation d'enquêtes qui ont pour objet de mesurer le niveau de conformité et d'évaluer la portée de l'application de la réglementation anti-blanchiment des organismes les plus exposés. À cet effet, après avoir interrogé en 2007 les entreprises d'assurance-vie et en 2008

les institutions de prévoyance et les mutuelles qui pratiquent l'assurance-vie, sous forme de questionnaires spécifiques, l'ACAM a lancé en 2009 une campagne d'entretiens approfondis auprès des responsables Tracfin des principaux organismes du marché de l'assurance-vie (cf. encadré).

Bilan de l'enquête 2009 sur la mise en œuvre des engagements pris par les organismes d'assurance

Dans le cadre de la mission de contrôle permanent de lutte anti-blanchiment, l'ACAM a, durant cette année charnière de transposition de la 3^e directive européenne, lancé une campagne d'entretiens approfondis auprès des responsables Tracfin d'organismes d'assurance pratiquant l'assurance-vie. L'ACAM a ciblé les entretiens sur les plus grands organismes d'assurance en termes de chiffre d'affaires (volume des primes perçues compris entre 1 et 10 milliards d'euros), en vue de suivre de près l'appropriation par ceux-ci de l'ordonnance du 30 janvier 2009.

Ces entretiens poursuivaient un double objectif : faire le point sur la mise en œuvre des engagements pris par l'organisme d'assurance ; mesurer l'état d'avancement de la mise en œuvre de la réglementation relative à l'ordonnance n°2009-104 du 30 janvier 2009.

D'une façon générale, l'examen des résultats témoigne de la forte implication des acteurs sur le sujet de la lutte anti-blanchiment et porte la marque de nombreuses actions engagées par la profession. Parmi les progrès notables réalisés : renforcement de la sensibilisation du personnel et des réseaux de distribution, rédaction de procédures internes spécifiques à la lutte anti-blanchiment, développement des outils de détection, contractualisation des relations avec les intermédiaires, développement d'outils spécifiques de filtrage ou de solutions internes pour lutter contre le financement du terrorisme.

L'enquête a permis également d'évaluer l'état d'avancement des réflexions des organismes financiers relatifs à l'évaluation des risques au regard de la nouvelle réglementation. La majorité des organismes mettent en place une classification des risques, en cours d'ajustement. En outre, des projets organisationnels et informatiques d'envergure sont planifiés afin de mettre en conformité les dispositifs déjà existants avec les nouvelles dispositions.

Globalement, les organismes consultés se situaient en majorité en phase de démarrage de la mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

En 2010, l'Autorité de contrôle entend renouveler l'envoi d'un questionnaire afin de mesurer les progrès accomplis.

LA CONDUITE DE CONTRÔLES SUR PLACE

Afin de définir son programme de contrôle, l'ACAM choisit prioritairement les entreprises les plus sensibles en raison de la nature de leurs activités ou de la structure de leurs réseaux de production. Elle concentre également ses contrôles vers les organismes apparaissant les moins bien armés du fait de déficiences potentielles de leur organisation interne.

En 2009, l'ACAM a réalisé une quinzaine de contrôles sur place, dont 9 ont donné lieu à la production de rapports spécifiques.

Quels pouvoirs de sanction ?

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.

Au cours de cette année, l'ACAM a notamment prononcé, en matière de lutte anti-blanchiment, deux sanctions disciplinaires accompagnées de sanctions pécuniaires : la première a concerné un intermédiaire, la seconde un organisme d'assurance. Ces décisions, qui ont fait l'objet de publication, ont été fondées sur les motifs suivants :

- non-conformité des procédures internes de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme ;
- défaut de formation à la lutte anti-blanchiment du personnel concerné ;
- carences du contrôle interne ;

- absence de vigilance constante et de vigilance renforcée ;
- carence du système de surveillance du gel des avoirs.

L'action répressive de l'ACAM se double d'une action préventive bien plus importante. Cette dernière s'appuie notamment sur le développement de relations approfondies avec les organismes de la place et leurs correspondants TRACFIN.

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

Enfin, pour faciliter la tâche des organismes d'assurance soumis aux obligations de vigilance en matière d'anti-blanchiment, 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). Sa mise à jour, en cours de réalisation, sera disponible courant 2010.

1.4.2 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.

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

a) Au niveau international

Le GAFI est une organisation intergouvernementale créée lors du Sommet du G-7 à Paris en 1989, afin de mettre au point une action coordonnée à l'échelle internationale en matière de lutte contre le blanchiment.

L'ACAM participe aux travaux du Groupe d'Action Financière Internationale sur le blanchiment des capitaux (GAFI).

Le GAFI a élaboré 40 recommandations, qui énoncent les mesures que les gouvernements nationaux doivent prendre pour appliquer des plans efficaces de lutte contre le blanchiment de capitaux ; combinées avec les 9 recommandations spéciales sur le financement du terrorisme, ces références constituent un cadre de mesures renforcé, étendu et cohérent pour lutter contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les travaux du GAFI s'organisent autour de groupes de travail qui traitent notamment des suites à apporter aux évaluations mutuelles des systèmes financiers des États au regard de la lutte anti-blanchiment et des questions de typologies.

En 2009, l'ACAM a participé à un groupe de travail sur l'approche par les risques dans le secteur des assurances. Les conclusions ont été rendues publiques en octobre 2009 sur le site du GAFI.

Par ailleurs, les organismes sont invités à suivre attentivement les conclusions des groupes de travail relatifs à la surveillance particulière d'un certain nombre de pays (groupe ICRG⁽²⁾), ainsi que celles relatives aux travaux sur les armes de destruction massive et la prolifération.

Le GAFI a également commencé, en 2009, la procédure d'évaluation de la France dans le cadre de son 3^e round d'évaluations mutuelles (voir encadré).

(2) ICRG : International Cooperation Review Group.

L'ACAM collabore en outre avec les Autorités de supervision bancaire et financière européennes dans un groupe de travail dénommé AMLTF (Anti Money Laundering Task Force). Ce sous-groupe des Comités de niveau 3 (3L3), auquel la cellule anti-blanchiment de l'ACAM participe avec le Secrétariat général de la Commission bancaire, est basé à Londres. Il 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. Un rapport sur les pratiques en matière d'identification de la clientèle dans les différents pays européens est paru en octobre 2009 sur ce sujet.

L'évaluation de la France par le GAFI

La procédure d'évaluation de la France par le Groupe d'action financière (GAFI) a débuté depuis mai 2009. Elle consiste à apprécier le niveau de conformité du dispositif français de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme au regard des 40 + 9 recommandations du GAFI. Cette revue revêt une importance particulière pour les administrations, les superviseurs et les secteurs du privé concernés par le dispositif.

Concernant la méthode d'évaluation, c'est la conformité du dispositif français de lutte anti-blanchiment contre le financement du terrorisme (LAB/FT) aux 40 + 9 recommandations qui est auditée. Sont à la fois concernés les dispositifs juridiques, institutionnels, ainsi que leur application par le secteur privé. En effet, l'évaluation porte autant sur les textes que sur l'effectivité de la mise en œuvre du système. Parmi les différents acteurs évalués, on compte l'ACAM, en tant que superviseur, ainsi que les organismes qui lui sont assujettis, c'est-à-dire les entreprises d'assurance, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les intermédiaires d'assurance.

La procédure d'évaluation se décompose en plusieurs temps :

- la réponse, mi-novembre 2009, à un questionnaire visant à apprécier la conformité du dispositif français (282 questions) ;
- une visite sur place des évaluateurs en janvier 2010 ;
- la diffusion d'un rapport initial à la mi-avril pour remarques et éventuelles modifications. Lors de l'Assemblée plénière d'octobre 2010, les résultats seront présentés et le rapport soumis à approbation.

À l'issue du processus, ce rapport sera publié sur le site internet du GAFI.

b) Au niveau national

L'ACAM a participé, comme les autres superviseurs, aux travaux de transposition de la 3^e directive 2005/60/CE du 26 octobre 2005 sur la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme conduits par la Direction Générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE). L'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009 qui en a résulté étend les obligations en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elle prévoit également une adaptation des obligations de vigilance en privilégiant une approche par les risques (cf. encadré).

En collaboration avec TRACFIN, l'Autorité poursuit également son action de sensibilisation du marché français. Plusieurs conférences ont donné lieu à des interventions communes de TRACFIN et de l'ACAM vis-à-vis des professionnels. À ces occasions, il a été rappelé que la qualité des déclarations de soupçon prime sur leur nombre. En effet, il apparaît essentiel que les déclarations transmises à TRACFIN soient suffisamment étayées et témoignent d'une réelle analyse approfondie, afin d'être facilement exploitées.

La coopération a été extrêmement riche avec les autres autorités de tutelle, notamment dans le cadre des travaux de transposition et de préparation des textes réglementaires. Avec la Commission bancaire, par exemple, cette coopération s'est doublée de l'organisation de deux collèges conjoints : ils ont abordé les questions communes en matière de lutte anti-blanchiment et de financement du terrorisme.

La transposition de la 3^e directive anti-blanchiment

L'ordonnance n° 2009-104 du 30 Janvier 2009 étend les obligations en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elle prévoit également une adaptation des obligations de vigilance en privilégiant une approche par les risques.

L'ordonnance relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme a été promulguée le 30 janvier 2009.

Elle élargit le domaine de l'infraction sous-jacente, jusqu'alors réservé à des cas limitativement énumérés : elle étend en effet le domaine de la déclaration de soupçon à toute infraction passible d'une peine de prison supérieure à un an. Des infractions comme la contrefaçon, mais aussi la fraude fiscale, sont désormais susceptibles d'être à l'origine de déclaration.

Autre nouveauté : le champ des obligations de vigilance comporte désormais trois niveaux en fonction des risques : vigilance allégée en cas de risque faible, standard en cas de risque normal, renforcée en cas de risque élevé. Selon le cas, les exigences d'identification et de connaissance du client seront étendues ou réduites.

Parallèlement, l'ordonnance apporte des changements majeurs en matière d'échanges d'informations. Outre la possibilité de communiquer sous certaines conditions à l'intérieur d'un même groupe, il est désormais possible – entre organismes financiers n'appartenant pas à un même groupe – de s'informer sur l'existence et le contenu d'une déclaration de soupçon lorsqu'ils interviennent pour un même client et dans une même transaction.

Enfin, l'ordonnance encadrant dans des délais précis la transposition du nouveau texte à la clientèle existante, l'ACAM invite les organismes d'assurance à mettre en œuvre au plus vite les dispositions de l'ordonnance.

Publication des décrets sur le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de compléter le nouveau dispositif mis en place par l'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009, le décret n° 2009-1087 du 2 septembre 2009 relatif aux obligations de vigilance et de déclaration pour la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme a été publié au Journal Officiel le 4 septembre 2009.

Le texte définit les critères à partir desquels l'activité d'intermédiation est considérée comme étant une activité financière exercée à titre accessoire et dispensée de tout dispositif LAB/FT. Il précise le moment de la vérification d'identité du souscripteur et du bénéficiaire, notamment pour les contrats d'assurance. Pour mieux connaître la clientèle, il est par ailleurs possible de recueillir les éléments d'information parmi ceux énoncés sur une liste dressée par un arrêté du ministre chargé de l'économie (arrêté du 2 septembre 2009). L'article R. 561-18 délimite le contour de la délicate question des personnes politiquement exposées, et d'une manière générale, l'article R. 561-20 précise le régime des vigilances renforcées.

Enfin, il définit précisément les produits d'assurance faisant l'objet d'une vigilance allégée. Il s'agit, pour l'essentiel, des contrats dont la liste était énoncée par la 3^e directive (contrats d'assurance-vie dont la prime annuelle ne dépasse pas 1 000 euros ou dont la prime unique ne dépasse pas 2 500 euros, contrats d'assurance-retraite). S'ajoutent à cette liste les opérations d'assurance branche 1 et 2 (accidents et maladie), les contrats collectifs relevant de la loi du 31 décembre 1989 dite « loi Evén », ainsi que de certains contrats IARD.



1.5 Cas pratiques

1.5.1 Cas pratiques relatifs à la transposition de la directive de réassurance

La Directive 2005/68/CE du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance a été transposée par l'ordonnance n° 2008-556 du 13 juin 2008 et le décret n° 2008-1154 du 7 novembre 2008. Elle a principalement pour but d'assurer une cohérence entre le contrôle du marché de l'assurance et celui de la réassurance tout en s'adaptant à la réalité économique de cette dernière et, en outre, de mettre en place un passeport européen dans l'ensemble de l'union européenne.

L'année 2009, première année de sa mise en pratique, a soulevé un certain nombre de questions dont les principales sont évoquées ci-dessous.

a) Admission des créances sur les réassureurs

La part d'engagements cédée peut être représentée, réassureur par réassureur, par des créances nettes sur les réassureurs (dans la limite des provisions portées à leur charge).

Tout ou partie de ces créances sur les réassureurs peut être assortie d'une garantie (nantissement de compte d'instruments financiers au profit de la cédante, garantie bancaire ou dépôt espèces).

La mise en place de nantissements ou d'une caution bancaire – et dans ce deuxième cas uniquement par dérogation soumise à l'ACAM et pour une durée limitée inférieure à un an – est obligatoire pour l'admission en représentation des engagements réglementés des créances sur des entités dont le siège est hors de l'Espace Économique Européen.

S'agissant des créances sur réassureurs dont le siège est dans l'Espace Économique Européen, cette obligation n'existe plus. Elles sont donc admises sans condition mais dans la limite des plafonds de dispersion des placements habituels. Ces plafonds peuvent faire l'objet de dérogations au cas par cas par l'Autorité de contrôle comme le prévoit l'article R.332-3-1 du Code des assurances. Des dérogations ont été accordées en fonction des nantissements obtenus sur les créances concernées.

De manière générale, il est recommandé aux cédantes de solliciter le nantissement de leurs créances lors des négociations de leurs traités, dans le cadre d'une gestion cohérente de leurs risques de crédit.

b) Définition de l'activité de réassurance

À la différence de l'assurance, qui consiste à assumer des risques tout au long d'un contrat, l'activité de réassurance est définie à l'article L.310-1-1 du Code des assurances uniquement comme la souscription ou le renouvellement de traités, sans considération de leur exécution. Ainsi, une société en run-off n'exerce pas d'activité de réassurance au sens légal et n'a donc pas à obtenir d'agrément. En revanche, lorsqu'elle reçoit un nouveau portefeuille, un agrément est nécessaire.

c) Transfert de portefeuille

En cas de transfert à un tiers d'un portefeuille de traités d'un réassureur français, la procédure administrative de L.324-1-2 n'est pas opposable à un tiers, donc pas aux cédantes. Par conséquent, le transfert doit s'opérer par négociation amiable avec chaque cédante. Le contrôle se concentre sur les perspectives de solvabilité tant du réassureur que du repreneur à l'issue du transfert.

1.5.2 Admissibilité et comptabilisation des produits structurés

Les produits structurés sont des titres de dette dont les revenus (coupons et/ou valeur de remboursement) sont indexés sur des sous-jacents variés et qui présentent une partie optionnelle (programmes EMTN, obligations structurées, etc.).

S'il est d'abord nécessaire d'affecter ces actifs à l'une des catégories d'actifs admissibles de l'article R.332-2 du Code des assurances, il est plus particulièrement important de vérifier si les conditions de liquidité sont remplies. Néanmoins, la plupart des produits structurés étant émis de gré à gré, il est difficile de considérer qu'ils sont négociables (et *a fortiori* négociés) sur un marché reconnu. Le simple fait qu'un titre soit « inscrit à la cote » ne peut en effet signifier qu'il est négocié.

Ainsi, certains produits structurés, faute d'être négociés sur un marché reconnu ou de trouver une catégorie juridique adaptée, sont difficiles à classer dans l'une des catégories de l'article R.332-2. On peut dans certains cas les considérer comme admissibles en les assimilant à des BMTN régis par l'article R.332-14-1.

Enfin, pour ce qui est de la comptabilisation de ces produits, à l'exception des obligations à taux variable (taux interbancaire + *spread*), les produits structurés n'ont pas vocation à être comptabilisés selon R.332-19.

1.5.3 Agrément RPS et tables de mortalités

Les contrats de retraite professionnelle supplémentaire (RPS) sont des contrats d'assurance-vie dont les prestations sont liées à la cessation de l'activité professionnelle. Celles-ci sont versées en supplément des prestations servies par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires. Les contrats peuvent prévoir des garanties complémentaires.

Ces contrats, logés dans les sociétés d'assurance-vie, peuvent faire l'objet de dispositions spécifiques, qui résultent de la transposition en droit français de la directive « fonds de pension » (directive 2003/41/CE). On les désigne alors communément comme des contrats de RPS relevant de l'agrément IRP (institutions de retraite professionnelle).

La France a en effet fait le choix d'utiliser l'option prévue à l'article 4 de la directive, en permettant de loger les activités de « fonds de pension » au sein d'un canton spécifique dans les sociétés d'assurance-vie.

Ces dispositions propres sont, entre autres :

1. Les contrats de RPS relevant de l'agrément IRP font l'objet d'une comptabilité d'affectation auxiliaire. À ce titre, ils ne rentrent pas dans le périmètre de calcul d'un minimum réglementaire de participation aux bénéfices. Aucune limite de temps n'est non plus imposée pour la reprise d'une éventuelle provision pour participation aux bénéfices passée sur ces contrats.
2. Contrairement aux autres contrats de rentes, le tarif et le provisionnement des contrats de RPS déterminés en utilisant des tables d'expérience pourraient se trouver moins prudents que le tarif et le provisionnement déterminés à partir des tables réglementaires.

Une société d'assurance-vie peut pratiquer en France des opérations de RPS sans utiliser ces dispositions particulières mais si elle souhaite les utiliser, elle doit recevoir un agrément spécifique, dit IRP. L'agrément IRP est accordé de droit aux entreprises titulaires d'un agrément en branches 20, 22 ou 26. Une société ayant un agrément IRP peut alors choisir de soumettre des contrats qu'elle a déjà en portefeuille aux dispositions spécifiques, sur autorisation du CEA (et donc avis technique des contrôleurs).

Comme rappelé plus haut, l'agrément IRP permet l'utilisation de tables d'expérience qui pourraient se révéler moins prudentes que les tables réglementaires. La seule contrainte est que le niveau de provisionnement des contrats de rente en cours de service (considéré contrat par contrat), dont les contrats de RPS, soit supérieur ou égal à celui obtenu avec la table TPG 93. En pratique, ce seul plancher ne saurait être considéré comme suffisant : le contrôle attachera donc une attention particulière à l'analyse de ces tables d'expérience.

1.5.4 Champs d'activité des institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance, qui font partie des organismes de prévoyance sociale, ont un champ d'activité bien délimité par la loi.

Il est ainsi rappelé qu'une institution de prévoyance ne peut souscrire en acceptation, comme en affaires directes, que des risques relatifs aux personnels, ayants-droit ou retraités de ses adhérentes (article L. 931-1 du Code de la Sécurité sociale).

1.6 Les sanctions et autres décisions particulières

Nature de la décision		Sociétés d'assurance	Intermédiaires	Institution de prévoyance	Mutuelles	Total
Sanction	Personne morale	4	4			8
	Personne physiques		2			2
Surveillance spéciale	Placement	2			4	6
	Maintien				1	1
	Fin	2			4	6
Administration provisoire	Placement		1		9	10
	Confirmation				9	9
	Fin				2	2
	Remplacement				1	1
Approbation du transfert des provisions ou réserves des IRS				17		17
Demande de plan de financement à court terme					1	1
Refus d'approbation du projet de délibération autorisant deux emprunts pour fonds de développement					1	1
Caducité d'agrément		6				6
Intégration de bénéfices futurs dans les éléments constitutifs de la marge de solvabilité		1				1
Remboursement anticipé de titres subordonnés entrant dans les éléments constitutifs de la marge de solvabilité		2				2
Calcul des ratios prudentiels					1	1
Traité de réassurance					1	1
Avis (tout organisme)		3				3

1.6.1 L'étendue du rôle de l'ACAM

a) Les mesures d'urgence et de sauvegarde

Des mesures d'urgence et de sauvegarde sont prises par l'ACAM quand 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. Elles visent à prévenir un risque de défaillance d'un organisme d'assurance.

MISE SOUS SURVEILLANCE

La mise sous surveillance spéciale assurée par l'intermédiaire des contrôleurs permet à l'Autorité d'être informée sans délai de toutes les décisions importantes prises par l'organisme. Elle peut être adoptée isolément ou en complément de mesures de redressement, dont l'application peut ainsi être contrôlée plus étroitement.

DEMANDE D'UN PLAN DE REDRESSEMENT

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 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. L'Autorité conserve le soin d'apprécier ces dernières.

Ce dispositif présuppose, de la part de l'Autorité, un jugement favorable sur l'aptitude des dirigeants à mener à bien le redressement de leur organisme.

L'Autorité peut également recourir au blocage d'actifs ou à l'interdiction temporaire de certaines opérations.

NOMINATION D'UN ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

L'ACAM peut demander la nomination d'un administrateur provisoire dans trois cas :

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

Sept 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.

Les sanctions disciplinaires possibles

- l'avertissement ;
- le blâme ;
- l'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;
- la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'entreprise (ou la démission d'office d'un ou plusieurs dirigeants de l'entreprise) ;

- le retrait total ou partiel d'agrément ou d'autorisation ;
- le transfert d'office de tout ou partie du portefeuille des contrats.

À ces sanctions peuvent s'ajouter, dans le cadre de l'intermédiation :

- la radiation du registre de l'Orias ;
- l'interdiction de pratiquer l'activité d'intermédiation.

b) L'ouverture de procédures disciplinaires

SAISINE DE L'ACAM

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.

AUDIENCE DISCIPLINAIRE

L'audience disciplinaire se tient au moins trois semaines après la notification des griefs. Elle 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 utile. La personne poursuivie peut se faire assister d'un conseil et 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, la délibération a lieu 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. La décision peut être reportée.

NOTIFICATION DE LA 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 respecte trois grands principes : la collégialité, l'impartialité et le respect du caractère contradictoire de la procédure et des droits de la défense. //

1.6.2 Regard sur l'actualité 2009 : sanctions rendues publiques par l'ACAM

a) Les organismes d'assurance

AU SUJET DES TAUX GARANTIS

L'ACAM a pour mission de contrôler les organismes d'assurance dans l'intérêt des assurés. Dans ce cadre, elle veille à ce que les organismes d'assurance-vie délivrent des garanties dans des conditions prudentes et équitables, tant en niveau qu'en durée.

Aussi l'ACAM a-t-elle sanctionné trois entreprises d'assurance-vie pour avoir accordé des taux garantis supérieurs au plafond autorisé et/ou pour des durées excessives. Elle a prononcé à l'encontre de chacune d'elles un avertissement et une sanction pécuniaire. L'ACAM a souhaité rendre publiques ces décisions afin de prévenir des manquements similaires par les autres organismes d'assurance-vie.

AU SUJET DE LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

L'ACAM a également sanctionné un organisme d'assurance pour infraction à la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elle lui a infligé un avertissement et une sanction pécuniaire. En effet, dans sa mission de contrôle des organismes d'assurance dans l'intérêt des assurés, l'Autorité a le devoir de sanctionner un organisme qui n'a pas mis en place de procédures adéquates en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme 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 effectivement servi d'intermédiaire à une opération de blanchiment.

Il a été reproché à la société sanctionnée de ne pas s'être dotée d'un dispositif de vigilance constante lui permettant de s'acquitter de ses obligations de déclaration de soupçon des sommes et opérations susceptibles de provenir d'activités de blanchiment de capitaux ou de participer au financement du terrorisme. Dépourvue de procédures et de dispositif de contrôle interne adaptées à son activité au moment du contrôle, cette société n'était pas davantage en mesure de déclarer à TRACFIN les sommes et opérations qui pouvaient se présenter dans des conditions inhabituelles de complexité sans paraître avoir de justification économique ou d'objet licite.

L'ACAM souligne ainsi l'importance que revêt à ses yeux le respect de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment. Elle rappelle qu'il est nécessaire au sein des sociétés concernées :

- d'organiser la fonction lutte anti-blanchiment ;
- de rédiger et diffuser des procédures de lutte anti-blanchiment ;
- de former le personnel ;
- de mettre en place un système adéquat de contrôle interne ;
- de disposer d'un dispositif de détection des opérations inhabituelles et de lutte contre le financement du terrorisme.

L'ACAM a souhaité rendre publique cette décision afin de prévenir des manquements similaires par les autres organismes d'assurance soumis aux mêmes obligations.

// L'ACAM peut sanctionner un organisme d'assurance pour infraction à la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et ce même en l'absence de fraude constatée. //

b) Les intermédiaires

SANCTION DE LA SOCIÉTÉ ODDO DE COURTAGE D'ASSURANCES (SOCA)

L'ACAM a sanctionné une société de courtage d'assurance pour des manquements à la réglementation en matière de lutte anti-blanchiment.

La décision énonce en détail les principales obligations prévues par le Code monétaire et financier dans ce domaine. En l'espèce, il est reproché à la Société Oddo de Courtage d'Assurances (SOCA), filiale de la société Oddo et Cie, de ne pas s'être dotée d'un dispositif de vigilance constante lui permettant de s'acquitter de ses obligations de déclaration de soupçon des sommes et opérations susceptibles de provenir d'activités de blanchiment de capitaux ou de participer au financement du terrorisme. Dépourvue de procédures adaptées à son activité et de tout dispositif de contrôle interne au moment du contrôle, la société sanctionnée n'était pas en mesure de déclarer les sommes et opérations qui se présentent dans des conditions inhabituelles de complexité et ne paraissent pas avoir de justification économique ou d'objet licite.

La Société Oddo de Courtage d'Assurances (SOCA) a également été sanctionnée pour avoir fait appel à des intermédiaires non immatriculés et leur avoir versé des commissions, sans procéder aux vérifications d'usage.

L'ensemble de ces faits a conduit l'ACAM à prononcer à son encontre un avertissement, assorti d'une sanction pécuniaire de 50 000 €. Estimant qu'il était dans l'intérêt des assurés que ces sanctions soient portées à leur connaissance, l'ACAM a en outre ordonné leur publication au *Journal officiel*.

SANCTION DE LA SOCIÉTÉ CONSULTEAM FRITEAU PATRIMOINE

L'ACAM a sanctionné la société Consulteam Friteau Patrimoine pour défaut d'immatriculation à l'ORIAS (Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance) et défaut d'assurance de responsabilité civile professionnelle.

C'est la première fois, depuis la transposition de la directive 2002/92/CE, que l'Autorité sanctionne un manquement à l'obligation faite aux intermédiaires d'assurance de s'immatriculer. L'Autorité de contrôle

rappelle que, sauf les exceptions prévues par la loi ou la réglementation, les intermédiaires d'assurance doivent impérativement être immatriculés à l'ORIAS et qu'il leur incombe d'effectuer les démarches à cette fin.

Un blâme a ainsi été prononcé à l'encontre de Consulteam Friteau Patrimoine, assorti d'une sanction pécuniaire de 2 000 €. Estimant qu'il était dans l'intérêt des assurés que ces sanctions soient portées à leur connaissance, l'ACAM a en outre ordonné leur publication au *Journal officiel*.

SANCTION D'AMEX ASSURANCES ET AMEX ASSURANCES.COM, AINSI QUE DE LEUR DIRIGEANT COMMUN, M. ENNERY BELANCE, PAR QUATRE DÉCISIONS DISTINCTES*

Lors du contrôle, il est apparu que, pour obtenir leur immatriculation à l'ORIAS, ces sociétés avaient transmis de fausses attestations d'assurance de responsabilité civile professionnelle et de garantie financière. Eu égard à la fausseté de ces attestations, les sociétés AMEX ASSURANCES et AMEX ASSURANCES.COM ont été dépourvues d'assurance de responsabilité civile professionnelle et de garantie financière au cours de périodes déterminées. Il est reproché aux sociétés, ainsi qu'à leur dirigeant, d'avoir manqué à leurs obligations à l'égard de toute personne qui demande communication à l'ORIAS d'informations relatives à ces attestations.

La société AMEX ASSURANCES.COM et son dirigeant ont également été sanctionnés pour avoir poursuivi leur activité après la radiation du registre ORIAS, et ce, en violation de l'obligation faite aux intermédiaires d'assurance de figurer sur ce registre.

Les sanctions prononcées dans chacune des décisions sont une interdiction de pratiquer l'activité d'intermédiation en assurance pour la durée maximale de dix ans et une sanction pécuniaire de 5 000 €. Estimant qu'il était dans l'intérêt des assurés que ces sanctions soient portées à leur connaissance, l'ACAM a en outre ordonné leur publication au *Journal officiel*.

Toutes les décisions de sanction sont disponibles sur le site internet de l'ACAM à la rubrique Publications > Avis et décisions relatifs aux organismes.

*Les sociétés Amex Assurances et Amex Assurances.com ainsi que leur dirigeant commun ont déposé un recours contre ces sanctions devant le Conseil d'État.



2. Protéger et prévenir

2.1 Le rôle de l'ACAM dans la protection des droits des assurés

Pour aider et protéger les assurés, l'ACAM assure aussi la surveillance des contrats. Les paramètres à prendre en compte pour vérifier le respect des engagements pris par les organismes d'assurance envers leurs assurés concernent 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.

Cette surveillance se traduit par la réalisation de contrôles sur place, mais également par l'action du Département du Droit du Contrat et des Relations avec les Assurés (DDCRA).

Zoom sur le rôle du DDCRA

Le Département du Droit du Contrat et des Relations avec les Assurés (DDCRA) est chargé d'une mission d'instruction, d'analyse et de traitement de réclamations, mais également de veille des contrats d'assurance et d'études juridiques.

Dans le cadre de sa mission de traitement des réclamations relatives au contrat d'assurance, le DDCRA peut être saisi par les assurés, mais aussi par des associations de consommateurs, des conciliateurs de justice, des notaires, voire 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. Afin de répondre aux demandes les plus urgentes des particuliers, le département assure une permanence téléphonique au 01 55 50 41 00.

Le Département 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. Il établit périodiquement des bilans statistiques et procède à des analyses transversales de ces réclamations. Ces informations constituent de précieux indicateurs susceptibles d'orienter le choix des contrôles.

Le DDCRA participe également, 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.

Un espace « assurés » sur le site Internet de l'ACAM

Le site Internet de l'ACAM - www.acam-france.fr/espace_assures/ - propose aux assurés et aux adhérents conseils pratiques et informations afin de les aider à mieux se protéger et se défendre.

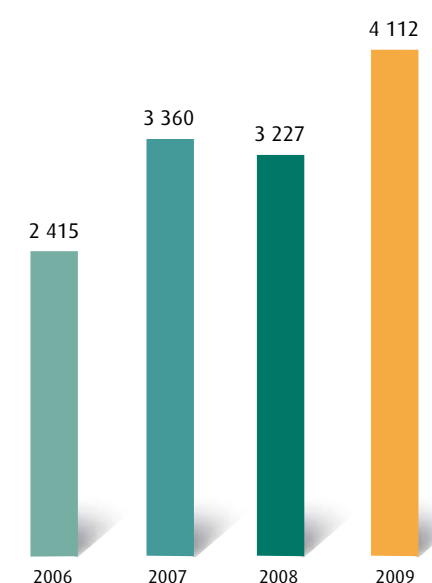
Les assurés sont guidés dans leurs démarches auprès d'organismes d'assurance pour gérer leur relation contractuelle avant et après la souscription ou l'adhésion. Ils sont également informés sur les démarches à suivre en cas de difficultés ou de désaccord avec un organisme d'assurance ou un intermédiaire. Sont notamment mis à leur disposition les noms et les coordonnées des organismes de traitement des réclamations (médiateurs de la FFSA, du GEMA et de la CSCA).

Des statistiques du Département du Droit Contrat et des Relations avec les Assurés (DDCRA) et un glossaire viennent compléter l'ensemble de ce dispositif.

2.2 La grande diversité des réclamations traitées par l'ACAM

État des réclamations reçues en 2009

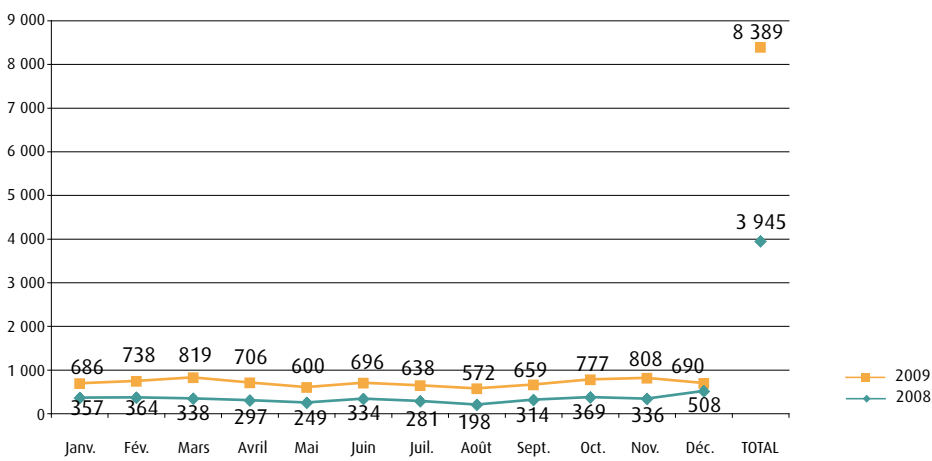
Nombre de dossiers



Le nombre de dossiers reçus par l'ACAM en 2009 a progressé de plus de 27 % par rapport à l'année dernière. Cette augmentation a été particulièrement importante en mars et avril ainsi qu'au cours des quatre derniers mois de l'année. Toutefois, de nombreux courriers ont encore, cette année, été adressés à l'ACAM aux lieux et places de l'organisme assureur ou de l'intermédiaire puisque 455 dossiers (soit 11 % du nombre total des dossiers) ont donné lieu à des retours à l'expéditeur.

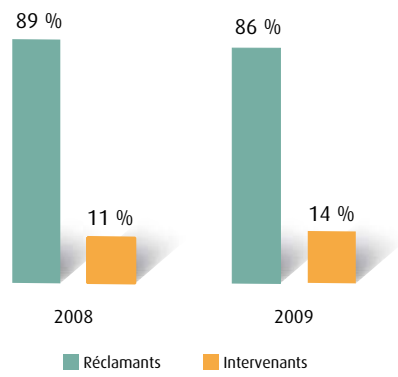
Sur les 3 657 dossiers pour lesquels un traitement particulier a été apporté, les assurés ont dans un peu plus de 13 % des cas, sollicité de l'ACAM des informations juridiques ou d'ordre général (existence/nom de médiateur, recherche de sociétés, augmentation des cotisations, existence de fonds de garantie...).

État de la permanence téléphonique



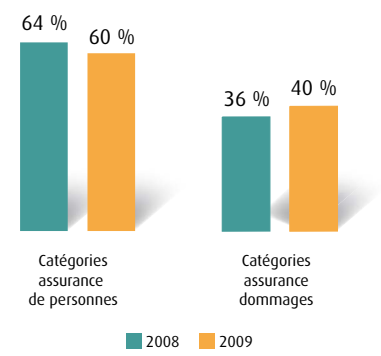
On constate une très forte augmentation du nombre d'appels (+ 110 %) depuis la fin de l'année 2009, en raison notamment d'une plus large information sur l'existence du numéro d'appel de la permanence téléphonique.

Provenance des réclamations



Dans leur grande majorité et comme pour les années précédentes, les réclamations sont adressées à l'ACAM par les assurés eux-mêmes ou les personnes directement concernées, même si l'on constate une progression dans la saisine de l'ACAM par des mandataires.

Total catégories d'assurance



Le total des réclamations par catégorie d'assurance appelle deux commentaires. D'une part, en assurance de personnes comme en assurance de dommages, la hausse du nombre des réclamations s'est poursuivie depuis 2007, à l'exception de l'assurance emprunteur et de la MRH qui ont connu une baisse en 2008. D'autre part, même si la part des réclamations en assurance de personnes demeure importante, on constate que la proportion des réclamations concernant l'assurance dommage a progressé, passant de 36 % en 2008 à 40 % en 2009, et se rapproche davantage de la répartition généralement constatée avant 2008.

Total des réclamations par catégorie en 2009

Catégories d'assurance	en 2008 %	en 2009 %
Vie / Décès / Obsèques	30 %	25 %
Santé	20 %	19 %
Automobile	15 %	18,5 %
Prévoyance / Dépendance / GAV - Accident	7 %	8,5 %
Multirisques habitation	7 %	7,5 %
Assurance emprunteur (Crédit consommation / Crédit immobilier)	5 %	6 %
Inconnu	3 %	4 %
Divers (Animaux / Assistance / Carte bleue / Caution / Garanties accessoires / Risques Locatifs / Maritime / Matériels divers / Voyage / Scolaire)	3 %	4 %
Protection juridique	3 %	2 %
Téléphone portable	3 %	2,5 %
Construction (Dommages ouvrage / Responsabilité décennale)	2 %	1,5 %
Responsabilité civile professionnelle / Multirisques Professionnel	2 %	1,5 %
Total	100 %	100 %

Le nombre de réclamations en 2009 a augmenté dans toutes les catégories d'assurance, à l'exception des assurances construction, protection juridique et téléphone portable qui ont connu une stabilité en comparaison avec l'année 2008. La baisse des taux constatés pour certaines catégories d'assurance est donc principalement liée à leur représentativité dans le volume global des réclamations reçues. Il est également important de noter qu'après avoir connu une stabilité entre 2007 et 2008, les réclamations reçues en assurance automobile (18,5 % du total des réclamations) connaissent la plus forte hausse entre 2008 et 2009 de près de 52 %. Il en est de même de l'assurance santé (19 %) qui connaît cette année encore une hausse de près de 22 % de 2008 à 2009 ; cette augmentation représente 158 % entre 2007 (272) et 2009 (702).

Les réclamations en multirisques habitation ont également connues une forte progression (+ 58 %). Enfin, l'assurance emprunteur (que ce soit en garantie de prêts immobiliers ou de crédits à la consommation) a connu une augmentation de près

de 50 % cette année, ce qui correspond toutefois à un nombre de réclamations équivalent à celui de l'année 2007.

Si les réclamations dans le domaine de l'assurance-vie représentent toujours la part la plus importante des dossiers reçus par l'ACAM en 2009 (25 %), on constate une baisse de 5 points de la représentativité de cette catégorie d'assurance dans le volume global des réclamations par rapport à l'année 2008 (30 %).

Dossiers par objet de la réclamation assurances de personnes et dommages

Objet de la réclamation assurances de personnes et dommages	en 2008 %	en 2009 %
Refus d'indemnisation	22 %	25 %
Gestion du contrat : Frais / Sinistres / Rendement / Modifications / Relevés d'informations / Relevés annuels / Obligation d'information / Devoir de conseil	21 %	22 %
Information : Expertise / Médiateur / Compétence ACAM et DDCRA / informations juridiques ou générales / Recherche de société	18 %	15 %
Résiliation	16 %	15 %
Renonciation / Rachat / Transfert / Paiement à terme	12 %	12 %
Souscription / Cotisation / Prime	10 %	9 %
Clause contractuelle	1 %	2 %
Total	100 %	100 %

En 2009, la répartition des dossiers en fonction de l'objet sur lequel porte la réclamation demeure, à deux exceptions près, proche de celle de 2008. On constate en effet toutefois une diminution de 3 % des demandes d'informations adressées à l'ACAM et corrélativement une augmentation de la même ampleur des réclamations liées aux refus d'indemnisation (principalement refus partiel ou total d'indemnisation ou de prise en charge).

Assurance de personnes

DOSSIERS ASSURANCE DE PERSONNES

Catégorie assurance de personnes	en 2008 %	en 2009 %
Vie / Décès / Obsèques	48 %	44 %
Santé	32 %	33 %
Prévoyance/ Dépendance / GAV - Accident	12 %	13 %
Assurance Emprunteur	8 %	10 %
Total	100 %	100%

Le positionnement de chacune des catégories d'assurance en cause dans les dossiers de réclamation reçus par l'ACAM en 2009 n'a pas varié par rapport à 2008 et demeure également, à une légère exception* près, le même qu'en 2007.

Ainsi, les réclamations dans le domaine de l'assurance-vie représentent toujours la part la plus importante des dossiers reçus en assurance de personnes par l'ACAM en 2009 avec un taux atteignant 44 %. Cette représentativité est toutefois en baisse de 4 points par rapport à l'année 2008 où l'assurance-vie avait représentée 48 % des dossiers reçus en assurance de personnes et, encore plus nettement par rapport à 2007 où elle avait atteint 52 %.

Il apparaît ainsi que la crise financière n'a pas engendré d'accroissement de la quote-part des réclamations en assurance-vie, contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre. Il convient toutefois de préciser que le nombre des dossiers reçus dans ce domaine a augmenté de 7 % en 2009 par rapport à 2008.

En deuxième position, vient l'assurance santé, laquelle représente 33 % des réclamations reçues en assurance de personnes, contre 32 % en 2008. Si cette proportion demeure stable cette année par rapport à l'année dernière, rappelons qu'elle avait considérablement augmentée en 2008 par rapport à 2007, passant de 20 à 32 %.

En troisième position, avec un chiffre nettement inférieur aux assurances-vie et santé visées ci-dessus, se place la catégorie « Prévoyance/Dépendance/GAV – Accident ». Dans cette catégorie, les contrats de prévoyance regroupent logiquement le plus grand nombre de réclamations. Arrivent ensuite celles afférentes aux contrats dépendance. Les réclamations relatives aux contrats GAV – Accident restent d'un niveau plus faible.

Enfin, les réclamations reçues en assurance emprunteur demeurent en 2009, comme en 2008, en 4^{ème} position des assurances de personnes. Leur nombre a toutefois incontestablement augmenté.

** En 2007, l'assurance emprunteur venait en troisième position et représentait 15 % des réclamations reçues alors que la catégorie groupée prévoyance/dépendance/GAV arrivait en en quatrième position représentant 13 %.*

DOSSIERS PAR OBJET DE LA RÉCLAMATION ASSURANCE DE PERSONNES

Objet de la réclamation assurance de personnes	en 2008 %	en 2009 %
Gestion du contrat : Frais / Rendement / Modifications / Sinistres / Relevés annuels / Obligation d'information / Devoir de conseil	26 %	26 %
Refus d'indemnisation	14 %	17 %
Renonciation / Rachat / Transfert / Paiement à terme	18 %	15%
Information : Expertise / Médiateur / Compétence ACAM et DDCRA / informations juridiques ou générales / Recherche de société	16 %	14 %
Résiliation	14 %	14%
Souscription / Cotisation / Prime	10 %	12 %
Clause contractuelle	2 %	2 %
Total	100 %	100 %

On notera que les objets des réclamations reçues en assurance de personnes en 2009 sont demeurés globalement les mêmes qu'en 2008. Une augmentation de 3 % des dossiers liés à des refus d'indemnisation est cependant à relever. Ce phénomène pourrait être attribué au contexte économique de l'année 2009 dans la mesure où il ne paraîtrait pas surprenant qu'en période de crise, les assurés sollicitent davantage l'ACAM et les assureurs ont pu parfois être réticents à délivrer (rapidement) leur garantie. On constatera en revanche que la part des réclamations liées aux demandes de renonciation, de rachat, de transfert et aux paiements à terme de contrats d'assurance-vie a baissé, en proportion, de 3 % de 2009 à 2008, même si leur nombre reste identique. On aurait pourtant pu penser que la crise financière allait avoir pour incidence d'augmenter la quote-part de ce type de réclamations.

Focus sur les conditions de commercialisation de certains contrats d'assurance-vie

En 2009, l'ACAM a été saisie par de nombreuses réclamations mettant en cause les publicités à l'origine de la souscription des contrats d'assurance-vie, ainsi que le conseil délivré. Des assurés se sont plaints d'avoir été trompés par des documents promotionnels ou des argumentaires commerciaux ventant de manière disproportionnée les mérites de contrats d'assurance-vie adossés à des fonds à formule complexes.

Certains contrats ont en effet été commercialisés auprès d'assurés profanes comme alliant la sécurité des contrats en euros et la performance des contrats en unités de compte. Les chances de gains étaient ainsi présentées comme quasiment inéluctables, et les scénarios envisagés sur ces documents ne reflétaient parfois que les hypothèses les plus favorables.

Interrogés par l'ACAM dans ces dossiers, les assureurs se sont le plus souvent retranchés derrière le fait que les documents contractuels étaient conformes, que le capital était garanti, et que les frais étaient mentionnés au contrat. Il est à noter que les assureurs exerceront dans un cadre législatif plus contraignant à compter du 1^{er} juillet 2010, date de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article L. 132-27-1 du Code des assurances, instauré par l'ordonnance n° 2009-106 du 30 janvier 2009, visant à renforcer et à formaliser le devoir de conseil des assureurs et des intermédiaires lors de la commercialisation d'un contrat d'assurance-vie.

S'agissant des réclamations proprement dites, la plupart d'entre elles ont porté sur des thèmes récurrents comme le rendement de leur contrat, leur mauvaise gestion ou les retards dans le versement du capital en cas de rachat et les modifications de contrats collectifs (voir sur ce dernier point article au point 3.2 du présent rapport). Le manquement au devoir de conseil des assureurs et des intermédiaires au moment de la souscription des contrats a également été largement invoqué en 2009. Un grand nombre d'assurés ont ainsi dénoncé le fait que leur contrat ne correspondait ni à leur situation personnelle et patrimoniale, ni aux objectifs dont ils s'étaient prévalus auprès de leur interlocuteur au moment de leur conclusion.

En outre, et en raison notamment de la grande volatilité des marchés financiers, l'ACAM a reçu cette année encore, un certain nombre de réclamations liées au retard dans l'exécution des demandes d'arbitrage. Ces retards peuvent avoir été à l'origine d'un préjudice important pour les assurés ayant formulé leur demande juste avant une forte baisse de la valeur des unités de compte sélectionnées.

Les saisines de l'ACAM ont aussi porté sur les clauses de certains contrats prévoyant que la cotisation versée par l'assuré ne sera investie qu'à l'issue d'un délai dont le point de départ sera la date de son encaissement par l'organisme. Ces contrats ne permettent en effet pas aux assurés de connaître par avance avec précision la date à laquelle les sommes versées seront rémunérées.

L'ACAM a par ailleurs eu à traiter des dossiers en matière de conflits d'intérêts concernant des intermédiaires financiers agissant à la fois en qualité de courtiers et de promoteurs de fonds servant de supports aux unités de compte éligibles aux contrats commercialisés. Dans le même ordre d'idée, des ayants droit se sont étonnés du fait que des employés de banque ayant agi comme courtiers aient pu être désignés comme bénéficiaires des contrats d'assurance-vie souscrits par leurs parents décédés.

a) Assurance-vie

La crise financière a suscité, dès l'été 2008, des demandes de la part d'assurés, qui ont souhaité être informés sur la santé financière de leur organisme.

b) Assurance santé

À l'origine des réclamations reçues en assurance-santé, figurent, en première position, des contestations relatives aux rejets des demandes de résiliation, les assurés ne sachant pas toujours que la loi Châtel, dont ils bénéficient pour leurs autres produits d'assurance, ne s'applique pas à leurs contrats collectifs d'assurance-santé.

Autre source de réclamations : les tentatives refusées d'annulation des contrats. Les contrats d'assurance-santé ont ceci de notable que la technique du démarchage à domicile semble s'être beaucoup développée pour leur distribution. Mais ce procédé comporte certains risques, tant pour les assurés que pour les organismes d'assurance concernés. Pour les assurés, il convient d'avoir à l'esprit que s'il existe un droit de rétractation, celui-ci est strictement encadré par les textes. La demande d'annulation doit ainsi être effectuée dans les délais expressément mentionnés sur la proposition de contrat, dans les formes requises. On regrettera sur ce point l'absence d'uniformisation des dispositions applicables au démarchage et notamment des délais de rétractation selon qu'un organisme est soumis au Code des assurances, au Code de la mutualité ou de la Sécurité sociale.

c) Contrats dépendance

Dans la plupart des dossiers en cause, les assurés s'étonnent de ne pas remplir les conditions contractuelles de garantie, alors que la perte d'autonomie dont ils se trouvent atteints est médicalement caractérisée.

La dépendance demeure un sujet important qui va nécessiter une attention de plus en plus importante, tant de la part des pouvoirs publics, qui la définissent comme le cinquième risque de la Sécurité sociale, que du secteur privé. De plus, une incompréhension subsiste entre assurés et assureurs sur la définition de ce risque.

Si la dépendance est généralement définie comme la perte définitive d'autonomie, qui rend impossible la réalisation de certaines activités de la vie courante sans l'aide d'un tiers, le législateur n'a pas imposé de définition à l'état de dépendance. Les contrats d'assurance-dépendance reposent donc sur deux définitions de la dépendance, qui peuvent se cumuler : la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne et la grille AGGIR. Il apparaît que les conditions de garantie sont généralement restrictives, s'agissant

pour l'essentiel de la dépendance totale (impossibilité d'accomplir sans aide extérieure au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne).

d) Assurance emprunteur

Il convient de mettre l'accent sur les réclamations récurrentes d'assurés non couverts par une garantie qu'ils pensaient avoir souscrite, ou qui se voient refuser leur prise en charge pour fausse déclaration.

Des difficultés liées aux évolutions législatives ont également été constatées, telle que celle résultant de la loi du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail instaurant le mode de rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée. Aux termes des réclamations reçues, les intéressés contestent le refus de garantie qui leur est opposé au titre de la garantie « chômage total », à la suite d'une rupture conventionnelle de leur contrat de travail. Le motif du refus avancé est que ce mode de rupture n'est pas prévu dans le contrat, lequel couvre le risque de chômage total consécutif à la rupture d'un contrat de travail à durée indéterminée, par licenciement ou démission, à condition que l'assuré ait droit aux allocations Assedic ou organismes assimilés. La difficulté provient toutefois du fait que le contrat d'assurance a été conclu à une date où la rupture conventionnelle du contrat de travail n'existait pas. En outre, tout comme le licenciement, ce mode de rupture donne droit à des prestations versées par les Assedic, au titre de l'assurance-chômage, qui portent le nom d'Aide au Retour à l'emploi (ARE).

L'ACAM reçoit de plus en plus de réclamations portant sur l'expertise médicale réalisée et la contestation du taux retenu, inférieur au taux minimum requis pour bénéficier des garanties. Ce type de contestations relevant toutefois du domaine médical, il est vivement conseillé aux intéressés de faire procéder à une contre-expertise, celle-ci étant d'ailleurs généralement prévue contractuellement.

Assurance dommages

DOSSIERS ASSURANCE DOMMAGES

Catégorie assurance dommages	en 2008 %	en 2009 %
Automobile	43 %	47 %
Multirisques habitation	19 %	22 %
Divers (Animaux / Assistance / Carte bleue / Caution / Garanties accessoires / Risques Locatifs / Maritime / Matériels divers / Voyage / Scolaire)	10 %	10 %
Protection juridique	9 %	7 %
Construction (Dommages ouvrage / Responsabilité décennale)	7 %	6 %
Téléphone portable	7 %	4 %
Responsabilité civile professionnelle / Multirisques professionnel	5 %	4 %
Total	100 %	100 %

En assurance de dommages, la ventilation des réclamations suit toujours dans l'ensemble les proportions de chacun des types d'assurance en termes de part de marché. C'est ainsi que, sans surprise, l'assurance automobile, principale catégorie d'assurance de dommages en volume de primes encaissées, reste le principal pourvoyeur de réclamations.

Logiquement, l'assurance multirisques habitation, qui occupe la deuxième place des parts de marché de l'assurance dommages, représente également la deuxième source des réclamations reçues par l'ACAM. Là encore, ce sont les refus d'indemnisation partiels ou totaux ainsi que les difficultés liées aux résiliations qui suscitent le plus de contestations.

On notera en revanche que, tant l'assurance de protection juridique que l'assurance des téléphones portables sont proportionnellement surreprésentées dans le volume des réclamations reçues, si on compare leur pourcentage au regard de leur part de marché : 7 % des réclamations pour la PJ alors qu'elle ne représente pas plus de 2 % de l'assurance dommage. Ce décalage est encore plus marquant pour l'assurance téléphone portable qui génère 4 % des réclamations, même si le nombre de réclamations reçu a très légèrement baissé en 2009. A contrario, l'assurance relative aux biens professionnels apparaît sous représentée dans les réclamations (4 %), en comparaison de son montant de primes encaissées, qui avoisine en moyenne plutôt les 13 %.

ÉTAT DES DOSSIERS PAR OBJET DE LA RÉCLAMATION ASSURANCE DOMMAGES

Objet de la réclamation assurance dommages	en 2008 %	en 2009 %
Refus d'indemnisation	35 %	35%
Information : Expertise / Médiateur / Compétence ACAM et DDCRA / informations juridiques ou générales / Recherche de société	20 %	18 %
Résiliation	17%	17 %
Gestion du contrat : Frais / Sinistres / Modifications / Relevés d'informations / Obligation d'information / Devoir de conseil	14%	17 %
Souscription / Cotisation / Prime	12 %	10 %
Clause contractuelle	2 %	3 %
Total	100%	100 %

Cette année encore, les résiliations constituent un important bataillon de réclamations. Si, bien évidemment, toutes les contestations ne sont pas fondées, il est néanmoins encore trop souvent constaté des refus injustifiés par les organismes d'assurance ou leurs délégataires de gestion.

Au premier rang des prétextes invoqués pour ne pas faire droit aux demandes des assurés se trouve l'absence de précision, sur le courrier de résiliation, que celle-ci est demandée au titre de la loi Chatel quand l'assuré entend s'en prévaloir. Une telle exigence, qui n'est pas prévue par la loi, dont on rappelle le caractère impératif, n'est pas admissible.

Autre source de refus infondé : le fait que la résiliation est demandée par l'assuré alors que le contrat n'a pas un an d'existence. L'hypothèse est en général la suivante : un assuré souscrit en cours d'année (par exemple en février 2009) un contrat d'assurance dont l'échéance est au 1^{er} janvier de chaque année. Lorsque l'assuré reçoit son avis d'échéance, et entend bénéficier des dispositions de la loi Chatel qui y figurent pour demander la résiliation, il se voit parfois opposer un refus définitif pour la raison que son contrat n'existe pas depuis une année, de sorte qu'il se trouve de facto engagé pour une durée de 23 mois dans l'exemple précité.

L'assurance auto et la difficile prise en charge des sinistres affectant les caravanes

En assurance automobile, cette année a été marquée par la réception d'un nombre relativement important de réclamations concernant des caravanes. Ce point est assez surprenant pour être relevé.

Sur le fond, les assurés propriétaires de caravanes se sont d'abord plaints des conditions de leur indemnisation en cas de sinistre ou de l'absence de réponse de leur assureur à leurs courriers de réclamation. Mais une proportion non négligeable de ces assurés s'est vue également opposer l'application des dispositions des articles L. 113-8 ou L. 113-9 du Code des assurances, en raison de fausses déclarations sur l'usage de leur caravane. Certes, le risque et sa tarification sont différents selon que la caravane est utilisée en usage de loisirs ou d'habitation principale. Mais la proportion surprenante de réclamations laisse à penser que les conditions de commercialisation de ces produits ne sont pas toujours explicites.

Dans certains dossiers, du reste, il a été relevé que le distributeur du contrat ne pouvait pas ignorer la situation du souscripteur, notamment lorsque la mention de « sans domicile fixe » apparaissait dans les documents fournis. Il serait donc souhaitable que l'attention des conseillers de vente soit attirée sur l'importance du critère du mode d'utilisation de la caravane dans l'appréciation du risque, mais aussi que les assurés eux-mêmes soient clairement informés des conditions selon lesquelles ils n'utilisent plus leur caravane en usage loisirs.

e) Assurance automobile

En assurance automobile, le contenu des réclamations reste sensiblement le même d'une année sur l'autre, les assurés se plaignant principalement soit des refus de garantie qu'on leur oppose, soit de leur résiliation, qu'elle se fasse à l'échéance, après sinistre ou pour défaut de paiement. Les problèmes de transmission des relevés d'informations et de mauvaise application de la clause de réduction-majoration fournissent également un lot important de réclamations.

f) Assurance multirisques habitation

Le nombre de dossiers concernant les différentes tempêtes qui ont balayé la France en début d'année est très faible. On peut sans doute y voir la preuve que la mobilisation des assureurs a été, dans l'ensemble, particulièrement efficace pour gérer ces événements climatiques exceptionnels.

En revanche, l'attention de l'ACAM a été plusieurs fois attirée cette année par la manière dont étaient gérés certains dégâts des eaux complexes. Pour quelques affaires, les assurés se sont plaints de ce que les assureurs concernés par le dégât des eaux (assureur de la copropriété, de la victime, du responsable) se renvoyaient systématiquement la responsabilité de l'indemnisation du sinistre, dont l'origine pouvait être indéterminée ou contestée. Dans de telles hypothèses, il a été rappelé aux uns et aux autres qu'il existait des procédures conventionnelles (procédure d'escalade et d'arbitrage de la convention CIDRE) pour régler certaines de ces situations.

g) Assurance téléphone portable

Les assurés ont souvent manifesté leur incompréhension face aux refus de garantie qui leur étaient opposés à la suite d'un vol ou du bris de leur appareil. Les intervenants admettent mal qu'en ayant souscrit des formules « optimale », « maximale », « plénitude », le jeu des garanties se trouve néanmoins subordonné à des conditions extrêmement rigoureuses, notamment pour ce qui concerne les circonstances du vol ou du bris. Du reste, ils se montrent d'autant plus critiques qu'ils soulignent parfois que les vendeurs du téléphone portable, également distributeurs de l'assurance, leur auraient affirmé sans nuances que toutes les causes étaient couvertes par le contrat.

L'exemple des téléphones portables est à cet égard révélateur du fait que l'assurance, même « simple », appelle toujours un minimum d'explications et de pédagogie quant à son fonctionnement. Sur ce dernier point, il est difficilement compréhensible, dans un contexte général orienté vers une meilleure information de la clientèle de produits financiers, que certains produits d'assurance, parce qu'ils sont accessoires à un autre produit ou service, puissent ne pas faire l'objet d'un devoir de conseil même s'ils bénéficient de la protection très générale de l'article L. 111-1 du Code de la consommation. En effet, les personnes qui offrent, contre rémunération, des services d'intermédiation en assurance de

manière accessoire à leur activité professionnelle principale ne sont pas, sous certaines conditions précises, soumises à toutes les règles du Code des assurances relatives à l'intermédiation. Ces conditions seront remplies si, par exemple, comme c'est le cas pour les assurances des téléphones portables ou des biens électroménagers, l'assurance concernée est un complément au produit fourni à titre principal.

2.3 La médiation

L'action du Département du droit des contrats et des relations avec les assurés (DDCRA) peut favoriser le règlement amiable des litiges entre assurés et organismes soumis au contrôle de l'ACAM, même si ce n'est pas sa fonction première. Le règlement extra-judiciaire des litiges repose en premier lieu sur plusieurs dispositifs de médiation existants.

a) Qu'est-ce que la médiation ?

Le système de médiation peut être défini, aux côtés de la conciliation ou de l'arbitrage, comme un mode de règlement alternatif des conflits faisant intervenir une tierce personne indépendante chargée de départager les parties en rendant un avis.

Dans le domaine de l'assurance, et à la différence du secteur bancaire ou de celui des marchés financiers, le système de la médiation n'est pas imposé par la législation. La médiation a ainsi été mise en place par les professionnels depuis plus de vingt ans.

C'est après avoir épuisé toutes les voies de recours internes à l'entreprise que l'assuré et le sinistré (et/ou le cas échéant, l'entreprise) peuvent saisir le médiateur de son organisme d'assurances.

La médiation : un recours à développer

En dépit de l'existence de ces dispositifs, la médiation est encore peu ou mal connue des assurés. La possibilité qui leur est offerte de recourir à ce mode de règlement amiable des conflits est malheureusement peu évoquée par les organismes et le nom du médiateur en charge des litiges de l'entreprise d'assurances n'est pas souvent mentionné.

En outre, les mutuelles, institutions de prévoyance, organismes et intermédiaires qui ne sont pas membres des organisations professionnelles précitées ne disposent que d'un système lacunaire, voire d'aucun système de médiation. Il serait souhaitable qu'un dispositif de médiation soit développé dans le même esprit pour lesdits organismes.

b) Comment fonctionne la médiation ?

Concernant les entreprises soumises au Code des assurances, plusieurs systèmes coexistent :

- pour les membres de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) ;
- pour les entreprises d'assurance à forme mutualiste, membres du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) ;
- pour les courtiers d'assurance, membres de la CSCA.

Les membres de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)

Une charte de la médiation adoptée en 1993 établit les règles de fonctionnement d'une procédure spécifique pour le règlement des litiges. Ainsi, selon le cas, le médiateur est soit mis en place par la société ou le groupe lui-même (c'est le cas notamment pour AXA, CNP, GROUPAMA, GENERALI, MMA), soit désigné par la fédération (Monsieur Francis FRIZON).

La saisine du médiateur se fait par l'assuré ou son mandataire quand un litige l'oppose à une société membre de la FFSA au sujet d'un risque de particulier. Elle peut également avoir lieu à l'initiative de l'entreprise adhérente avec l'accord de l'assuré.

L'avis motivé du médiateur, qui doit être rendu en droit et en équité dans les trois mois de sa saisine, ne lie pas en principe les parties. Ces dernières s'interdisent d'en faire état devant les tribunaux.

Les entreprises d’assurance à forme mutualiste, membres du Groupement des entreprises mutuelles d’assurance (GEMA)

Celles-ci ont adopté en 1989 un protocole sur la médiation en faveur de leurs sociétaires.

Le médiateur du GEMA, Monsieur Georges DURRY, peut être exclusivement saisi par un assuré ou son mandataire, pour un risque de particulier. Il doit rendre un avis motivé dans les six mois de sa saisine. Cet avis, rendu en droit ou en équité, s’impose à la seule mutuelle d’assurance. Celle-ci s’engage à ne pas faire état devant les tribunaux d’un éventuel avis négatif.

Le CTIP et la FNMF sont en cours de réflexion pour la mise en place d’un système de médiation.

Si le médiateur rend un avis négatif pour l’assuré, ou si la société ne suit pas l’avis positif qu’il prononce, l’assuré peut porter l’affaire en justice.

Les courtiers d’assurance

Pour les courtiers d’assurance, la Chambre syndicale des courtiers d’assurances (CSCA) a adopté, fin 2007, une Charte de la médiation.

Monsieur Patrice DEDEYAN a été désigné médiateur. Ce dernier peut être saisi par le client ou par le courtier membre de la CSCA. Il traite les litiges de particuliers opposant un client à son courtier. L’avis motivé de ce médiateur, qui ne lie en principe pas les parties, doit être rendu dans les trois mois qui suivent la clôture de l’instruction du dossier.

Coordonnées ACAM	Département du droit du contrat et des relations avec les assurés 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09 Téléphone: 01 55 50 41 00 Télécopie: 01 55 50 41 42 Email: ddcca@acam-france.fr
Le Médiateur de la FFSA	BP 290 75425 PARIS CEDEX 09 Téléphone : 01 45 23 40 71 Télécopie : 01 45 23 27 15 Email : francis.frizon@mediationassurance.org Site Internet : www.ffsa.fr
Le Médiateur du GEMA	9 rue Saint-Petersbourg 75008 PARIS Téléphone : 01 53 04 16 37 Email : webmaster@gema.fr Site Internet : www.gema.fr
Le Médiateur de la CSCA	91 rue Saint Lazare 75009 PARIS Téléphone : 01 48 74 19 12 Télécopie : 01 42 82 91 10 Email : csca@csca.fr Site Internet : www.csca.fr
Service de la médiation de la FNMF	255 rue de Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15 Site Internet : webmail@mutualite.fr

Trois questions à...

Barbara Souverain-Dez, responsable du DDCRA

Comment le DDCRA travaille-t-il avec les brigades de contrôle ?

Les réclamations reçues et traitées par notre département sont une vaste source d’informations pour initier ou compléter un contrôle. Elles sont souvent sources d’indications. Ainsi, soit nous intervenons à titre préventif auprès de l’organisme en accord avec la brigade, soit la brigade se charge elle-même d’inciter l’organisme à prendre les mesures nécessaires pour pallier certains manquements observés.

Le DDCRA peut également participer à un contrôle sur place visant les services de réclamations ou de gestion de sinistres et essentiellement consacré à l’étude des différents contrats. Dans le cadre de contrôle sur pièces, le DDCRA peut se livrer à l’étude de certains contrats à la demande de la brigade.

Quelles sont les autres missions du Département ?

Le DDCRA intervient en matière de réglementation dans le cadre de groupes de travail avec la DGTPE. Nous participons également aux différents travaux du CCSF sur les problématiques assurantielles. Enfin, je représente l’ACAM au CEIOPS au sein du comité « Consumer protection » et au sein de l’IAIS, dans le sous-comité « Market conduct ». Je participe aussi à différents colloques animés par les fédérations professionnelles.

Avez-vous constaté une évolution en matière de réclamations ?

Incontestablement, l’assurance-vie constitue une part de plus en plus importante des réclamations reçues. Ceci s’explique par une technicité de plus en plus complexe des contrats et une information imposée par la réglementation, de plus en plus difficile à comprendre par le consommateur. Dans ces méandres de notices d’information, la seule solution est d’avoir un conseiller « ad hoc » capable de répondre consciencieusement aux besoins de son client. De ce fait, les relations avec les intermédiaires sont également source de réclamations.

L’autre part importante concerne le démarchage. La réglementation sur les intermédiaires induit davantage de formalisation, source de litiges.

Les réclamations concernant la vente de contrat par Internet sont en outre nombreuses, car elles impliquent une dématérialisation des moyens de commercialisation et met souvent en lumière des manquements.

Enfin, le secteur de la mutualité nécessite toujours une grande attention.





3. Surveiller et analyser

3.1 Les organismes contrôlés et la remise des documents prudentiels

3.1.1 La collecte des informations

Dans le cadre de sa mission de contrôle, l'ACAM collecte des informations auprès de l'ensemble des organismes relevant de réglementations transposant les directives européennes en matière d'assurance. Ces informations destinées à appuyer le diagnostic prospectif permanent des équipes en charge du contrôle incluent des éléments quantitatifs et qualitatifs qui synthétisent la politique de gestion suivie, les résultats rétrospectifs, les moyens mis en œuvre pour piloter l'activité ainsi que, pour les entreprises concernées, les effets de l'appartenance à un groupe.

Quatre grandes catégories d'informations sont recueillies :

- 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 collectés pour le compte de services statistiques ministériels ou européens et permettant d'avoir une vision globale du domaine socioprofessionnel de l'assurance.

La plupart de ces informations sont collectées sur une 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. Outre la réponse aux besoins propres du contrôle, ces informations forment la matière permettant de répondre aux besoins d'information sur le marché de l'assurance français de la comptabilité nationale, des instances statistiques françaises (INSEE, DREES) ou européennes (EUROSTAT), ainsi que des organismes internationaux (OCDE, FMI, CEIOPS, IAIS).

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.

3.1.2 Les tests de surveillance

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⁽³⁾ ;
 - 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 ;
 - pour les entreprises appartenant à un groupe, des états spécifiques permettant d'appréhender la dimension groupe.

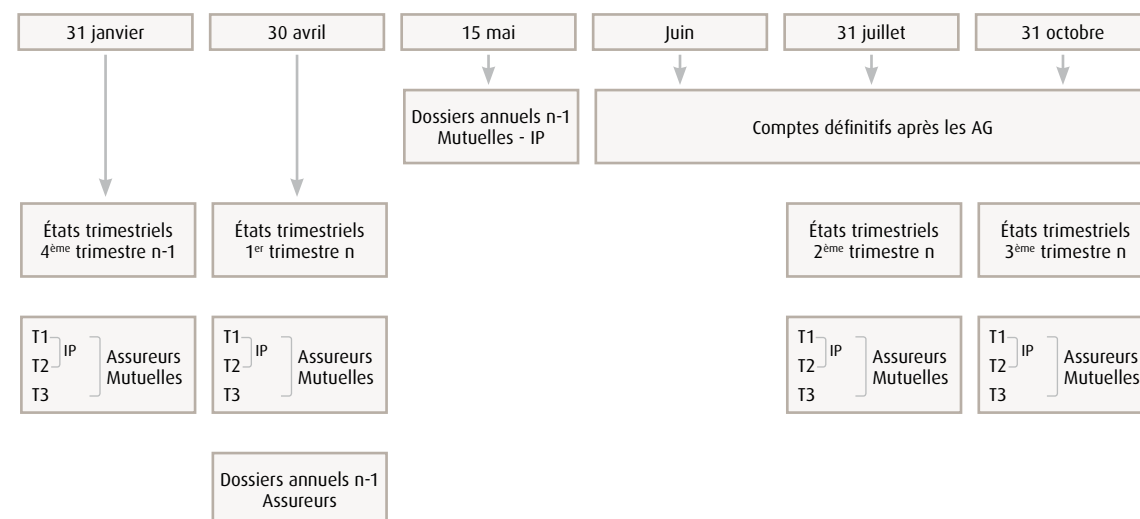
La date de remise du dossier annuel a été harmonisée dans son principe par des arrêtés publiés en fin d'année 2009.

À compter de l'exercice 2010, l'ensemble des organismes assureurs transmettra les informations détaillées relatives à leur activité sur base sociale et consolidée dans les quatre mois de la date de clôture de leur compte, soit fin avril dans le cas général. Les informations afférentes à l'année 2009 – année de transition – seront collectées pour partie à fin avril 2010 et pour partie au 15 mai.

Dans nombre de cas, ces dates fixes de transmissions sont antérieures aux dates de tenue des assemblées générales. Les comptes approuvés sont également collectés, au fur et à mesure, après la tenue des assemblées les ayant approuvés.

(3) Une première fois sous forme provisoire, puis en version définitive après approbation par les Assemblées générales.

Calendrier des documents prudentiels fournis par les organismes contrôlés



L'élaboration de statistiques

L'ACAM utilise toutes les informations fournies pour remplir sa mission première de contrôle prudentiel, mais aussi à des fins de surveillance et de suivi du marché.

Ainsi, les 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...).

La télétransmission, gage de rapidité et d'efficacité

Le projet de télétransmission des documents à communiquer à l'ACAM a été initié dans le cadre du Haut Comité de Place. Il a été développé en concertation avec les organisations professionnelles et la participation active d'un échantillon de sociétés représentatives de la diversité des situations individuelles. Il a été présenté à Christine Lagarde, ministre des Finances, comme un axe de modernisation de l'autorité.

La plateforme du site de télétransmission a été ouverte à l'ensemble des organismes le 27 janvier 2009 en vue de la collecte des états trimestriels du 4^e trimestre 2008. Ce nouveau canal de transmission a été très vite adopté par les organismes. Plus de 400 l'ont ainsi utilisé pour télétransmettre leurs états prudentiels normalisés, ainsi que des documents non normalisés, l'outil mis en place permettant de télétransmettre tout type de document.

L'adresse de ce site internet est : <https://teletransmission.acam-france.fr>
Une procédure d'utilisation de la télétransmission existe à l'adresse : <http://www.acam-france.fr/stats/statistiques/crda2008.html>

3.2 Les contrats d'assurance et la veille juridique

3.2.1 Veiller à la régularité juridique des contrats

Le Département du Droit du Contrat et des Relations avec les Assurés veille à la régularité juridique des contrats d'assurance qui lui sont soumis. Il conseille et assiste d'autres services de l'ACAM, réalise 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 gère les relations avec les assurés (sinistres, réclamations, contentieux).

Il exerce également 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.

3.2.2 Les contrats d'assurance

a) Les contrats d'assurance en cas de décès

De nombreuses réclamations ont attiré l'attention de l'ACAM sur les difficultés rencontrées par les assurés pour appréhender la grande disparité des contrats d'assurance décès. Ces derniers, bien qu'appartenant tous à la catégorie juridique des assurances sur la vie, peuvent en effet répondre à des objectifs économiques totalement différents selon la forme qu'ils revêtent.

ASSURANCE « TEMPORAIRE DÉCÈS »

D'un premier type, l'assurance dite « temporaire décès » garantit le paiement d'un capital au décès de l'assuré, à condition que ce risque survienne pendant la durée du contrat. En cas de survie de l'assuré au terme du contrat, les primes restent acquises à l'assureur, qui se voit dégagé de toute obligation au versement de prestations. Il s'agit donc d'une opération de pure prévoyance, et elle est dépourvue de valeur, tant de réduction que de rachat.

ASSURANCE « VIE ENTIÈRE »

Elle garantit le versement d'un capital au bénéficiaire désigné par l'assuré au moment du décès de ce dernier, et ce, quel que soit le moment du décès. À la différence des contrats « temporaire décès », l'assurance « vie entière » reste à la disposition du souscripteur, qui peut racheter son contrat à tout moment ou en solliciter le cas échéant des avances.

Parmi les contrats d'assurance « vie entière », il convient d'opérer une distinction entre ceux qui prévoient le versement d'un capital garanti déterminé au moment de la souscription, et ceux qui ne déterminent pas par avance le montant qui sera transmis aux bénéficiaires désignés le jour du décès de l'assuré. Ce dernier type de contrat, qui constitue une opération d'épargne, s'apparente en réalité fortement aux contrats d'assurance-vie en euros avec contre-assurance décès. L'élément qui les différencie réside principalement dans la durée du contrat, nécessairement déterminée dans les contrats d'assurance-vie et nécessairement viagère dans les contrats « vie entière ». Leur mécanisme et leur rendement sont par ailleurs comparables, l'intégralité de la prime versée étant épargnée pour constituer, au terme, le capital à transmettre aux bénéficiaires. Ces contrats ne constituent pas, en eux-mêmes, un sujet spécifique de réclamation des assurés.

Contrats « vie entière » avec capital garanti fixé à la souscription : les interrogations des assurés

Dans ce domaine, les assurés se plaignent fréquemment de la faiblesse des valeurs de rachat et du montant du capital garanti au terme et ce, en comparaison du montant des primes périodiques versées et des frais prélevés.

Il n'est en effet pas rare que des assurés ayant souscrit leur contrat depuis de nombreuses années s'aperçoivent que le montant total qu'ils ont versé à leur assureur dépasse le montant du capital garanti au contrat. En outre, et lorsqu'ils décident d'y mettre fin en les rachetant, leurs valeurs de rachat s'avèrent également la plupart du temps inférieures aux sommes dépensées. Ainsi, les assurés n'ont souvent pas conscience que leur contrat relève plus de l'opération de prévoyance que de l'épargne, et contestent le fait que la majeure partie de leur prime soit affectée à la couverture du risque décès. ...

... Par ailleurs, ils n'ont pas toujours prêté attention au montant élevé des frais, au demeurant parfois précomptés sur les premières échéances de prime. Il est vrai que ces contrats manquent généralement de transparence car ils ne distinguent pas clairement la quote-part de prime qui sera affectée à la garantie décès et celle qui sera épargnée en vue de la constitution des valeurs de rachat. Généralement onéreux, ces contrats ne s'avèrent bien souvent intéressants que si le décès de l'assuré intervient rapidement après leur souscription. Dans ces conditions, il est compréhensible que les assurés, qui étaient à l'origine désireux de conclure des contrats d'épargne, mettent en cause le devoir de conseil de leur interlocuteur au moment de la souscription.

b) La preuve en assurance-vie

L'année 2009 a été l'occasion d'observer certaines difficultés liées à la preuve dans divers domaines de l'assurance-vie.

PREUVE DU POINT DE DÉPART DE RENONCIATION DU CONTRAT

À la suite de la chute des marchés financiers à l'été 2008, de nombreux assurés ont tenté de renoncer à leur contrat d'assurance-vie sur le fondement de l'article L. 132-5-1 du Code des assurances afin de se voir restituer le montant des primes versées sur leur contrat depuis de nombreuses années.

Les dossiers de réclamation adressés à l'ACAM par des assurés ne parvenant pas à obtenir satisfaction ont permis de déceler une pratique récemment mise en place par certains assureurs sur la charge de la preuve du point de départ du délai de renonciation de 30 jours imparti par ce texte.

Des ambiguïtés à lever...

La loi n° 2005-61564 du 15 décembre 2005, dite loi DDAC, a modifié l'article L. 132-5-1 du Code des assurances : le délai de renonciation commence dorénavant à courir à compter du jour où l'assuré est informé que le contrat a été conclu, là où l'ancienne version de ce texte prévoyait comme point de départ du délai le premier versement effectué sur le contrat.

Cette nouvelle rédaction rend difficile la détermination exacte du jour à prendre en compte pour le calcul du délai de renonciation. En effet, comment peut-on être certain de la date à laquelle l'assuré est informé

qu'un contrat est conclu ? L'emploi de la formalité du recommandé avec accusé de réception pour l'envoi des documents contractuels demeurerait sans aucun doute le meilleur moyen de prouver la date de cette connaissance. La plupart des assureurs sont toutefois réticents à utiliser ce procédé, qu'ils jugent cher et contraignant. Afin de s'en dispenser, certains d'entre eux ont prévu dans leurs contrats une clause spécifiant que les conditions particulières seront adressées aux assurés par courrier simple. Dans l'hypothèse où ce document ne serait pas reçu dans le délai imparti, il est précisé que les assurés devront se manifester auprès du service clientèle de la société par lettre recommandée avec accusé de réception.

Force est de constater que ces assureurs n'hésitent pas à faire peser la charge de la preuve du point de départ du délai de renonciation sur les assurés, en les contraignant à utiliser la formalité qu'ils cherchent précisément à éviter.

LA QUESTION DE LA PREUVE EN CAS DE MODIFICATION DES CONTRATS COLLECTIFS

Une question de preuve d'un autre type se pose régulièrement en matière de modification de contrats collectifs sur le fondement de l'article L. 141-4 du Code des assurances. Ce texte, qui n'impose aucune forme particulière pour la remise aux adhérents de l'information relative aux modifications des contrats, prévoit que la preuve de cette remise incombe au souscripteur.

Le plus souvent, les assurés se plaignent de la modification opérée au moment où ils constatent, en recevant leur relevé de situation annuelle, la baisse du rendement de leur contrat d'assurance-vie. Outre le fait qu'ils ont du mal à appréhender le mécanisme même des contrats collectifs, dont ils ignorent le plus souvent la particularité, les adhérents contestent avoir été informés du fait que leur contrat allait être modifié.

Pourtant, dans la plupart des cas, les assureurs ou les souscripteurs affirment avoir bien porté les modifications du contrat à la connaissance des adhérents dans le délai imparti par le texte. On observe toutefois que la preuve de la « remise effective » de cette information à titre individuel à chaque adhérent ne peut être rapportée. Les envois ne sont en effet jamais effectués en recommandé avec accusé de réception. En outre, et dans les cas où les adhérents ne contestent pas avoir reçu l'information, ils n'y ont pas prêté attention, celle-ci ayant été insérée de manière anecdotique dans un épais journal d'association ou dans une communication financière d'ordre général.

Il serait donc souhaitable, pour remédier au silence de la loi, que l'attention des adhérents soit attirée de manière claire et lisible sur les conséquences des modifications de leurs contrats au moyen d'un document spécifique, unique et exempt de toute autre type d'information. Ce document pourrait en outre rappeler aux adhérents la faculté qui leur est, le cas échéant, offerte de dénoncer leur contrat en raison de ces modifications...

LA PREUVE DE L'EXISTENCE D'UN CONTRAT

Des dossiers liés à l'archivage des données ont relayé des questions de preuve d'une autre nature dans le domaine de l'assurance-vie. Ainsi, certains assurés interrogent leur assureur pour connaître l'état de leur contrat d'assurance-vie ou de leurs bons de capitalisation après avoir retrouvé, souvent plusieurs dizaines d'années après la souscription, des éléments de preuve de l'existence de leur contrat.

Or, nombreux sont les assureurs qui détruisent leurs archives à l'expiration du délai de 10 ans. N'étant souvent pas à même de retrouver trace des contrats qui leur sont présentés, les assureurs font valoir qu'ils ont dû être rachetés ou résiliés sans valeur après l'expiration de ce délai. À défaut de preuve complémentaire apportée par les assurés, ils refusent, la plupart du temps, d'examiner plus avant leurs demandes.

Or, si la Cour de cassation a eu à se prononcer sur la portée de l'article L. 123-22 en matière bancaire⁽⁴⁾, elle ne s'est pas à notre connaissance encore prononcée dans le domaine de l'assurance.

En tout état de cause, ce délai de 10 ans ne saurait affranchir les organismes de la charge de la preuve qui leur incombe lorsqu'ils font valoir, auprès des assurés, le rachat ou la résiliation de leur contrat. Rappelons sur ce point qu'en vertu de l'article 1315 du Code civil, c'est à celui qui se prétend libéré d'une obligation de justifier du paiement ou du fait qui a produit son extinction.

Conclusions : Il ressort des éléments examinés ci-dessus que l'information des assurés n'est pas toujours correctement effectuée par les organismes d'assurance. Les ambiguïtés qui règnent sur la rédaction ou les conditions d'exécution des contrats sont préjudiciables aux assurés et ce d'autant plus que les instruments utilisés à la base de ces contrats deviennent de plus en plus complexes. Cette situation devrait trouver des voies d'amélioration par l'application de l'ordonnance de janvier 2009 portant sur la commercialisation des produits d'assurance sur la vie et sur des opérations

de prévoyance collective et d'assurance, applicable à partir du 1^{er} juillet 2010. S'il n'en était pas ainsi, un durcissement de la réglementation serait nécessaire.

3.3 Le suivi de l'actualité réglementaire

3.3.1 Ordonnances

Ordonnances du 5 décembre 2008 et du 30 janvier 2009

/// Ces ordonnances dressent les contours du nouveau cadre légal de la commercialisation des contrats d'assurance-vie. L'objectif vise l'harmonisation entre « certaines règles applicables à la commercialisation d'instruments financiers avec celles applicables à la commercialisation de produits d'épargne et d'assurance comparables⁽⁵⁾ ». ///

La loi de modernisation de l'économie, dite LME, n° 2008-776 du 4 août 2008 a, par son article 152, habilité le gouvernement à prendre par ordonnance des dispositions relatives à la « *modernisation de la place financière française* ». Dans ce cadre, ont notamment été prises :

- l'ordonnance n° 2008-1271 du 5 décembre 2008 relative à la mise en place de codes de conduite et de conventions régissant les rapports entre les producteurs et les distributeurs, en matière de commercialisation d'instruments financiers, de produits d'épargne et d'assurance sur la vie, applicable à partir du 1^{er} janvier 2010.
- l'ordonnance n° 2009-106 du 30 janvier 2009 portant sur la commercialisation des produits d'assurance sur la vie et sur des opérations de prévoyance collective et d'assurance, applicable à partir du 1^{er} juillet 2010.

(4) Cass. Com. 29 octobre 2003 pourvoi n° 00-21947, Cass. Com. 24 avril 2007 pourvoi n° 05-21477.

(5) Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance n° 2009-106 du 30 janvier 2009.

Ordonnance du 21 janvier 2010

Ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance.

3.3.2 Dispositions relatives aux communications publicitaires

a) Conventions régissant les rapports entre les intermédiaires et les sociétés d'assurance

L'article L. 132-28 du Code des assurances, issu de l'ordonnance du 5 décembre 2008, prévoit que les intermédiaires d'assurance doivent établir des conventions avec les entreprises d'assurance pour « les contrats d'assurance individuels comportant des valeurs de rachat, les contrats de capitalisation, les contrats mentionnés à l'article L. 132-5-3⁽⁶⁾ et à l'article L. 441-1⁽⁷⁾ » qu'ils distribuent. Ces conventions doivent prévoir les conditions dans lesquelles les intermédiaires d'assurance sont tenus de soumettre aux entreprises – dont ils distribuent les contrats –, « les documents à caractère publicitaire préalablement à leur diffusion ».

Dans le même temps, l'entreprise d'assurance est obligée de vérifier la conformité de la documentation émise aux contrats d'assurance et, le cas échéant, à la notice ou note. Les conventions doivent également préciser les conditions dans lesquelles l'assureur met à la disposition des intermédiaires « les informations nécessaires à l'appréciation de l'ensemble des caractéristiques du contrat ».

Le décret d'application n° 2010-40 du 11 janvier 2010 est venu préciser les modalités de mise en œuvre de ces conventions, et notamment les obligations à la charge de l'intermédiaire :

- soumission à l'entreprise d'assurance de tout projet de document à caractère publicitaire et de toute modification qu'il entend y apporter ;

- obligation de n'utiliser que ceux approuvés par celle-ci ;
- transmission et mise à jour des informations nécessaires à l'appréciation de l'ensemble des caractéristiques du contrat.

Ce décret mentionne également les cas où l'obligation d'établir une convention n'est pas justifiée : quand l'intermédiaire n'a recours qu'aux documents publicitaires mis à sa disposition par l'entreprise d'assurance, et en cas de commercialisation des contrats relevant de l'article L. 441-1 du Code des assurances.

Si l'ordonnance du 5 décembre clarifie les responsabilités respectives du producteur et du distributeur, dans la continuité du rapport Delmas-Marsalet relatif à la commercialisation des produits financiers (novembre 2005), celles-ci resteront à déterminer, notamment dans les situations où interviendront des courtiers grossistes. Ce texte devrait pouvoir permettre une amélioration de la qualité de certains documents à caractère publicitaire, à tout le moins dans le domaine de l'assurance-vie.

b) Obligations en matière de publicité relative à des contrats d'assurance-vie et de capitalisation

L'ordonnance du 30 janvier 2009 réintroduit un article L. 132-27 dans le Code des assurances⁽⁸⁾ : « Toutes les informations, y compris les communications à caractère publicitaire, relatives à un contrat d'assurance individuel comportant des valeurs de rachat, à un contrat de capitalisation ou à un contrat d'assurance de groupe sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert, présentent un contenu exact, clair et non trompeur. Les communications à caractère publicitaire sont clairement identifiées comme telles. »

L'entrée en vigueur de ce texte le 1^{er} juillet 2010 aura pour effet d'accroître les pouvoirs de l'Autorité de contrôle en matière d'assurance-vie, lorsque le contenu des documents publicitaires ne sera pas exact, clair, ou qu'il sera trompeur.

3.3.3 Alignement du devoir de conseil dû aux assurés par les entreprises d'assurance sur celui dû par les intermédiaires

a) Mise en place de codes de conduite professionnelle

L'ordonnance du 5 décembre 2008, rectifiée par celle du 30 janvier 2009⁽⁹⁾, a inséré un article L. 310-9-1 dans le Code des assurances : « Le ministre chargé de l'Économie peut, après avis du CCLRF et à la demande d'un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article L. 132-9-2, homologuer par arrêté les codes de conduite que ces organismes ont élaborés en matière de commercialisation de contrats d'assurance individuels comportant des valeurs de rachat, de contrats de capitalisation et de contrats mentionnés à l'article L. 132-5-3 et à l'article L. 441-1. »

L'innovation introduite par l'ordonnance est de pouvoir faire homologuer des règles déontologiques non contraignantes déjà adoptées par de nombreux assureurs. Toutefois, il sera nécessaire que cette homologation soit demandée par les organismes professionnels représentatifs.

En tout état de cause, en vertu de l'article 1 (section 1) de l'Ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010, portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'ACP aura notamment pour mission de veiller au respect, par les organismes, des règles de bonne pratique de leur profession, constatées ou mises en œuvre par ses recommandations.

b) Nouvelles obligations d'information et de conseils spécifiques

/// L'ordonnance du 30 janvier 2009 en matière d'assurance-vie renforce et précise le devoir de conseil des intermédiaires d'assurance, dont la formalisation par écrit a été rendue obligatoire, quel que soit le domaine, par la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005⁽¹⁰⁾. Elle étend également aux réseaux salariés des entreprises d'assurance ce devoir de conseil formalisé. ///

Désormais, conformément au nouvel article L. 132-27-1 du Code des assurances, les assureurs sont tenus, avant la conclusion du contrat (pour les contrats d'assurance de groupe et individuel comportant des valeurs de rachat, les contrats de capitalisation et les contrats de l'article L. 441-1 du Code des assurances), de préciser les exigences et les besoins exprimés par le souscripteur ou l'adhérent, ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni sur un contrat déterminé. Ces précisions seront adaptées à la complexité du contrat proposé.

Par ailleurs, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation devra s'enquérir des connaissances et de l'expérience financière du souscripteur⁽¹¹⁾. Elle sera également tenue à une obligation de mise en garde lorsque l'assuré ne lui communiquera pas les informations nécessaires à la délivrance du conseil. La question se pose toutefois de ce que revêt concrètement ce devoir de mise en garde. En cas d'absence de communication des informations demandées par l'organisme, faut-il dissuader l'assuré de souscrire, lui refuser la souscription ou simplement mentionner qu'il n'a pas fourni les renseignements ? Il serait opportun que le décret d'application à venir précise davantage les contours du devoir de mise en garde.

(6) Contrats de groupe sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert à adhésion non obligatoire.

(7) Complémentaire retraite.

(8) Cet article reprend en substance les termes du projet d'article L. 132-27 du projet de loi en faveur des consommateurs qui avait été présenté en Conseil de ministres le 8 novembre 2006 mais retiré du calendrier parlementaire en février 2007. En outre, cet article reproduit quasiment à l'identique la rédaction de l'article L. 533-12 du Code monétaire et financier issu de la directive MIF (2004/39/CE transposée par l'ordonnance n° 2007-544 du 12 avril 2007 et intégrées au Code monétaire et financier).

(9) L'ordonnance du 5 décembre visait par erreur la création de l'article L. 310-9 du Code des assurances à la place de l'article L. 310-9-1.

(10) Article L 520-1, II, 2° du Code des assurances issu de la loi DDAC n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 : obligation de conseiller le souscripteur quant à l'adéquation du contrat proposé à ses besoins.

(11) Ces nouvelles obligations renvoient à la fois à celles contenues dans la loi DDAC précitée et la loi de transposition de la directive MIF (ordonnance n° 2007-544 du 12 avril 2007 relative aux marchés d'instruments financiers).

Lorsque la conclusion du contrat ou son adhésion s'effectuera via un intermédiaire d'assurance relevant de l'article L. 511-1 du Code des assurances, ces mêmes obligations incomberont cette fois à l'intermédiaire et non plus à l'entreprise d'assurance. L'article L. 520-1 du Code des assurances est modifié en ce sens.

À partir du 1^{er} juillet 2010, ces nouvelles exigences seront applicables à tous les distributeurs (intermédiaires, ou organismes d'assurance en l'absence de commercialisation par un intermédiaire) des contrats visés, indépendamment de leur statut.

3.4 Marché et enquêtes de l'ACAM : une surveillance renforcée due à la crise financière

Les enquêtes de l'ACAM sont menées par le Secrétariat général 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.

Face à l'aggravation et la persistance de la crise financière, l'ACAM, tout en intensifiant le contrôle prudentiel permanent, a été amenée à lancer, depuis le début de l'année 2009, plusieurs enquêtes et actions spécifiques. Elle a également réalisé des suivis ciblés.

3.4.1 Enquêtes et actions spécifiques menées au vu de la crise financière

a) Enquête sur les taux de revalorisation des provisions mathématiques

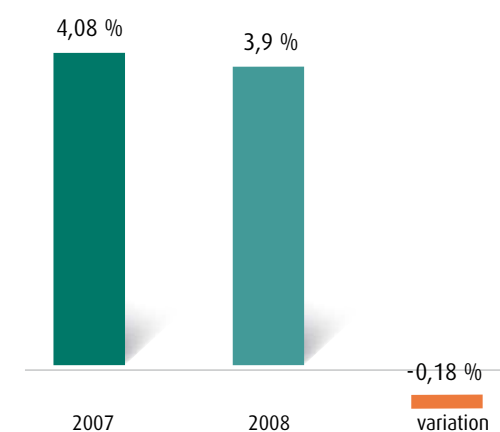
Dans le cadre du suivi de la crise financière, le Secrétaire général de l'ACAM a demandé, dès janvier 2009, aux assureurs-vie de lui communiquer de manière anticipée les taux de revalorisation des provisions mathématiques arrêtés au titre de l'exercice 2008.

STRUCTURE ET ÉVOLUTION DES TAUX DE REVALORISATION SUR L'ENSEMBLE DU MARCHÉ

Conformément aux intentions recueillies en fin d'année 2008, le taux de revalorisation moyen du marché pour 2008 s'inscrit en baisse par rapport au taux de l'année précédente. Il s'agit toutefois d'une baisse modérée, limitée à 0,18 %, conforme à la lente décrue engagée depuis plusieurs années.

Le taux moyen⁽¹²⁾ pour 2008 s'établit à 3,90 %, contre 4,08 % en 2007.

Taux de revalorisation moyen pondéré

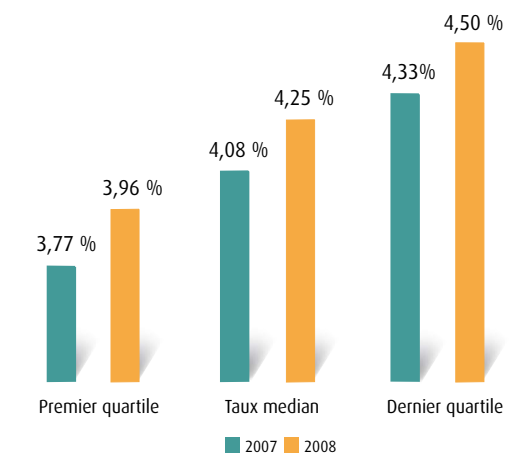


RÉPARTITION DES CONTRATS EN FONCTION DE LEUR TAUX DE REVALORISATION

Pour 2008, l'analyse de la répartition des contrats en fonction de leur taux de revalorisation montre que les assureurs-vie ont continué sur certains contrats à s'engager sur des rémunérations élevées. Les revalorisations les plus élevées bénéficient à des contrats à faibles encours, et les contrats à gros

encours ont généralement des revalorisations assez basses. C'est ainsi que 75 % des contrats ont un taux de rémunération supérieur ou égal à 3,96 % (premier quartile), et que 25 % bénéficient de taux supérieurs à 4,50 % (dernier quartile). Il s'agit là d'une multitude de petits contrats (contrats réservés à une clientèle fortunée ou anciens contrats avec un taux garanti élevé). En effet, avec un taux moyen de 3,90 %, inférieur au taux du premier quartile, le marché s'avère concentré sur peu de contrats à encours très élevés rémunérés aux taux les plus bas de la fourchette.

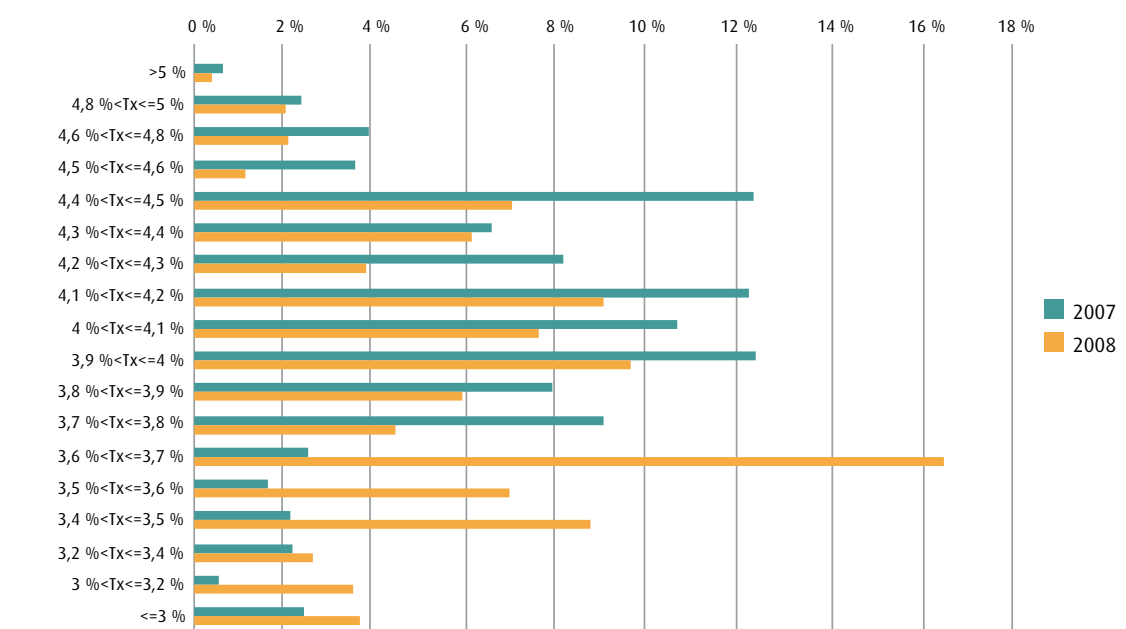
Répartition des contrats selon le taux de revalorisation



STRUCTURE DES ENCOURS EN FONCTION DES TAUX DE REVALORISATION

L'analyse des encours en fonction des tranches de taux de revalorisation montre bien la différence entre 2008 et 2007. Pour 2008, les proportions d'encours les plus élevés se retrouvent dans les tranches de taux les plus faibles. À l'inverse pour 2007, les encours se répartissent beaucoup plus vers les tranches de taux les plus élevés, ce qui débouche sur le paradoxe suivant : les taux de chaque quartile de 2008 sont supérieurs à ceux de 2007, alors que le taux moyen baisse.

Répartition comparée de la structure des taux de revalorisation



(12) Il s'agit du taux moyen pondéré par les provisions mathématiques.

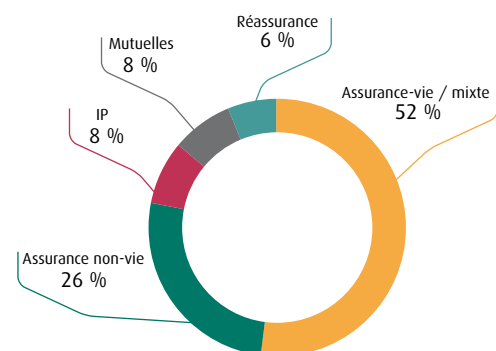
b) Enquêtes sur les placements

Afin de mieux connaître la répartition des placements détenus en portefeuille, l'ACAM a lancé une enquête auprès de tous les organismes du marché français en mai 2009, après concertation avec les organisations professionnelles. Un questionnaire a été envoyé, consistant en une subdivision de l'état récapitulatif des placements au 31 décembre 2008 pour les principales catégories de placements.

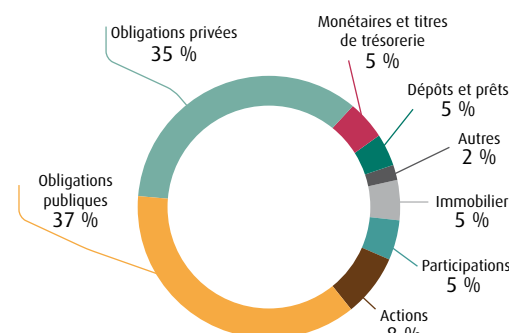
Cette enquête vise à dégager les orientations d'ensemble des placements du secteur français de l'assurance. Elle offre également aux contrôleurs la possibilité d'aller plus loin que la simple vérification du respect des règles prudentielles de limitation des placements par catégorie de titres ou d'émetteurs : elle leur fournit des éléments d'analyse complémentaire permettant de mieux mettre en lumière, au niveau des organismes, les gestions financières risquées.

Une première analyse des résultats de l'enquête a été présentée au Collège de l'ACAM en juillet 2009. Elle s'appuie sur les réponses des cent premiers organismes en termes de placements, représentant environ 95 % des placements du marché.

Répartition des 100 premières entreprises



Structure des placements



L'analyse porte sur les placements en valeur de réalisation au 31 décembre 2008, hormis les placements des contrats en unités de comptes.

Les résultats de cette enquête ont été présentés lors de la « conférence du contrôle » le lundi 5 octobre 2009.

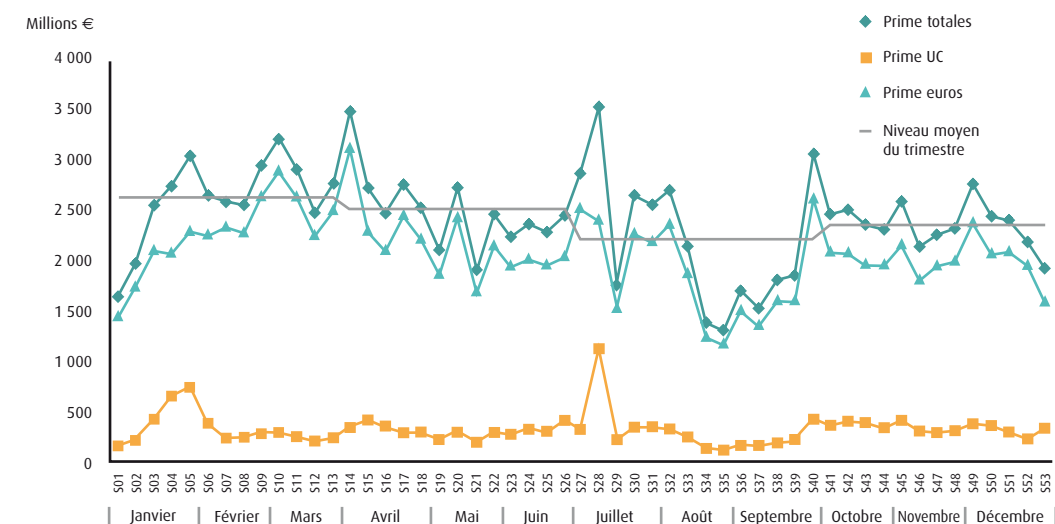
3.4.2 Suivis ciblés

a) Suivi des flux techniques en assurance-vie

Le suivi de flux techniques en assurance-vie, entamé au mois d'octobre 2008, a été maintenu pour l'année 2009. Les données demandées aux organismes portent sur les flux hebdomadaires de collecte brute et nette, les arbitrages entre euros et unités de compte et les prestations versées (rachats, avances et décès). Ce suivi permet de mesurer en continu l'évolution de la collecte brute et nette, et de détecter sur le marché tout mouvement anormal pouvant annoncer une vague de rachats.

Le flux hebdomadaire de la collecte brute évolue en 2009 dans un intervalle compris entre 1,3 et 3,5 milliards d'euros. Les points extrêmes exclus, le total de la collecte brute se situe plutôt entre 1,5 et 3,3 milliards d'euros tandis qu'en 2008 il ne dépassait pas 2,2 milliards d'euros. L'évolution hebdomadaire retrace également de manière fine les mouvements saisonniers avec notamment le cycle baissier de l'été légèrement décalé et les pics d'activité liés aux contrats à prime unique.

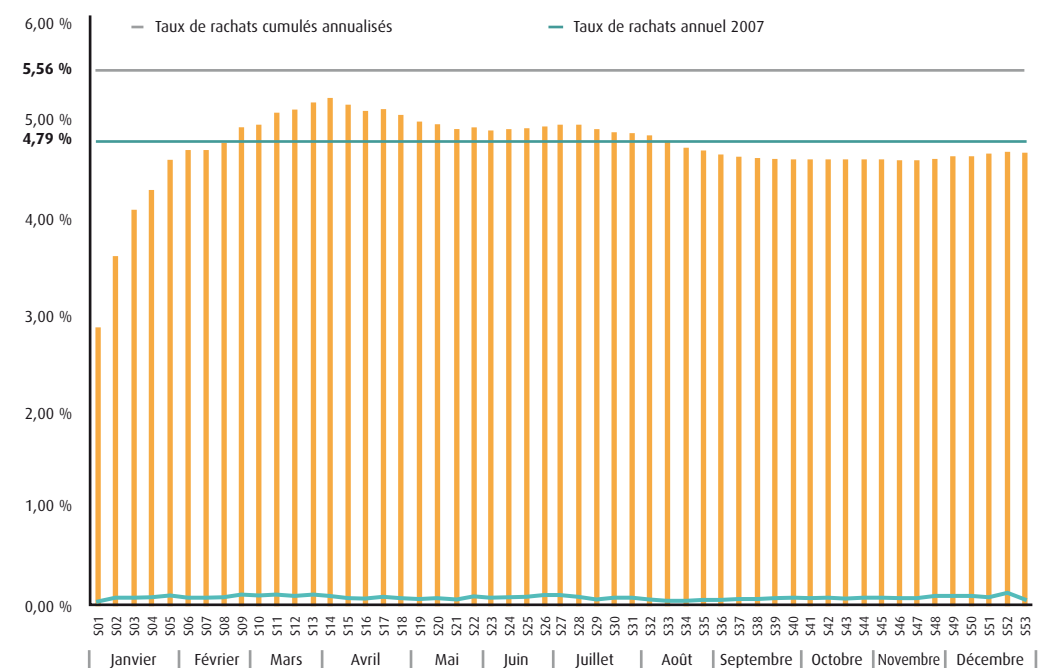
Évolution hebdomadaire de la collecte brute en 2009



1. ÉVOLUTION DU TAUX DE RACHAT

Pour l'année 2009, le taux de rachat moyen ressort à 4,67 %. Il est inférieur de près d'un point à celui de 2008 perturbé par les rachats de l'automne (taux de rachat à 8,4 % en moyenne sur octobre 2008) mais également légèrement inférieur à celui de 2007 qui s'établissait à 4,79 %.

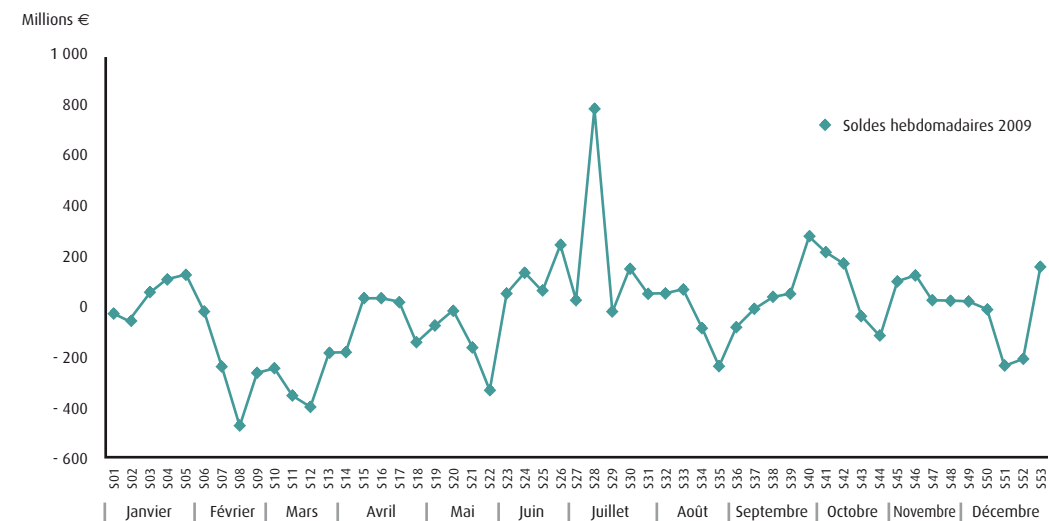
Évolution du taux de rachats en 2009



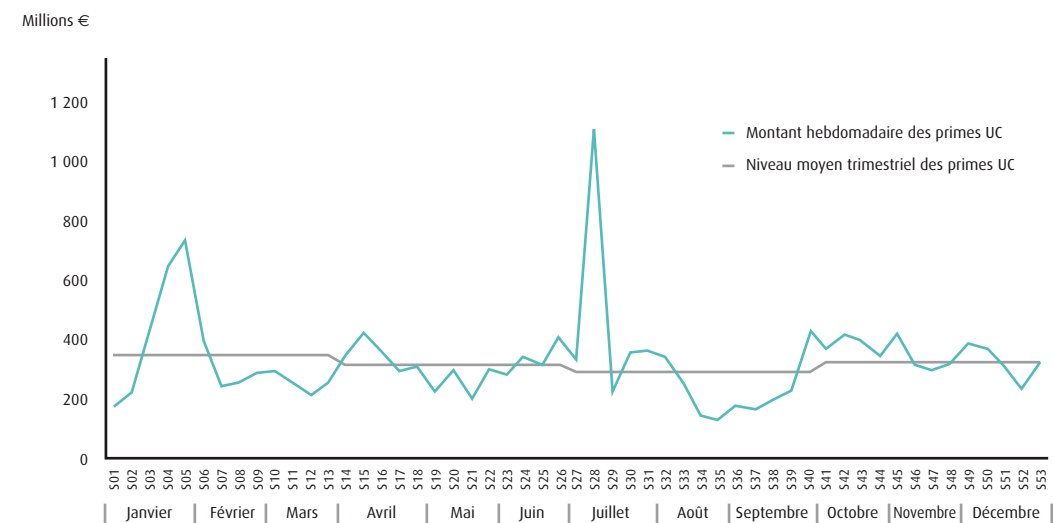
2. ÉVOLUTION DU MARCHÉ DES CONTRATS UC EN 2009

Fortement négative en février et mars, la collecte nette sur les contrats en unités de compte 2009, s'est redressée à partir de juin et a largement bénéficié début juillet des versements sur les contrats à prime unique. Aussi, à part deux points bas en août et décembre, le solde des contrats en unités de compte est resté pratiquement positif sur toute la deuxième partie de l'année 2009.

Évolution du solde des contrats en unités de compte en 2009



Évolution trimestrielle des primes des contrats en unités de compte



L'évolution positive du solde résulte essentiellement du ralentissement des arbitrages, contrats en unités de compte vers contrats en euros. L'évolution de la collecte brute n'est pas très significative, le redressement observé à partir de juin est ensuite perturbé à la fois par les versements des contrats à prime unique et la baisse saisonnière de l'été. Il semble néanmoins se prolonger en septembre, octobre et novembre.

b) Les stress tests

Les dix premiers assureurs-vie ont fait l'objet de stress-tests destinés à évaluer la capacité de résistance de leurs bilans à la fin 2008. Il s'agissait de stress-tests simples visant exclusivement les actifs avec des hypothèses de baisse des marchés actions, de défaut sur les portefeuilles obligataires et de baisse de l'immobilier.

Les résultats de ces stress-tests ont été analysés au cours du 1^{er} trimestre 2009. Ils comprennent tous une baisse de l'immobilier de 10 %. Si les cours des actions en fin d'année restent aux cours du 1^{er} janvier, ou si les obligations privées connaissent un taux de défaut de 2 %, les entreprises feront face avec leurs ressources courantes. En cas de baisse des actions de 20 %, 2 organismes parmi les 10 premiers devront puiser dans d'autres ressources (provision de participation aux bénéfices, excédent de marge) et baisser leurs revalorisations. Une baisse des actions encore plus accusée, portant le CAC à 2 000, poserait des difficultés sérieuses au secteur.

c) Bilan prudentiel

Poursuivant l'effort d'appropriation par le marché français des nouveaux concepts de valorisation des actifs et des passifs sous Solvabilité II, l'industrie a répondu activement à l'initiative de l'ACAM l'enjoignant de simuler son bilan prudentiel selon ces nouvelles règles.

Dans le prolongement des différentes études quantitatives d'impact réalisées au niveau européen (dont la dernière – QIS 4 – a eu lieu en 2008), l'ACAM a invité en avril 2009 l'ensemble des organismes français à valoriser leur bilan prudentiel selon les principes attachés à Solvabilité II. Une description des choix méthodologiques et des hypothèses retenues, ainsi qu'une sensibilité de cette valorisation à ces choix étaient jointes à cette valorisation ; ces éléments permettront notamment de comparer les méthodes retenues pour la valorisation des « *Best Estimate* ».

Elle a permis, pour chaque entité concernée, de comparer le bilan établi aux normes actuelles et celui aux normes Solvabilité II.

Bien que basée sur une participation volontaire des entreprises, 151 entreprises ont participé à cet exercice, représentant plus de 60 % des provisions techniques et 50 % des primes sur le marché français. Ce niveau de participation se caractérise par un élargissement des organismes ayant participé à un exercice national ou européen sur Solvabilité II

(près de 275 organismes) ce qui montre l'implication toujours croissante du marché, et plus particulièrement des petites et moyennes entreprises, à se préparer activement à cette réforme prudentielle ; soit 41 organismes supplémentaires comparativement aux études d'impact (QIS). Les participants à cet exercice de simulation se composent de 109 organismes non-vie et 42 organismes vie ou mixtes, soit 49 mutuelles relevant du Code de la mutualité, 12 institutions de prévoyance, 33 sociétés d'assurance mutuelle et 57 sociétés anonymes.

Forte de cette participation et des échanges générés sur l'intérêt d'une telle approche, et afin de prolonger ce travail de préparation à Solvabilité II, l'ACAM envisage de rendre obligatoire le bilan prudentiel dès l'exercice 2010. Le QIS5 planifié pour l'année 2010 devrait marquer une nouvelle étape décisive dans la préparation des différents acteurs dans cette phase transitionnelle avant l'entrée en vigueur effective de Solvabilité II en octobre 2012.

La rémunération des professionnels de marchés financiers dans les organismes d'assurance

Parmi les nombreuses problématiques posées par la crise financière figurent les systèmes de rémunérations des professionnels de marchés, qui lient directement la rémunération individuelle aux revenus immédiats générés par les opérations réalisées.

Les organisations professionnelles concernées ont adopté des principes à appliquer à ces rémunérations dès 2009, afin de limiter la prise de risques excessifs pour les entreprises. Le ministre de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi a demandé à l'ACAM de lui remettre un rapport sur la mise en œuvre de ces principes dans les organismes contrôlés. L'enquête, réalisée auprès d'un nombre limité mais significatif d'entreprises ou de groupes d'assurance, confirme que les organismes d'assurance ne sont que très marginalement concernés. Ces organismes délèguent fréquemment la gestion de leurs actifs à des sociétés de gestion. Lorsqu'ils emploient directement des personnels intervenant dans les activités de marché, les conditions de rémunération individuelle pratiquées apparaissent déjà conformes aux principes prônés par le groupe de travail de place. Ceci est probablement à mettre en parallèle avec les caractéristiques des conventions collectives salariales dans le secteur de l'assurance.



4. Coopérer et échanger

4.1 Au niveau national

4.1.1 Commission bancaire, AMF, CEA... : l'évolution des coopérations face à la crise

La crise financière a mis en lumière de nouveaux risques pour les établissements financiers : multiplication des innovations financières, internationalisation des acteurs et brutalité des mouvements de marché. Pour limiter l'exposition des banques et des compagnies d'assurance à ces menaces, il a été décidé que les organes de régulation devaient être renforcés et dotés de moyens accrus.

a) Le projet de fusion de l'ACAM avec la Commission bancaire

Le 27 juillet 2009, Mme LAGARDE a ainsi rendu publique sa décision de préparer une ordonnance afin de créer une nouvelle autorité de contrôle prudentiel. Cette nouvelle autorité sera adossée à la Banque de France pour bénéficier de l'expertise économique et financière de la banque centrale et garantir un traitement efficace d'éventuelles situations d'urgence pouvant être vécues par les entreprises supervisées. Elle aura pour mission générale de veiller à la qualité de la situation financière des entités des secteurs supervisés, et de contribuer à la stabilité du système financier et la protection des clientèles.

Le contrôle de la commercialisation des produits

À la suite de la mission Deletré, le projet de loi sur le crédit à la consommation – examiné par le Parlement – prévoit d'habiliter le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures nécessaires au renforcement des contrôles et des sanctions en matière de respect des obligations à l'égard de la clientèle pour les produits financiers et d'assurance ainsi que la diffusion du crédit.

Ce projet aura vraisemblablement un effet direct sur la mission de la nouvelle autorité. Avant de prendre des mesures, le ministère de l'Économie a demandé à M. Deletré d'établir un rapport sur le contrôle du respect des obligations professionnelles à l'égard de la clientèle dans le secteur financier. Le rapport a été remis, mais il n'a pas été jusqu'ici rendu public.

b) La coopération avec l'Autorité des marchés financiers (AMF)

Dans le prolongement du rapport Delmas-Marsalet (novembre 2005), relatif à la commercialisation des produits financiers, l'ACAM et l'AMF ont poursuivi leur collaboration. Elle concerne l'analyse du 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.

Un nouveau pôle commun entre l'Autorité de contrôle prudentiel et l'AMF

Le projet de loi sur le crédit à la consommation, actuellement examiné par le Parlement, prévoit la création d'un pôle commun entre la nouvelle Autorité et l'AMF en matière de contrôle de la commercialisation des opérations et services proposés par les personnes contrôlées par les deux autorités.

Ce pôle offrira notamment un point d'entrée unique destiné à recevoir l'ensemble des demandes des clients susceptibles d'être adressées à l'ACP ou à l'AMF. La Banque de France, et ses succursales, seront amenées à collaborer à ce dispositif et à la mission de l'ACP.

Échanges de données entre l'ACAM et la Banque de France

Un Protocole d'accord a été signé entre l'ACAM et la Banque de France pour échanger des données relatives aux organismes d'assurance. Ce protocole permet à la Banque de France, sans alourdir la charge déclarative de ses organismes, de participer au développement des projets statistiques du Système européen de banques centrales (SEBC) sur le secteur des assurances, mais aussi d'améliorer son dispositif pour la production des comptes nationaux financiers.

Dans ce cadre, l'ACAM alimente la Banque de France en données référentielles et comptables sur les assurances. En contrepartie, la Banque de France met à la disposition de l'ACAM les statistiques produites à partir de ces informations.

c) La coopération avec le Comité des entreprises d'assurance (CEA)

Le Comité des entreprises d'assurance (CEA) est chargé de l'étude et de l'octroi des demandes d'agréments présentées par les entreprises d'assurance ayant leur siège social en France, d'une part, et par les succursales françaises d'entreprises de pays tiers, c'est-à-dire n'appartenant pas à l'Espace économique européen (EEE), d'autre part.

Le CEA vérifie si les entreprises domiciliées dans un État de l'EEE ont rempli les formalités nécessaires pour opérer en France.

Les conditions dans lesquelles le Comité des entreprises d'assurance prend ses décisions sont définies aux articles L.413-1 et suivants et aux articles R.413-1 et suivants du Code des assurances. Ces dispositions ont été complétées par un règlement intérieur publié au Journal Officiel du 30 juillet 2004 (décision du 13 mai 2004 relative au règlement intérieur du Comité des entreprises d'assurance).

Une charte signée entre les autorités de supervision du secteur financier (ACAM, Commission bancaire, CEA, CECEI et AMF) met en œuvre la directive dite « Conglomérats financiers » (16 décembre 2002).

Celle-ci a instauré des procédures de consultation entre autorités de supervision en cas :

- d'agrément d'une entreprise appartenant à un groupe transectoriel ;

- d'autorisation de prise de participation ;
- de prise de contrôle d'une telle entreprise.

Elle renforce leur coopération dans la supervision des groupes financiers transectoriels, c'est-à-dire exerçant à la fois dans le secteur de l'assurance et dans le secteur bancaire, et des services d'investissement.

Le secrétariat du Comité des entreprises d'assurance (CEA) est assuré par la direction générale du Trésor et de la politique économique. Il est chargé de l'instruction des dossiers sur lesquels le Comité des entreprises d'assurance est appelé à statuer. Il rédige les procès-verbaux et les lettres de suite. Le secrétariat est placé sous l'autorité du Secrétaire général du CEA.

4.1.2 Les organisations professionnelles

[[L'ACAM participe une fois par trimestre à un groupe de travail 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 économique et la Direction de la Sécurité Sociale.]]

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 ne donne pas à l'ACAM un interlocuteur unique. C'est pourquoi l'ACAM entretient des relations permanentes avec les fédérations qui regroupent la quasi-totalité des organismes soumis à son contrôle :

- 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, sociétés d'assurance mutuelles regroupées au sein de la FFSAM et succursales de sociétés étrangères).
- Le **GEMA** (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance) : syndicat professionnel créé en 1964, il regroupe 17 sociétés d'assurance mutuelles sans intermédiaires et 24 sociétés anonymes filiales des précédentes.
- 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 2000 mutuelles et unions régies par le Code de la mutualité exerçant, des activités d'assurance (mutuelles et unions dites du livre II) ou gérant des œuvres sanitaires et sociales (mutuelles et unions dites du livre III). La FMF (Fédération des mutuelles de France) en est désormais membre.

4.1.3 La préparation du marché français à la mise en œuvre de Solvabilité II

a) Les acteurs concernés par la mise en œuvre de Solvabilité II

En France, la mise en œuvre opérationnelle du nouveau cadre prudentiel « Solvabilité II » aura des conséquences directes sur le fonctionnement des organismes d'assurance, de l'Autorité de contrôle et des autorités de régulation françaises.

LES ORGANISMES D'ASSURANCE

Les organismes d'assurance devront s'organiser afin d'être en mesure de se conformer aux nouvelles exigences prudentielles dès leur entrée en vigueur. L'un des enjeux à court terme consistera notamment à revoir significativement leurs systèmes d'information pour traiter les données prudentielles, et ce suffisamment en amont pour que ces systèmes

soient parfaitement opérationnels début 2013, date de l'entrée en vigueur effective du nouveau régime. Solvabilité II va également avoir un impact direct sur la gouvernance des organismes, notamment en imposant davantage de formalisation en matière de contrôle interne et de gestion des risques.

Au-delà de ces problématiques opérationnelles, chaque organisme d'assurance devra également appréhender les implications financières de Solvabilité II dans son cas particulier et, le cas échéant, adapter ses politiques en matière de souscription, placement, réassurance ou solvabilité en conséquence.

Dans ce cadre, l'Autorité de contrôle devra s'assurer que la transition de Solvabilité I à Solvabilité II se passe en bon ordre et que les nouvelles exigences prudentielles sont bien respectées à compter de l'exercice 2013.

[[L'ACAM est largement impliquée dans l'élaboration de Solvabilité II, en particulier en tant que membre actif du CEIOPS. C'est naturellement qu'elle accompagnera les organismes en phase de transition, les encourageant à s'y préparer, agissant de façon préventive afin de détecter les problèmes éventuels, et s'attachant à répondre aux interrogations des organismes.]]

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La réforme Solvabilité II, bien qu'elle n'affecte pas les objectifs et les principes fondamentaux du contrôle prudentiel, modifie profondément les « outils du contrôleur ».

Cette situation aura donc un impact significatif sur le travail quotidien. En particulier, le nouveau régime prudentiel introduit de nouveaux concepts à fort contenu technique qu'il faudra s'approprier. S'agissant des relations que l'Autorité de contrôle entretient avec ses homologues européens et le CEIOPS (bientôt EIOPA), il nécessitera aussi de renforcer progressivement les échanges d'informations, la coordination et la convergence entre les différentes autorités de contrôle européennes.

LES AUTORITÉS DE RÉGULATION FRANÇAISES

Elles devront transposer les nouvelles normes européennes en droit français, ou bien adapter la réglementation française existante afin d'assurer une certaine cohérence avec le nouveau cadre prudentiel.

L'étendue du projet « Mise en œuvre opérationnelle de Solvabilité II »

Il porte à la fois sur :

- l'analyse de l'impact de Solvabilité II sur les activités et l'organisation de l'Autorité de contrôle, la proposition d'un plan d'action et de solutions détaillées, le suivi de la mise en place de ces dernières au sein de l'ACAM et la mise à jour régulière du plan d'action ;
- l'analyse de l'impact de Solvabilité II sur les organismes d'assurance, la détection des problèmes qui pourraient se poser lors de l'entrée en vigueur de Solvabilité II, l'information et l'accompagnement de ces organismes en phase transitoire ;
- le contact avec les autorités de régulation françaises, soit pour s'informer de leurs intentions, soit pour attirer leur attention sur d'éventuels besoins ou difficultés dans le cadre de Solvabilité II.

b) Méthodologie générale

L'ampleur, la complexité et la nature évolutive de la réforme impliquent de distinguer cinq phases dans le projet « Mise en œuvre opérationnelle de Solvabilité II » :

PHASE 1 : ANALYSE DU CONTENU DE SOLVABILITÉ II

En dépit de l'adoption de la Directive-cadre au printemps 2009, les contours de Solvabilité II restent encore mouvants. Solvabilité II se déclinera sous trois niveaux de normes, encore instables sur un certain nombre de points :

- les grands principes sont certes exposés dans la Directive de niveau 1, mais cette dernière doit encore être transposée par les autorités françaises en droit français d'ici fin 2012 ;

- les mesures d'exécution de niveau 2 seront adoptées par la Commission européenne d'ici fin octobre 2011, après examen des textes par le Conseil et le Parlement européens, sur la base d'avis que CEIOPS doit finaliser en janvier 2010 ;
- CEIOPS élaborera la majorité de ses recommandations de niveau 3 dans le même temps, les projets de recommandations devant être soumis à consultation à compter du premier semestre 2010 en vue d'une adoption d'ici fin 2011.

L'analyse du contenu de Solvabilité II devra donc être mise à jour au fur et à mesure que ces normes se préciseront, avant d'être officiellement adoptées.

PHASE 2 : ANALYSE DE L'IMPACT DE SOLVABILITÉ II SUR L'ACAM ET LES ORGANISMES D'ASSURANCE

Parallèlement, il conviendra de faire l'inventaire des différentes missions et activités de l'ACAM, ainsi que des principaux aspects de la vie des organismes d'assurance, afin de recenser les sujets à aborder dans le cadre du projet « Mise en œuvre opérationnelle de Solvabilité II ».

Afin d'établir un ordre de priorité, un certain nombre de questions devront être examinées pour chacun des sujets ainsi identifiés, comme par exemple :

- Cet aspect sera-t-il affecté par l'entrée en vigueur de Solvabilité II ?
- Solvabilité II introduira-t-il des changements fondamentaux dans ce domaine ?
- Est-ce une question particulièrement importante pour les contrôleurs et/ou les organismes ?
- Solvabilité II va-t-il créer des opportunités ou, au contraire, des difficultés importantes dans ce domaine ?

Les aspects soulevant les questions les plus difficiles, ou les plus urgentes d'un point de vue opérationnel, devront être abordés de façon prioritaire.

PHASE 3 : PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION ET DE SOLUTIONS DÉTAILLÉES

C'est sur la base de cette analyse préalable de l'impact de Solvabilité II qu'il sera possible de définir, dans les grandes lignes, un plan d'action identifiant, pour chaque aspect, les actions à mener, les moyens à mobiliser, les services et/ou personnes concernés, et les délais impartis.

Pour aller plus en profondeur, l'ampleur de la réforme implique de subdiviser ce plan d'action en sous-projets et de mettre en place, dans un second temps,

des groupes de travail dédiés. Objectif : apporter des réponses concrètes aux questions soulevées, en termes de moyens humains, financiers, techniques, organisationnels, documentaires...

// Un groupe de réflexion « Mise en œuvre de Solvabilité II », réunissant des membres des différents services concernés de l'ACAM (Contrôle, Surveillance du Marché, International, Communication, Formation, etc.), a été mis en place pour élaborer ce plan d'action. //

PHASE 4 : INFORMATION ET CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES AU PROJET

Dans un but de transparence, l'Autorité de contrôle prévoit d'informer régulièrement le marché français de l'assurance sur l'état d'avancement du projet et de le consulter sur les recommandations qu'elle pourrait formuler dans ce cadre. Réciproquement, l'Autorité de contrôle devra s'informer de l'état de préparation du marché (par exemple à l'occasion du QIS5) pour accompagner la transition vers le nouveau régime. Sur de nombreux aspects, la mise en place de Solvabilité II implique une participation active du marché français, et les fédérations professionnelles comme les organismes d'assurance seront donc largement sollicités dans les trois prochaines années. S'agissant des autres autorités de contrôle européennes, le dialogue occupera également une place importante en termes de mise en œuvre opérationnelle de Solvabilité II, que ce soit pour éviter de trop grandes divergences dans l'application concrète de Solvabilité II, ou pour mutualiser les efforts (sur la formation, par exemple).

PHASE 5 : MISE EN ŒUVRE, SUIVI DES PROGRÈS RÉALISÉS ET MISE À JOUR DU PLAN D'ACTION

La mise en œuvre du plan d'action devra être régulièrement suivie. Un tableau de bord sera établi pour mesurer les progrès réalisés et détecter les éventuelles difficultés, afin d'y remédier.

D'une façon générale, et compte tenu du caractère évolutif de Solvabilité II, le plan d'action devra être régulièrement mis à jour pour intégrer les derniers développements, dont en particulier :

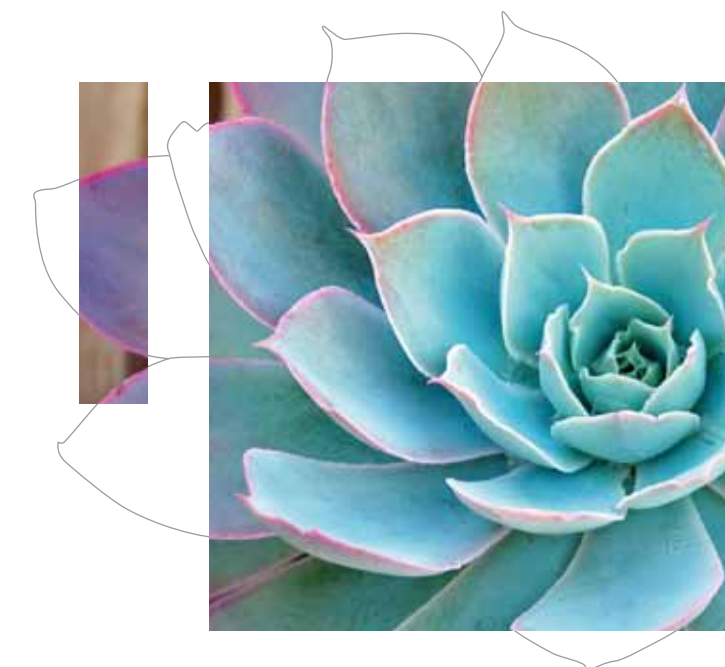
- les avis techniques définitifs du CEIOPS à la Commission Européenne ;
- les projets de textes de mesures d'exécution (niveau 2) soumis par la Commission Européenne au Groupe de Travail Solvabilité de l'EIOPC, et les textes définitifs qui seront adoptés par celle-ci en 2011 ;
- les recommandations de niveau 3 du CEIOPS.

Information, formation et consultation

Dans le cadre d'une réforme de grande ampleur comme Solvabilité II, il est indispensable d'informer et de consulter les autres parties prenantes (organismes d'assurance, autorités de régulation françaises et européennes, autorités de contrôle étrangères...), certaines d'entre elles étant d'ailleurs directement concernées par la mise en œuvre opérationnelle de Solvabilité II en France.

L'information et la formation du marché français au nouveau régime prudentiel constitueront l'un des enjeux majeurs du projet, et les plus petits assureurs devront faire l'objet d'une attention particulière. Solvabilité II soulève également des questions techniques (ex : prise en compte de la participation aux bénéfices en assurance-vie, traitement des risques longs non-vie, etc.) qui nécessitent d'être examinées conjointement avec la profession. À ces fins, l'ACAM souhaite entretenir un dialogue régulier, tant auprès des fédérations professionnelles que des organismes concernés, et sous diverses formes (communication officielle, conférences du contrôle, QIS5, enquêtes de marché, lettre d'information, réunions informelles, etc.).

À mesure que l'entrée en vigueur de Solvabilité II se rapprochera, cette communication « institutionnelle » de l'Autorité de Contrôle sera de plus en plus relayée par un échange personnalisé au niveau de chaque organisme d'assurance, notamment à l'occasion des contacts que les contrôleurs entretiennent au quotidien avec ces derniers.



Trois questions à...

EVELYNE MASSÉ, responsable de la mise en œuvre opérationnelle de Solvabilité II

Vous avez passé trois ans à la Commission européenne en tant qu'expert national détaché. En quoi consistait votre mission ?

L'essentiel de mon travail à Bruxelles concernait le projet « Solvabilité II », qui vise à réformer la réglementation prudentielle applicable aux assureurs en Europe. Dans ce contexte, j'ai participé à la préparation, en relation avec le CEIOPS, puis à la rédaction et à la négociation de la Directive-cadre Solvabilité II, en particulier sur ses aspects quantitatifs et financiers. En effet, avant de soumettre un texte au Parlement et au Conseil européens, une longue phase de réflexion et de concertation avec les parties prenantes est nécessaire. En particulier, toute proposition de texte doit être accompagnée d'une analyse d'impact. Cette étape permet ensuite de défendre la proposition au Parlement et au Conseil européens en vue de l'adoption du texte final. Pour Solvabilité II, la phase de négociation a duré un an et demi comprenant une cinquantaine de réunions avec le Parlement et les États Membres avant de parvenir à l'adoption, en avril 2009, de la Directive-cadre Solvabilité II.

De retour à l'ACAM, quelles sont vos nouvelles missions ?

En pratique, l'entrée en vigueur de Solvabilité II est prévue pour début 2013. Dans ce cadre, Antoine Mantel m'a chargée de la mise en œuvre opérationnelle de cette réforme. Cela consistera à anticiper les changements occasionnés et à veiller à ce que chacun s'y prépare, au sein de l'ACAM comme sur le marché français. L'un des grands enjeux est l'appropriation en amont, par tous, de Solvabilité II. En définitive, il s'agit d'un rôle de courroie de transmission entre les « inventeurs » de la Directive, d'une part, et ses « utilisateurs », d'autre part.

Quels types de changements allez-vous accompagner d'ici 2013 ?

La mise en œuvre de cette réforme à l'ACAM remet en question nos méthodes et outils de travail, même si les fondements de notre métier restent les mêmes. Si Solvabilité II ne transforme pas la philosophie du contrôle, qui vise à protéger les assurés, elle va modifier en profondeur la réglementation sur laquelle nous nous appuyons, notamment sur les aspects financiers et la gouvernance. C'est pourquoi ma mission s'exerce à la fois vis-à-vis du marché et des contrôleurs – les assureurs étant les premiers touchés par la réforme – mais aussi auprès de tous les interlocuteurs touchés de près ou de loin par ces évolutions en France. Ce travail d'anticipation des besoins et de détection des difficultés permettra de définir les grands chantiers à mener pour accompagner les changements. Les attentes sont, je crois, très fortes : une bonne communication s'avèrera donc un élément déterminant, en interne comme en externe.

4.2 Au niveau européen

4.2.1 La coordination des autorités de contrôle européennes

LE RÔLE DE COORDINATION DE L'ACAM

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 entre les 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. Le but est 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*).

L'ACAM participe également 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.

Autorités de contrôle européennes : des architectures variables selon les pays

Le CEIOPS compte actuellement 30 pays participants, dont 27 membres et 3 observateurs (Islande, Norvège et Liechtenstein).

Dans 25 des 30 pays participant au CEIOPS, une entité unique contrôle le secteur des assurances et celui des fonds de pension. Si certains ont fait le choix de limiter l'étendue des missions de l'Autorité de contrôle à ces secteurs, d'autres y ont ajouté le contrôle des marchés financiers ou le contrôle du secteur bancaire, voire les deux.

Ainsi, 16 membres et observateurs du CEIOPS ont opté pour le contrôle de l'ensemble des secteurs par une seule entité (contrôle dit « intégré ») : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Estonie, Hongrie, Lettonie, Malte, République tchèque, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni, Irlande, Pologne, Islande, Norvège. Les Pays-Bas, la Roumanie et le Liechtenstein ont établi des autorités compétentes sur deux secteurs des services financiers (assurance et banque pour la Pays-Bas et le Liechtenstein, assurance et marchés financiers pour la Roumanie), ce qui sera également le cas en France à partir de février 2010.

La France fait donc encore partie en 2009 des 11 pays disposant d'une autorité spécialisée dans le contrôle des assurances (dit contrôle « non intégré »), le contrôle des banques et des marchés financiers étant assuré par des structures dédiées. Une configuration adoptée par Chypre, la Finlande, la Grèce, le Luxembourg, la Lituanie, le Portugal, la Slovaquie, l'Espagne, l'Italie et la Roumanie.

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

4.2.2 La coopération des institutions

LE RÔLE DU CEIOPS (COMMITTEE OF EUROPEAN INSURANCE AND OCCUPATIONAL PENSION SUPERVISORS)

Les pays de l'Espace économique européen (EEE) travaillent, dans le cadre du CEIOPS, à l'élaboration d'orientations communes ayant vocation à s'appliquer à l'ensemble des autorités de contrôle et des organismes contrôlés en Europe, dans la perspective de la nouvelle directive Solvabilité II.

1 - LE PROCESSUS LAMFALUSSY

La réglementation européenne cherche à mettre en place progressivement un véritable marché intérieur dans le domaine financier, en accroissant le degré d'harmonisation des législations nationales. Dans le domaine des services financiers (banque, assurance et valeurs mobilières), cette réglementation s'inscrit depuis 2003 dans le cadre du processus Lamfalussy, 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.

Le processus Lamfalussy distingue une hiérarchie des textes : plus précisément, les Directives-cadres adoptées par le Conseil et le Parlement constituent les textes de niveau 1 qui fixent des principes que viendront détailler des mesures de niveau 2 adoptées par la Commission européenne, sous le contrôle du Conseil et du Parlement s'il s'agit de règlements européens, ou par co-décision (Conseil et Parlement) s'il s'agit de directives. Des textes de niveau 3, constituant des recommandations contraignantes ou non, pourront être prises afin de renforcer l'homogénéité dans la mise en œuvre opérationnelle des textes européens.

Assurant une certaine cohérence à l'ensemble, le niveau 4 porte sur le contrôle renforcé des infractions potentielles par la Commission européenne. Dans le secteur des services financiers, trois comités existent

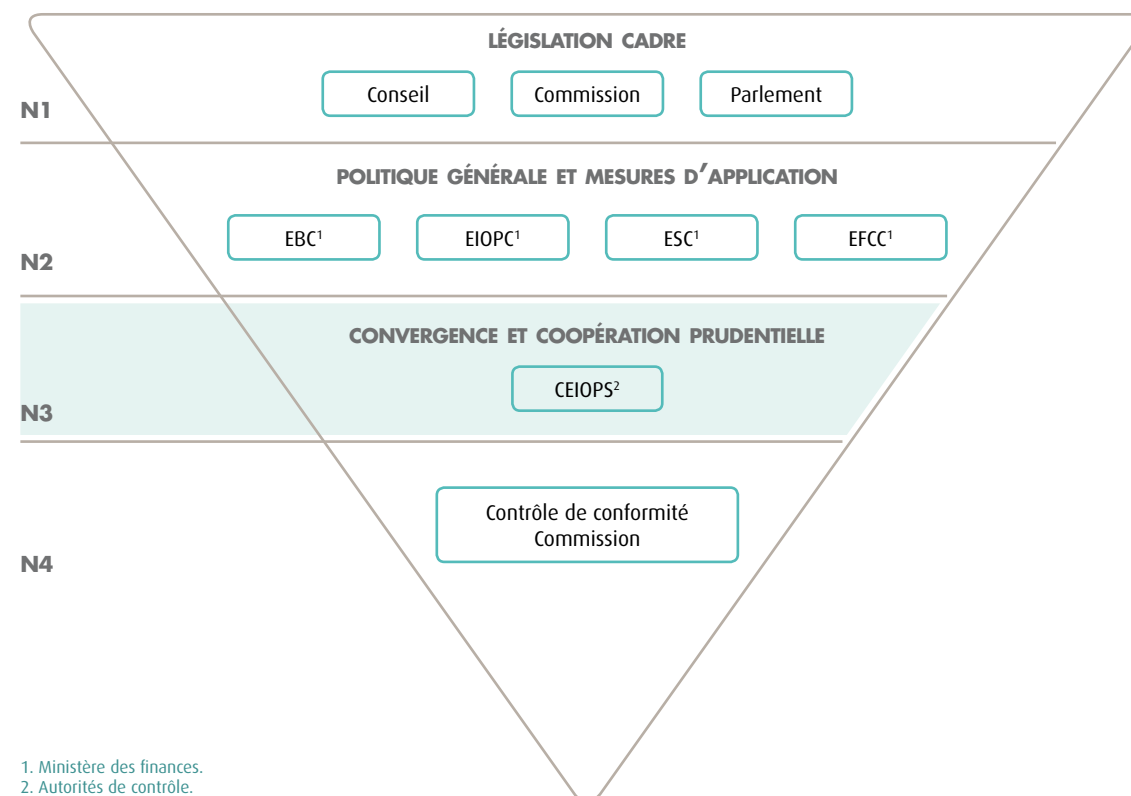
au niveau de l'UE, dotés de pouvoirs consultatifs : le Comité européen des contrôleurs bancaires (CECB), le comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles (CECAPP – CEIOPS, en Anglais) et le comité européen des régulateurs des marchés de valeurs mobilières (CERVM). Ceux-ci sont souvent appelés « comités de niveau 3 » en raison du rôle qu'ils jouent, dans le cadre institutionnel européen, dans le domaine des services financiers. Ils ont été créés à la suite du rapport publié par un groupe de haut niveau présidé par Alexandre Lamfalussy.

Dans le secteur de l'assurance, le CEIOPS auquel participe activement l'ACAM, est le comité de niveau 3

de cette procédure. Le CEIOPS conseille la Commission européenne sur les aspects techniques contenus dans les textes de niveaux 1 et 2. Afin d'assurer une convergence des pratiques prudentielles et accroître la coopération européenne entre les différentes autorités de contrôle nationales, le CEIOPS élaborera des recommandations⁽¹³⁾ de niveau 3.

L'objectif indirect du processus Lamfalussy est aussi d'assurer un dialogue permanent et transparent entre le législateur et les acteurs du marché, notamment par le biais de consultations publiques à chaque niveau de la procédure.

L'APPROCHE LAMFALUSSY ET L'AMÉLIORATION DE LA « PRODUCTION RÉGLEMENTAIRE »



1. Ministère des finances.
2. Autorités de contrôle.

EBC : European Banking Committee
EIOPC : European Insurance and Occupational Pensions Committee
ESC : European Security Committee
CEIOPS : Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors

(13). Ces recommandations ne sont pas juridiquement contraignantes, à moins qu'elles ne soient intégrées en droit national, mais il s'agirait alors d'une décision propre de l'Etat membre.

2 - LE RÉEXAMEN DU PROCESSUS LAMFALUSSY SUITE AUX EFFETS DE LA CRISE FINANCIÈRE

Les effets de la crise financière ont conduit les États membres et la Commission européenne à s'interroger sur l'opportunité de réformer l'organisation générale de la supervision européenne des services financiers.

Le 23 janvier 2009 la Commission européenne a adopté trois décisions, se substituant à celles du 5 novembre 2003, ré-instituant les 3 comités de niveau 3 (CEIOPS, CESR et CEBS). La décision spécifique au CEIOPS mentionne :

- un renforcement de son rôle de surveillance macro-économique et de détection de vulnérabilités pouvant représenter une menace pour la stabilité financière ; celui-ci doit rapporter à la Commission européenne et tenir informés les deux autres comités de niveau 3, le Conseil, les ministres des Finances et les banques centrales ;
- la possibilité de prendre les décisions à la majorité qualifiée, mais les décisions restent non juridiquement contraignantes envers les autorités de contrôle locales ;
- une transformation du comité intérimaire qui réunit CEIOPS et CEBS autour de la surveillance des conglomérats financiers en un comité mixte (permanent) des conglomérats financiers, (en anglais, le Joint Committee on Financial Conglomerates, ou JFCF).
- une liste non exhaustive de tâches à effectuer en vue de favoriser la convergence des pratiques prudentielles.

Simultanément, la Commission a adopté une proposition de directive établissant un programme communautaire assurant le financement direct, au titre du budget communautaire (36 M€ sur 4 ans, de 2010 à 2013), des trois comités CEIOPS, CEBS et CESR et des principaux organismes internationaux et européens associés à l'élaboration des normes d'information financière et de contrôle des comptes (l'IASCF, International Accounting Standards Committee Foundation ; l'EFRAG, European Financial Reporting Advisory Group ; le PIOB, Public Interest Oversight Body).

3 - L'AVENIR DE LA RÉGLEMENTATION FINANCIÈRE ET DE LA SUPERVISION EN EUROPE

a) Le rapport de Larosière

En octobre 2008, la Commission a chargé un groupe de haut niveau présidé par Jacques de Larosière, ancien gouverneur de la Banque de France, de fournir des conseils sur l'avenir de la réglementation financière et de la supervision en Europe. Le groupe a présenté son rapport le 25 février 2009 et ses recommandations ont été entérinées par la Commission dans sa communication au Conseil européen de printemps, qui s'est tenu en mars 2009.

Le groupe de Larosière a mis en évidence de graves défaillances affectant le système de surveillance financière existant en Europe. Selon lui, en dépit du marché unique et de la dimension transfrontalière des établissements financiers, la surveillance exercée dans l'UE est restée inégale et souvent non coordonnée.

Aussi, ce rapport recommande-t-il d'évoluer en 3 étapes vers un système de supervision avec trois autorités sectorielles, et donc de transformer les trois comités en autorités européennes, avec des pouvoirs proportionnellement accrus. Ces autorités seraient notamment chargées de :

- coordonner le travail des contrôleurs nationaux ;
- arbitrer entre les contrôleurs nationaux dans les collèges de contrôleurs en cas de désaccord sur les questions de surveillance concernant une institution financière transfrontalière ;
- prendre des mesures pour harmoniser les réglementations nationales et contribuer ainsi à l'application de règles communes dans le domaine des services financiers ;
- contrôler directement certaines institutions pan-européennes qui sont réglementées au niveau de l'UE telles que les agences de notation.

A terme, le rapport préconise qu'il y ait deux autorités européennes, l'une couvrant le contrôle des secteurs banque et assurance, et l'autre les marchés et leur conduite (*market conduct*). Il recommande également que la supervision macro-prudentielle sur l'ensemble du système financier européen soit confiée à un conseil européen du risque systémique (European Systemic Risk Council, ESRC), adossé à la Banque centrale européenne. Ce Conseil serait dirigé par la BCE et les présidents de CEBS, CEIOPS et CESR (banque, assurance et valeurs mobilières) y participeraient. Il serait chargé de

rassembler et d'analyser toutes les informations pertinentes concernant la stabilité financière.

Ce rapport ne formulait que des recommandations qui ne liaient pas la Commission.

b) La nouvelle architecture européenne de la régulation

Le 27 mai 2009, la Commission a présenté les actions qu'elle envisage pour mettre en œuvre les recommandations du rapport Larosière. Les propositions en matière de surveillance financière adoptées en conséquence par la Commission ont fait l'objet de consultations approfondies, tant après la publication du rapport Larosière qu'après leur présentation par la Commission au Conseil européen de juin.

Par ces actions, la Commission européenne entend renforcer sensiblement la surveillance du secteur financier en Europe. L'objectif de ces propositions prévoyant une coopération renforcée est de :

- consolider durablement la stabilité financière dans l'ensemble de l'UE ;
- garantir que les mêmes règles techniques de base soient appliquées, et leur application contrôlée, de manière cohérente ;
- déceler dès que possible les risques systémiques ;
- permettre une action collective plus efficace dans les situations d'urgence et pour le règlement des différends entre autorités de surveillance.
- Ces actions ont été formalisées dans des propositions législatives dévoilées le 23 septembre 2009 et réformant l'architecture actuelle des comités dans le secteur des services financiers, avec la création :
- d'un nouveau Système européen de surveillance financière (SESF), soit un réseau composé d'autorités nationales de surveillance et de trois autorités européennes de surveillance nouvellement créées, respectivement compétentes pour les secteurs des banques, des valeurs mobilières, et des assurances et pensions professionnelles.
- d'un Comité européen du risque systémique (CERS).

Chargé de détecter les risques menaçant le système financier dans son ensemble et de la fonction critique d'émettre des alertes pour que des mesures soient rapidement prises si nécessaire.

c) Une surveillance renforcée aux niveaux macro et microprudentiels

Les propositions législatives adoptées renforcent la surveillance financière aux niveaux macro et microprudentiels en créant :

- un Comité européen du risque systémique (CERS) qui sera chargé de surveiller et d'analyser les risques qui menacent la stabilité du système financier dans son ensemble (« surveillance macroprudentielle »). Le CERS émettra des alertes rapides en cas de risque systémique susceptible de prendre de l'importance et, le cas échéant, formulera des recommandations quant aux mesures à prendre pour faire face à ces risques ; ainsi, si un risque se fait jour dans un ou plusieurs États membres, il incombera au CERS d'émettre à l'intention des États membres et des autorités européennes de surveillance des recommandations et des alertes auxquelles ceux-ci devront donner suite. Les États membres (et leurs autorités nationales de surveillance) devront s'y conformer ou, à défaut, expliquer pourquoi ils ne l'ont pas fait. La création du CERS va dans le même sens que plusieurs initiatives prises au niveau multilatéral ou en dehors de l'UE, et notamment la création du Conseil de stabilité financière par le G20.

Les banques centrales joueront un rôle important au sein du CERS. Dans la plupart des États membres, elles sont en effet responsables, dans une certaine mesure, de la surveillance macroprudentielle du secteur financier et sont donc bien placées pour aider à analyser l'impact des interdépendances entre celui-ci et l'environnement macroéconomique plus large sur la stabilité financière. Les autorités européennes de surveillance, la Commission européenne et les autorités nationales de surveillance participeront également aux travaux du CERS ;

- un Système européen de surveillance financière (SESF), chargé de la surveillance des établissements financiers (« surveillance microprudentielle ») et constitué d'un réseau d'autorités nationales de surveillance travaillant en coopération avec les autorités européennes de surveillance nouvellement créées par transformation des comités existants pour les secteurs des banques, des valeurs mobilières, et des assurances et pensions professionnelles.

Les comités existant actuellement au niveau de l'UE pour les services financiers ont des pouvoirs consultatifs et peuvent émettre des orientations et recommandations de caractère non contraignant.

Les autorités nationales chargées de la surveillance des groupes transfrontaliers doivent coopérer au sein de collèges d'autorités de surveillance, mais en cas de désaccord, il n'existe aucun mécanisme pour résoudre le problème. Bon nombre de règles techniques sont arrêtées au niveau national, et il existe des variations considérables d'un État membre à l'autre. Même lorsque les règles sont harmonisées, leur mise en œuvre peut être, quant à elle, non homogène. Cet exercice fragmenté de la surveillance porte atteinte au bon fonctionnement du marché unique, génère des surcoûts pour les établissements financiers et augmente leur probabilité de défaillance, avec le risque de surcoûts pour les contribuables.

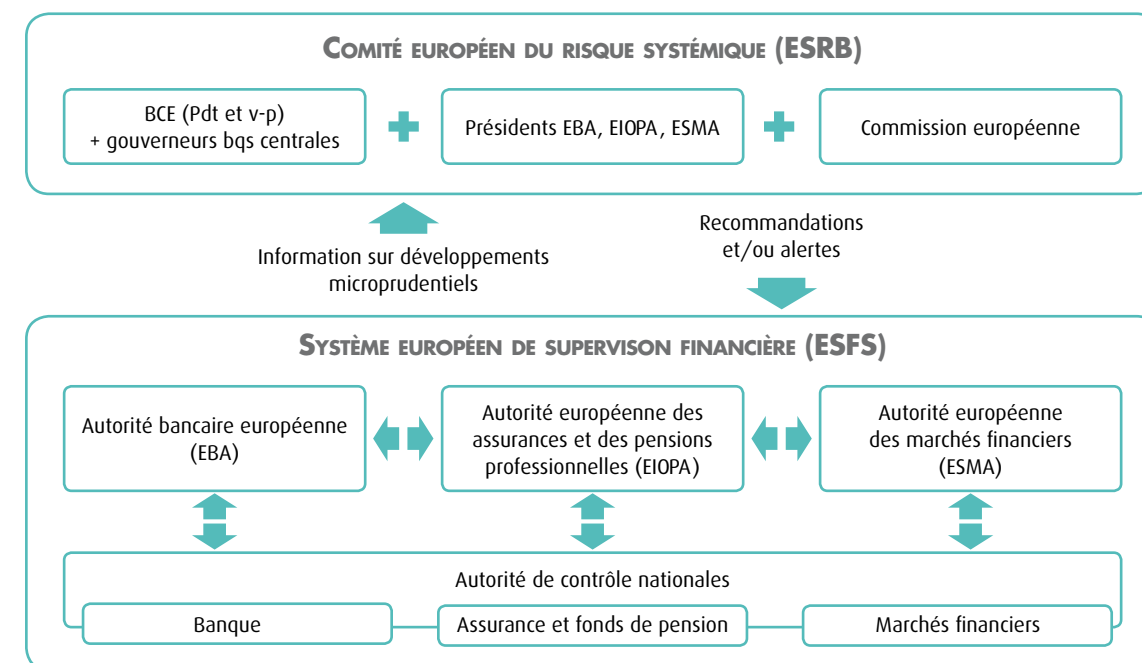
C'est pour toutes ces raisons que le groupe de Larosière a préconisé de donner plus de pouvoirs à ces comités en les convertissant en autorités de surveillance. Il y aura ainsi une Autorité bancaire européenne (ABE¹⁴), une Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP¹⁵) et une Autorité européenne des marchés financiers (AEMF¹⁶).

Un renforcement conséquent de la surveillance financière en Europe

La Commission européenne a adopté le 23 septembre 2009 un ensemble de propositions législatives afin de renforcer de manière significative la surveillance du secteur financier en Europe.

L'objectif de ces dispositions améliorées en matière de coopération est d'accroître la stabilité financière dans l'ensemble de l'UE, de garantir que les mêmes règles techniques de base sont appliquées partout, de déceler aussitôt que possible les risques menaçant le système et de permettre une action collective beaucoup plus efficace dans les situations d'urgence et pour le règlement de différends entre autorités de surveillance.

Cet ensemble de textes créera un nouvel organisme, le Comité européen du risque systémique (CERS), chargé de détecter les risques pesant sur le système financier dans son ensemble et d'émettre des alertes afin que des mesures soient rapidement prises lorsque c'est nécessaire. Il instituera en outre le Système européen de surveillance financière (SESF), un réseau composé d'autorités nationales de surveillance et de trois autorités européennes de surveillance nouvellement créées couvrant les secteurs des banques, des marchés financiers et des assurances, et des pensions professionnelles.



14. En anglais, EBA pour European Banking Authority

15. En anglais, EIOPA pour European Insurance and Occupational Pensions Authority

16. En anglais, ESMA pour European Securities and Markets Authority

d) Pouvoirs des nouvelles autorités européennes du SESF

Les nouvelles autorités conserveront les pouvoirs actuels des comités précités, auxquels s'ajouteront un certain nombre de compétences techniques, et notamment :

- élaborer des projets de propositions de normes techniques – pour contribuer à l'instauration de règles plus cohérentes dans l'UE, dans la perspective ultime de créer un corpus de règles commun ;
- favoriser les échanges d'informations et la concorde entre les autorités nationales de surveillance et, le cas échéant, régler tout litige, y compris les litiges survenant au sein des collèges d'autorités de surveillance – afin de garantir une meilleure coordination de ces autorités ;
- contribuer à assurer une application cohérente des règles communautaires – en veillant à ce que tout cas d'application incorrecte ou incohérent soit traité rapidement et efficacement ;
- exercer des pouvoirs de surveillance directe sur les agences de notation ;
- assurer la coordination et prendre certaines décisions en situation d'urgence.

Le système proposé est un réseau dit « en étoile » (« hub and spoke »), fédérant des organismes européens et nationaux. Les nouvelles autorités n'interviendront que lorsque leur action apporte clairement une valeur ajoutée, comme l'élaboration de normes techniques devant s'appliquer dans toute l'UE ou le règlement de litiges entre autorités nationales de surveillance sur des questions pour lesquelles une coopération est nécessaire. Les domaines dans lesquels elles peuvent intervenir seront strictement définis en co-décision par le Conseil et le Parlement européen. L'approche de la Commission se fonde sur le principe de règles communes appliquées à l'échelon national, avec des organismes communautaires chargés de veiller à leur cohérence et d'assurer la coopération qui s'impose. Le système européen de surveillance financière sera évalué au bout de trois ans. S'il n'est pas possible de préjuger de l'issue de cette évaluation, celle-ci sera néanmoins l'occasion d'évaluer dans quelle mesure le SESF fonctionne.

4. LA DIRECTIVE OMNIBUS D'OCTOBRE 2009

Après avoir adopté, le 23 septembre 2009, ce train de mesures, la Commission européenne a adopté le 26 octobre 2009 une proposition législative complémentaire (communément appelé « directive omnibus ») afin d'apporter des modifications ciblées à la législation existante sur les services financiers, pour que les nouvelles autorités puissent travailler efficacement.

En effet, les directives existantes sur les services financiers doivent impérativement être modifiées pour définir précisément le cadre dans lequel le SESF devra exercer certaines des nouvelles compétences proposées et lui permettre ainsi de travailler efficacement. Les domaines concernés par les modifications proposées entrent globalement dans les catégories suivantes :

- la définition des domaines dans lesquels les autorités pourront proposer des normes techniques en tant qu'outil complémentaire pour harmoniser la surveillance et en vue de parvenir à un « règlement uniforme » ;
- la possibilité pour les autorités de régler objectivement les différends entre les autorités nationales de surveillance, grâce à des moyens appropriés, dans les domaines pour lesquels la législation sectorielle a déjà établi des processus décisionnels conjoints ;
- les modifications de portée générale, qui sont nécessaires au bon fonctionnement des directives compte tenu des nouvelles autorités (par exemple, transformer les comités de niveau 3 en nouvelles autorités et garantir l'existence de canaux appropriés pour l'échange d'informations).

La Commission envisage d'autres modifications techniques des directives sectorielles pour le début 2010, notamment dans le secteur des assurances, suite à la publication de la directive Solvabilité II (2009/138/CE) le 17 décembre 2009, qui pose les bases d'une réforme en profondeur des règles prudentielles auxquelles sont soumises les entreprises d'assurance. Une deuxième proposition de directive omnibus devrait donc être présentée au printemps 2010.

4.2.3 Solvabilité II

a) Etat d'avancement

Avec la promulgation de la directive Solvabilité II le 17 décembre 2009, la Commission européenne adopte la dernière des 42 mesures du Plan d'action pour les services financiers (PASF¹⁷) de 1999, qui vise à la construction d'un marché unique intégré dans le domaine des banques, des assurances et des valeurs mobilières.

C'est une directive adoptée dans le cadre Lamfalussy qui donnera donc lieu à des mesures de niveau 2 et des recommandations de niveau 3.

L'ÉLABORATION DES MESURES D'EXÉCUTION (DITES MESURES DE NIVEAU 2) DE LA DIRECTIVE SOLVABILITÉ II

Sans attendre l'adoption de la directive de niveau 1, la Commission européenne a mandaté le CEIOPS pour qu'il donne un avis technique sur les futures mesures d'exécution (mesures de niveau 2). La Commission européenne a pris l'engagement pour Solvabilité II de publier des mesures de niveau 2 au moins 12 mois avant la date d'entrée en vigueur de la réforme. Sur les points nécessitant une convergence des pratiques, la Commission a demandé au CEIOPS de publier des recommandations (mesures de niveau 3) nécessaires à la mise en œuvre de Solvabilité II d'ici décembre 2011.

Afin de donner à la Commission le temps nécessaire pour adopter les mesures de niveau 2, le CEIOPS a rendu un premier avis le 10 novembre 2009, après consultation des parties intéressées, et doit donner un complément d'avis d'ici fin janvier 2010 (voir encadré).

À ce titre, le CEIOPS a créé quatre groupes de travail :

- le groupe « Financial Requirements Expert Group (FinReq) » est consacré aux aspects relatifs au pilier 1 (exigences financières) et est présidé par Pauline de Chatillon (FR, ACAM). Il travaille sur l'évaluation des provisions techniques, la définition et le calibrage des exigences de capital et sur la définition des fonds propres ;
- le groupe « Internal Model Expert Group (IMEG) » est dédié aux modèles internes. Succédant à Paul Sharma (UK, FSA), Paolo Caldoni (UK, FSA) en assure la présidence. Il se penche notamment sur les conditions de validation des modèles internes par les superviseurs ;

- le groupe « Internal Governance, Supervisory Review and Reporting Expert Group (IGSRR) » travaille sur les aspects relatifs aux piliers 2 et 3. Succédant à Gabriel Bernardino (PT, ISP), Jan Parner (DK, Finanstilsynet) en assure la présidence ;
- le groupe « Insurance Groups Supervision Committee (IGSC) » s'attache au contrôle des groupes d'assurances. Il est présidé par Petra Faber-Graw (DE, BaFin). Ce comité s'interroge notamment sur le fonctionnement des collèges de superviseurs, le calcul des exigences au niveau du groupe et le traitement des entités dans les pays tiers.

Le CEIOPS procède à des études d'impact (Quantitative Impact Studies, ou QIS) sur les mesures qu'il propose. Il a déjà réalisé quatre études de ce type. Une cinquième est prévue en août 2010.

Solvabilité II : Avis du CEIOPS sur les futures mesures d'exécution de niveau 2

Le 26 mars 2009, le CEIOPS a adopté une deuxième série de projets d'avis portant sur les provisions techniques, le calcul du SCR avec la formule standard, les fonds propres, la gouvernance, la transparence, la valorisation des actifs, le traitement des *Special purpose vehicles* et l'approbation des modèles internes.

Le 2 juillet 2009, une seconde série de projets d'avis a été soumise à consultation publique jusqu'en septembre 2009.

À cette occasion, l'ACAM s'est concertée avec les organisations professionnelles afin d'assurer une contribution efficace du marché français sur les thèmes suivants : modèles internes, provisions techniques, fonds propres, SCR Formule standard, MCR, Piliers 2 et 3 et Groupes. Après avoir reçu plus de 20 000 commentaires émanant de 105 participants, le CEIOPS a finalisé ses deux premières séries d'avis en novembre 2009 ...

17. Ce plan détaille les travaux à effectuer afin de tirer tout le bénéfice de l'euro et d'assurer le maintien de la stabilité et de la compétitivité des marchés financiers de l'Union.

... Une troisième série de projets d'avis, portant notamment sur le calibrage du risque de marché, a été mise en consultation le 2 novembre 2009 en vue d'être finalisée et transmise à la Commission en janvier 2010. Ces avis ne sont qu'une étape dans le processus d'élaboration des mesures de niveau 2. La phase suivante sera, au 1^{er} semestre 2010, de réaliser la cinquième étude d'impact (QIS5). La Commission proposera ensuite, dès octobre 2010, des mesures de niveau 2 devant être adoptées d'ici octobre 2011, en vue d'une entrée en vigueur de Solvabilité II le 31 octobre 2012.

b) Le contrôle et la supervision des groupes

// **Le contrôle des groupes sera renforcé avec la mise en place de Solvabilité II. La directive prévoit l'institution d'un contrôleur de groupe. Ce dernier bénéficiera de pouvoirs accrus, favorisant une meilleure supervision du groupe d'assurance dans son ensemble.** //

Appartenance à un groupe : impact potentiel

L'appartenance à un groupe génère des opportunités de développement et des sources d'économies potentielles pour un organisme d'assurance, notamment par la mise en commun de certaines activités supports, l'élargissement de l'accès à la clientèle et les facilités en termes de réassurance et/ou de financement.

Toutefois la solvabilité d'une telle entité – et plus généralement sa capacité à honorer ses engagements vis-à-vis des assurés – peut être affectée par cette appartenance à un groupe. Les dangers encourus peuvent être des risques de contagion (générés par les participations que les organismes d'assurance possèdent dans d'autres organismes d'assurance ou par d'autres opérations intra-groupe, réalisées entre les entités d'un même groupe), l'existence de conflits d'intérêts potentiels, des risques opérationnels spécifiques ou des risques de réputation.

En matière de contrôle prudentiel des organismes d'assurance, les dispositions des directives « assurance » actuellement en vigueur sont centrées sur l'examen de la situation financière individuelle des organismes (surveillance « solo »). Or, l'appartenance à un groupe d'assurance a un impact direct sur les organismes d'assurance du groupe : elle leur fait bénéficier d'effets de diversification et les expose à des risques supplémentaires.

Adoptée en 1998, la directive Groupes d'assurance a introduit une surveillance « complémentaire » des organismes d'assurance appartenant à un groupe, fournissant une première vision d'ensemble de la situation financière de ces organismes.

Solvabilité II va plus loin : les groupes d'assurance sont considérés comme une entité économique à part entière, justifiant d'un contrôle adapté. Ainsi, la directive Solvabilité II :

- délimite le périmètre du groupe ;
- définit les exigences quantitatives et qualitatives qui s'appliquent aux groupes ;
- renforce le rôle des collèges de contrôleurs.

// **Les groupes d'assurance peuvent demander l'application d'un régime de supervision particulier lorsque leur gestion des risques est centralisée (centralised risk management) (art. 236).** //

UN CHAMP ÉLARGI

La directive définit tout d'abord le champ des entités appartenant à un groupe : bien que le point de départ soit généralement le périmètre de la consolidation comptable, la directive prévoit d'y intégrer quelques ajustements, afin de tenir compte de l'existence de liens entre entités autres que capitalistiques.

Ainsi, une entité est considérée comme une filiale dès lors qu'une influence dominante est exercée sur elle par une autre entité. La définition de la notion d'influence ne se limite pas à des seuils quantitatifs de droits de vote : elle recouvre des aspects plus larges, comme l'implication dans le processus de décision au sein de l'entité, la possibilité de nommer des administrateurs, l'existence de dirigeants communs, etc.

En outre, pour définir le périmètre de supervision, les Autorités de contrôle ont la possibilité d'y inclure les entités susceptibles d'influencer l'appréciation du profil de risque du groupe. Elles peuvent exclure les entités ayant un apport mineur ou faussant l'appréciation du risque.

DES EXIGENCES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

EXIGENCES QUANTITATIVES (PILIER I)

Solvabilité II s'efforce d'apprécier la solvabilité du groupe contrôlé comme une entité économique, c'est-à-dire en comparant le total de fonds propres disponibles au niveau du groupe à une exigence de capital « consolidée ».

En particulier, la directive permet aux groupes diversifiés de bénéficier de la reconnaissance quantitative de cette diversification dans leur exigence de capital. En effet, le calcul de la solvabilité du groupe repose par défaut sur la méthode de la consolidation : le SCR calculé au niveau du groupe est ainsi généralement inférieur à la somme des SCR calculés au niveau des entités locales (« solo »), la différence représentant le bénéfice de diversification. Toutefois, dans certains cas, la reconnaissance de la diversification est limitée du fait de l'existence de contraintes sur l'appréciation des risques sur base consolidée, de l'accès limité aux informations ou d'une insuffisante fongibilité ou transférabilité du capital au sein du groupe : ces cas peuvent conduire le superviseur groupe à appliquer la méthode de déduction/agrégation pour l'entité concernée, et ce indépendamment de sa localisation.

Les comptes consolidés élaborés à des fins prudentielles peuvent différer des comptes consolidés « comptables ». Les principes retenus sont les suivants :

- pour les participations dans les organismes d'assurance, la méthode de consolidation (intégration globale ou proportionnelle, mise en équivalence) dépend de l'influence exercée sur cette entité. L'intégration globale/proportionnelle permet de générer de la diversification ;
- pour les entités pour lesquelles l'information nécessaire n'est pas disponible, la participation est déduite (art. 229) ;
- pour les participations dans les établissements de crédit, les méthodes de la directive Conglomerats financiers s'appliquent, de telle sorte qu'il n'y a pas de reconnaissance de la diversification.

La directive prévoit la possibilité pour les groupes de calculer leur SCR groupe, soit en utilisant la formule standard pour le calcul du SCR du groupe, soit à partir d'un modèle interne approuvé par le contrôleur du groupe. Les risques spécifiques aux groupes doivent être inclus, le cas échéant. Indépendamment de la méthode, l'exigence de capital du groupe résulte de la somme d'une exigence de capital calculée sur l'ensemble consolidé des filiales d'assurance et des exigences de capital solo des autres entités réglementées.

La reconnaissance des fonds propres solo au niveau du groupe

Elle est conditionnée par leur disponibilité pour le groupe, c'est-à-dire à la fois par la fongibilité des fonds propres solo dans un groupe et par leur transférabilité entre entités. Cette disponibilité peut être limitée, notamment par l'absence d'harmonisation dans le domaine des droits des sociétés, la protection des intérêts minoritaires, mais aussi par le fait que la fongibilité des fonds propres au niveau du groupe sera généralement plus faible que la fongibilité au niveau solo.

Le degré de reconnaissance des fonds propres solo au niveau du groupe est également lié à la nature de l'activité et au degré d'influence (dominante/significative) exercée sur l'entité :

- pour l'ensemble des entités, quelles qu'elles soient, les fonds propres « disponibles » sont reconnus en totalité au niveau du groupe ;
- pour les filiales d'assurance (y compris celles localisées dans les pays tiers), la reconnaissance des fonds propres solo « non-disponibles » est plafonnée par la contribution de l'entité à l'exigence de capital du groupe ;
- pour les autres entités, la reconnaissance des fonds propres solo « non-disponibles » est plafonnée par l'exigence de capital de l'entité considérée.

Régime de soutien de groupe (« group support »)

De vives discussions entre États membres, Commission et Parlement européen ont porté sur les dispositions relatives au régime de soutien du groupe ou « GSR » (Group support regime). Sous certaines conditions, le GSR autorisait la maison mère à recourir à des déclarations de soutien du groupe pour couvrir tout ou partie des fonds propres nécessaires à la couverture partielle des exigences de capital locales des différentes entités. Ce système, qui permettait de réallouer aux filiales les bénéfices de diversification à travers la garantie du groupe et de transférer les fonds propres nécessaires aux filiales en cas de difficultés, n'a finalement pas été retenu.

Seules concessions : l'introduction d'une « clause de révision » (art. 242) et d'un considérant, où il est explicitement prévu que deux ans après l'entrée en vigueur de Solvabilité II, la Commission fera un bilan sur l'application du titre III relatif au traitement des groupes. Trois ans après son entrée en vigueur, la Commission devra évaluer l'opportunité d'introduire le régime de soutien de groupe. Il conviendra alors de prendre en compte des éléments comme la résolution des désaccords entre superviseurs, la transférabilité des actifs, les fonds de garantie ou le partage des rôles, des responsabilités et des charges budgétaires en cas de crise.

DES EXIGENCES QUALITATIVES (PILERS II ET III)

Les dispositions relatives à la gouvernance au niveau solo s'appliquent *mutatis mutandis* au niveau groupe. Toutefois, des dispositions spécifiques permettent de rationaliser le dispositif, en déléguant au niveau du groupe certaines tâches incombant aux entités individuelles, sans pour autant dégager celles-ci de leurs responsabilités. Ainsi, l'ORSA groupe peut être réalisé concomitamment aux ORSA solo, et le groupe a la possibilité de produire un unique document de synthèse couvrant l'ensemble de ses entités (art. 246).

Comme au niveau solo, les groupes devront présenter un rapport public sur la solvabilité et la situation financière au niveau du groupe (Solvency and Financial Conditions Report – SFCR). Celui-ci portera sur différents thèmes (activité du groupe, système de gouvernance, caractéristiques et gestion des risques, bilan, gestion des fonds propres...), avec des

spécifications supplémentaires en cas d'utilisation d'un modèle interne. Les groupes ont la possibilité de présenter un rapport unique couvrant à la fois le groupe et ses filiales, chaque filiale faisant alors l'objet d'une annexe spécifique.

Parallèlement à ce rapport public, aux fins du contrôle prudentiel, les groupes devront transmettre au contrôleur du groupe un rapport confidentiel (Report to supervisors – RTS). Celui-ci couvrira les mêmes thématiques que le SFCR, mais avec davantage de détails et orienté vers les besoins du contrôle. Il s'agira également d'un rapport spécifique pour le groupe, donc distinct des RTS transmis par chacune des filiales, et sans possibilité de présentation au sein d'un RTS unique pour le groupe (contrairement au SFCR). En outre, des états prudentiels spécifiques à l'activité des groupes seront inclus soit dans le SFCR, soit dans le RTS. Une attention particulière sera portée aux transactions intra-groupe, permettant notamment une analyse de la répartition des fonds propres prudentiels au sein du groupe. Une vigilance sera par ailleurs accordée aux risques de concentration, pour lesquels la directive pose une appréciation élargie comparativement aux directives actuelles.

La possibilité de créer son propre modèle interne

a) Exigences relatives aux modèles

La directive Solvabilité II introduit la possibilité pour un organisme d'assurance d'évaluer son SCR (Capital de Solvabilité Requis) à l'aide d'un modèle interne, outil qui a l'avantage de pouvoir être développé d'une manière cohérente avec les caractéristiques propres à son activité et son organisation, alors que la formule standard ne donne toujours, par essence, qu'une vision imparfaite du profil de risque de l'organisme.

L'utilisation d'un modèle interne par un organisme d'assurance est cependant soumise à l'approbation des autorités de supervision, dans des conditions précisées dans la directive.

L'organisme concerné devra ainsi démontrer que le modèle qu'il soumet à approbation n'est pas seulement un simple outil mathématique destiné au seul calcul du SCR, mais qu'il est par ailleurs largement utilisé au niveau stratégique et au niveau des services, et qu'il s'intègre dans la gestion des risques spécifique à cet organisme. Il convient également de rappeler à ce sujet que le modèle doit servir d'aide à la décision aux dirigeants, mais

ne doit en aucun cas être un pilote automatique de l'organisme.

Un modèle interne ne pourra en outre être utilisé à des fins réglementaires que si l'organisme démontre sa conformité à différentes normes de qualité. Dans ce cadre, l'évaluation du modèle s'effectuera selon de nombreux critères, dont :

- précision des outils mathématiques ;
- qualité des données ;
- documentation ;
- gouvernance.

Une des difficultés de la modélisation pourrait être de réussir à quantifier, et à justifier, le calcul des pertes supposées se réaliser dans des situations extrêmement défavorables. La difficulté dans ce domaine tient notamment au fait que les historiques relatifs à de tels événements sont limités. Cependant le développement et la prise en compte correcte de tests de sensibilité et de contrôles des hypothèses, destinés à comprendre les limites du modèle et à mesurer l'impact possible des erreurs qu'il peut contenir, peut apporter une réponse à ces incertitudes. Enfin, les organismes devront s'approprier la modélisation d'une manière suffisante puisqu'ils devront valider leur modèle en interne avant de le soumettre à l'approbation de l'Autorité de contrôle.

En outre, la directive introduit le concept de modèle interne partiel, ce qui permet notamment à un organisme spécialisé de prendre en compte son dispositif de gestion des risques sur ses domaines de compétence. Cette disposition pourrait également viser des organismes souhaitant faire approuver la modélisation de certains risques tout en continuant le développement du modèle en vue de demander l'approbation d'un modèle intégral.

b) Préparation du processus d'approbation

Le développement d'un modèle interne qui aurait vocation à être approuvé par l'Autorité de contrôle est un processus important et potentiellement coûteux. Le processus d'approbation doit donc être le plus efficace possible, ce qui implique que les organismes aient les moyens de démontrer au superviseur que leurs investissements ont conduit à des modèles conformes aux standards exigés.

La future réglementation étant basée avant tout sur des principes, il peut être intéressant pour un organisme de savoir, avant de déposer sa demande d'approbation, s'il l'interprète correctement, augmentant ainsi ses chances de voir le modèle approuvé au plus tôt.

CEIOPS propose ainsi aux organismes d'assurance de s'engager avec leur superviseur dans une phase de pré-candidature le plus tôt possible afin que l'organisme lui présente les différentes étapes du développement du modèle interne : ceci permettra en effet au superviseur de se familiariser avec le modèle interne, mais aussi de prévenir l'organisme le plus en amont possible lorsque des éléments du modèle ne semblent pas en ligne avec les normes de qualité définies par la future réglementation.

L'ACAM s'inscrit pleinement dans cette démarche et considère effectivement qu'engager dès à présent un dialogue continu, sans attendre l'entrée en vigueur de Solvabilité II, assurera sans doute une plus grande efficacité du processus d'approbation. **L'ACAM renouvelle ainsi son invitation à tous les organismes qui envisagent la mise en place d'un modèle interne à se rapprocher de leur contrôleur habituel afin d'entamer la phase de pré-candidature.** De plus en plus d'organismes français ont déjà effectué cette démarche, ce qui a permis à l'Autorité de contrôle de procéder au premier examen de leurs situations. Le niveau de détail de ces examens dépend fortement du niveau d'avancement de l'organisme dans le développement de son modèle.

Il est extrêmement difficile d'analyser des éléments d'un modèle interne de façon isolée sans avoir une idée précise de la façon dont ils seront agrégés par la suite. C'est pourquoi, dans un premier temps, le superviseur effectuera une revue de certaines hypothèses structurantes et du périmètre du modèle. Les analyses plus détaillées ne pourront porter que sur des éléments suffisamment documentés et pour lesquels l'organisme a déjà entrepris des étapes de validation interne.

Pour ce qui est des groupes internationaux, le processus d'approbation impliquera, à des degrés divers, plusieurs superviseurs. L'ACAM, en tant que chef de file des comités de coordination des groupes à tête française, met à profit les réunions qu'elle organise pour mettre en place des cadres de coopération en vue de l'approbation du modèle interne du groupe concerné. Inversement, l'ACAM participe aux démarches de pré-candidature menées par les autres autorités européennes.

Afin d'assurer l'équité de traitement des organismes lors de ces missions, l'ACAM s'est dotée d'une cellule spécialisée sur les modèles internes. Les brigades de contrôle restent toutefois responsables du suivi des modèles internes des organismes qui leur sont

rattachés. En effet, du fait du contrôle permanent qu'elles exercent, les brigades restent les mieux placées pour comprendre les risques d'un organisme et donc, *in fine*, leur gestion à travers le modèle interne. La cellule spécialisée interviendra ainsi en appui des brigades, cet appui pouvant consister par exemple à fournir une expertise sur les aspects de modélisation les plus pointus. En outre, la cellule aura une vision transversale des différents processus d'approbation, ce qui permettra *a priori* de repérer les bonnes et moins bonnes pratiques observées sur le marché français, mais aussi, dans la mesure du possible, sur le marché européen.

/// **Solvabilité II met l'accent sur la connaissance par l'entreprise de son profil de risque, et sur l'adaptation des exigences de capital à ce dernier. La formule standard ne pouvant offrir qu'une vision imparfaite du profil de risque de l'organisme, un modèle interne peut être développé d'une manière cohérente avec les caractéristiques propres à l'activité exercée et avec l'organisation mise en place.** ///

/// **La proposition de directive introduit également le concept de modèle interne partiel, qui permet à un organisme spécialisé de prendre en compte son dispositif de gestion des risques sur son domaine de compétence. Cette disposition pourrait aussi viser des organismes souhaitant évoluer par étapes vers un modèle interne intégral.** ///

LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES COLLÈGES

En 2000, le Protocole d'Helsinki, accord multilatéral de coopération entre les autorités de contrôle des assurances de l'Espace économique européen, a créé des Comités de coordination (CoCos) regroupant les contrôleurs européens en charge de la supervision des entités appartenant à un même groupe d'assurance.

La directive Solvabilité II institutionnalise et renforce ce mode de fonctionnement en établissant des « collèges des contrôleurs » placés sous la présidence d'un « contrôleur du groupe ». Pour chaque groupe, une autorité unique sera désignée et dotée de pouvoirs concrets de décision et de coordination. Les critères retenus s'inspirent de la directive sur les conglomerats financiers. La directive introduit également une gamme de dispositions obligeant toutes les autorités de contrôle concernées à échanger des informations et à se consulter avant toute décision importante.

Le contrôleur du groupe est le point de contact du groupe pour tout ce qui relève du contrôle prudentiel au niveau groupe. Il coordonne la collecte et la diffusion des informations et assume la responsabilité de tous les aspects essentiels du contrôle du groupe. Cette responsabilité doit être exercée en concertation avec les autres autorités de contrôle au sein du collège.

Les modalités de fonctionnement du collège seront précisées dans des accords de coordination devant inclure un programme de travail et un « plan d'urgence » en cas de situation de crise. Bien que le contrôleur du groupe dispose de la décision finale, un processus de décision interne à chaque collège est mis en place. En cas de désaccord, la médiation non contraignante du CEIOPS peut être sollicitée.

/// **Le CoCo est présidé par un « contrôleur chef de file » (ou Lead Supervisor), qui est en général l'autorité contrôlant la tête du groupe. Ce dernier est chargé de collecter et diffuser les informations auprès des membres, d'examiner les calculs de solvabilité ajustée et d'organiser les échanges d'information entre membres.** ///

c) Préparation de QIS 5

Dans le cadre de la mise en place de Solvabilité II, les entreprises européennes d'assurance et de réassurance seront invitées à participer au 5^e QIS (étude quantitative d'impact) afin de mesurer l'impact du calibrage des mesures de niveau 2. Elle sera réalisée d'août à fin octobre 2010 (jusqu'à la mi-novembre pour les groupes),

Cette nouvelle étude d'impact, qui devrait être la dernière, revêtira une importance particulière pour l'ensemble des acteurs car elle constituera :

- une dernière opportunité d'évaluer l'adaptation de l'ensemble des processus à Solvabilité II ;
- une mesure des impacts quantitatifs de Solvabilité II sur le bilan des assureurs, et plus particulièrement de l'introduction des futures mesures techniques de niveau 2 ;
- une source d'information pour déterminer les derniers ajustements en termes de calibrage (notamment du MCR, de la formule standard du SCR et des simplifications proposées).

4.3 Au niveau international

4.3.1 Le rôle des institutions (IAIS, IOPS, OCDE)

/// **La Direction internationale de l'ACAM suit et organise la coopération et l'échange d'informations relatives au contrôle prudentiel des entités d'assurance au niveau international.** ///

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

L'ACAM participe aux réunions plénières et aux groupes de travail organisés par ces différents organismes. Selon les cas, elle est représentée par le Secrétaire général, des membres de la direction internationale, des commissaires contrôleurs ou des personnels issus d'autres services de l'ACAM.

a) L'IAIS (International Association of Insurance Supervisors – AICA, Association internationale des contrôleurs d'assurance)

/// **Le sous-comité « Conglomerats Financiers » de l'IAIS, présidé par l'ACAM, élabore des « Principes pour la Supervision des Groupes ».** ///

L'IAIS est une association dont le but principal est de promouvoir la coopération entre ses membres, principalement des autorités de contrôle et de régulation de l'assurance, mais aussi de développer la collaboration avec les autorités de contrôle des autres secteurs financiers (banques, bourses etc.). Cette coopération est rendue de plus en plus nécessaire compte tenu de l'internationalisation des groupes d'assurances et de leur diversification dans les métiers de la banque ou la gestion d'actifs.

Créée en 1994, l'IAIS représente près de 190 organismes issus de 140 pays sur les cinq continents. Ceux-ci contrôlent et supervisent les 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.

L'IAIS est organisée en différents sous-comités et groupes de travail, chacun spécialisé dans un domaine. Parmi les principaux sujets abordés : la comptabilité des contrats d'assurance, la réassurance et le transfert de risques, les conglomérats financiers, la solvabilité ou encore la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces sous-comités s'efforcent de définir des standards et de dégager des principes applicables par toutes les autorités de contrôle.

Les recommandations de l'IAIS 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 entre les travaux de l'IAIS et le projet « Solvabilité II ».

b) L'IOPS (International Organisation of Pension Supervisors)

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'IOPS est une organisation indépendante rassemblant des représentants et observateurs d'une cinquantaine de pays de tous niveaux de développement économique.

Elle poursuit quatre objectifs :

- établir des standards internationaux ;
- promouvoir les bonnes pratiques en matière de contrôle des régimes de retraite privée, régimes qui ne relèvent pas de la Sécurité Sociale ;
- favoriser la coopération internationale ;
- 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'IAIS et l'IOPS rassemblent respectivement les contrôleurs d'assurance et les contrôleurs de pensions professionnelles au niveau mondial, en vue d'effectuer des travaux d'études, d'élaborer des standards internationaux et de promouvoir la coopération dans leurs domaines respectifs.

c) 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, un comité des assurances (ainsi qu'un groupe de travail des pensions privées) se réunit deux fois par an. L'ACAM participe à leurs travaux aux côtés du ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.

4.3.2 Les accords internationaux

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

Il en est ainsi avec la Conférence interafricaine des marchés d'assurance (CIMA), qui a institué un contrôle unifié pour ses 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'experts.

Coopération mondiale renforcée entre les autorités de contrôle

En 2009, l'ACAM a signé l'accord multilatéral visant à renforcer la coopération entre les différentes autorités de contrôle des assurances au niveau mondial. Lors de la conférence annuelle des contrôleurs d'assurance, qui s'est achevée le 23 octobre 2009, elle a adhéré à l'accord multilatéral « Multilateral Memorandum of Understanding » (MMoU).

L'Autorité entend ainsi manifester clairement son souhait de renforcer les échanges, la coordination et la coopération entre les différentes autorités de supervision. Conformément aux récentes décisions du G20, et eu égard à l'internationalisation de l'activité d'assurance, il est en effet indispensable de mettre en place, pour chaque grand groupe financier, un collège de contrôleurs chargé de développer la coordination des contrôleurs du monde entier.

Cet accord organise la coopération et l'échange d'informations au sein de l'IAIS sur les organismes contrôlés dès lors que des aspects transfrontaliers sont en jeu. Il garantit aux parties signataires un environnement de confiance et une procédure harmonisée. Il a vocation à être signé par les membres de l'IAIS. Plusieurs États, à travers leur autorité de contrôle nationale, y ont déjà adhéré, notamment l'Allemagne en juin 2009 et l'Australie aujourd'hui.





5. Communiquer

5.1 Les actions de la communication externe

La direction de la communication met à la disposition de ses différents publics externes des supports diversifiés tels que le site Internet, le rapport d'activité ou des Lettres trimestrielles.

Elle publie également des analyses et des synthèses offrant une vue stratégique sur les problématiques, évolutions, enjeux et perspectives de l'ACAM.

Enfin, elle organise des séminaires de travail en Comités restreints.

5.1.1 Le rapport d'activité

Chaque année, l'ACAM présente un rapport sur le bilan de son activité, largement diffusé.

5.1.2 La Lettre de l'ACAM

Lancée en 2007, elle propose des développements sur des observations issues 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.

Parmi les sujets abordés cette année :

- une interview d'Antoine Mantel, Secrétaire général de l'ACAM, sur la crise financière ;

- un point sur les avis du CEIOPS pour la mise en place des mesures d'application de niveau 2 de Solvabilité II ;
- un focus sur les premiers résultats de l'enquête sur les placements ;
- un zoom sur l'enquête sur les flux hebdomadaires des contrats d'assurance-vie, ainsi que sur l'adoption de la directive Solvabilité II par le Parlement européen ;
- une interview de Carlos Montalvo, Secrétaire Général du CEIOPS, sur la crise financière en Europe et ses répercussions sur le secteur de l'assurance ;
- un bilan de la transposition de la 3ème directive anti-blanchiment.
- etc.

// **L'ACAM intervient régulièrement dans le cadre de séminaires organisés en partenariat avec la presse professionnelle ou divers organismes de formation.** //

5.1.3 Les Conférences du contrôle

Les Conférences de contrôle ont pour vocation de favoriser l'information et les échanges avec les organismes contrôlés par l'ACAM.

Les Conférences du contrôle 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.

Cette année, deux Conférences ont été organisées par l'ACAM :

- la première s'est tenue le 5 octobre, au Palais Brongniart. Elle s'est articulée autour de deux sujets : les effets de la crise financière sur le marché de

l'assurance ; l'actualité du contrôle et l'évolution du secteur des mutuelles ;

- le seconde a eu lieu le 16 novembre et portait sur les mesures de niveau 2 de Solvabilité II, avec pour objectif de sensibiliser et de préparer le marché français de l'assurance à la mise en place de la directive. Elle a également permis de rappeler les obligations des organismes et leur contribution attendue en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À cette occasion, un article a été publié sur la supervision des groupes.

5.1.4 Analyses et synthèses

Cette publication périodique a été créée en 2007 par le département « Études et suivi du marché » de l'ACAM. L'exploitation des données statistiques permet de présenter des études approfondies.

La première édition a notamment été consacrée au marché français de l'assurance et aux principaux enseignements de la troisième étude quantitative d'impact (QIS3) ; la deuxième, aux principaux enseignements de la quatrième étude quantitative d'impact (QIS4) ; la troisième, à la transposition de la directive Réassurance ; la quatrième, enfin, sur l'évolution récente de la structure des placements des assureurs.

5.1.5 Le site Internet

(<http://www.acam-france.fr>)

Depuis 2008, le site Internet a fait peau neuve. Il a été enrichi en permanence afin de mieux faire connaître l'ACAM auprès d'un large public. L'ACAM dispose aujourd'hui d'un support d'information riche, moderne et interactif, proposant aux différents utilisateurs un accès à l'information agréable, pratique et rapide.

Ainsi, grâce aux entrées par espace dédié sur la page d'accueil, le nouveau site permet de répondre, de manière ciblée, aux besoins des grandes catégories d'utilisateurs : les organismes contrôlés, les intermédiaires, les assurés et adhérents, et la presse. Les professionnels de l'assurance peuvent s'informer sur les procédures, les textes législatifs et réglementaires ou encore le contrôle, tandis que

les particuliers ont accès à des renseignements pédagogiques et à des conseils pratiques. Quant à l'espace réservé à la presse, il offre aux journalistes un contact privilégié avec la communication de l'ACAM.

Par ailleurs, dans le cadre de la dématérialisation des échanges de données, les organismes contrôlés ont, avec la plate-forme de télétransmission accessible dès l'entrée du site, la possibilité d'envoyer électroniquement à l'ACAM leurs états trimestriels.

Cette manipulation, très facile d'utilisation, est sécurisée par un mot de passe propre à chaque organisme. Avantages :

- la réduction des envois et du stockage papier ;
- la rapidité de transmission des documents ;
- l'unicité du canal de transmission.



5.2 Les travaux d'actuariat des commissaires-contrôleurs

Divers travaux de recherche actuarielle des commissaires-contrôleurs de l'ACAM ont récemment été mis à l'honneur dans des revues telles que le Bulletin français d'Actuariat. Différents articles ont ainsi été publiés, notamment sur la couverture d'options en présence de sauts ou sur la pertinence d'un investissement en actions sur de longues maturités. Un mémoire a également été réalisé sur la valorisation des dérivés de matières premières.

Ces travaux mettent en évidence la qualité élevée de la formation de nombreux commissaires-contrôleurs, à même de comprendre l'état de l'art en matière de

modélisation financière et de participer aux progrès des techniques actuarielles. Ils mettent également en lumière la capacité de l'ACAM à relever, avec le marché, les défis de Solvabilité II.

Dans le cadre des travaux de recherche actuarielle des commissaires-contrôleurs de l'ACAM pour l'année 2009, Pierre DARBRE et David BONNOIT ont co-produit deux mémoires d'actuariat :

- Pierre DARBRE et Thomas LESCOURGES
Impact des garanties plancher et de la fiscalité

Dans le cadre des contrats d'assurance-vie multi-supports, ce mémoire étudie l'impact des garanties plancher en cas de décès et du barème fiscal sur deux scénarios comportementaux de l'assuré.

Dans le premier cas, il s'agit d'étudier l'allocation de portefeuille dynamique optimale du point de vue de l'assuré entre un fonds euro et une UC représentative. L'étude arrive aux conclusions suivantes :

- la part d'UC optimale décroît au fur et à mesure que l'assuré vieillit, mais reste toujours supérieure à la part risquée constante mise en évidence par Merton (1969) dans son modèle classique. Les garanties plancher en cas de décès incitent donc à la prise de risque.
- la taxe sur les plus-values a un effet plus ambigu, mais est aussi susceptible d'inciter à la prise de risque.

Dans le second cas, l'assuré fait face à un besoin de liquidité exogène, il s'agit alors d'évaluer sa préférence entre avance et rachat (total ou partiel) :

- pour l'assuré en moins-value latente, il existe un effet faiblement incitatif de la garantie plancher à préférer l'avance, pour préserver la valeur d'option de la garantie ;
- pour l'assuré en plus-value latente, la fiscalité incite fortement l'assuré à préférer l'avance, même lorsque celle-ci est assortie d'un taux d'intérêt élevé.

Enfin, ces résultats ont été testés et confirmés sur une base détaillée de 700 000 contrats épargne commercialisés en France par un grand assureur-vie.

- David BONNOIT et Sami NAKOURIR
Risque de placement et volatilité en assurance

Ce mémoire s'attache à étudier la volatilité des prix de marché qui intervient à différents niveaux dans une compagnie d'assurance et qui est donc une donnée importante pour comprendre l'évolution du capital économique d'une compagnie d'assurance. Il s'agit donc de modéliser le risque d'une compagnie d'assurance permettant de faire des prévisions sur le niveau de volatilité qui peuvent être utilisées pour simuler l'évolution de la valeur de ses placements financiers.

Ces modèles ont enfin été utilisés sur des données de marché réelles. Pour cela, les données d'indices globaux sur une place ont été considérées comme de bonnes approximations du portefeuille action global d'une compagnie d'assurance. À l'aide de la volatilité obtenue, il a pu être établi des scénarios d'évolution du cours des actifs et une simulation de Monte-Carlo permettant de déterminer le risque encouru par la compagnie.

Enfin, dans le cadre de Solvabilité II où des scénarios stochastiques peuvent permettre de modéliser les pertes maximales réalisables du portefeuille, les modèles construits en première partie sont alors utilisés pour calculer les quantiles extrêmes de la VAR dans le cadre d'une simulation de Monte-Carlo.

5.3 Les interventions extérieures

L'ACAM intervient également régulièrement dans le cadre de séminaires organisés en partenariat avec la presse professionnelle ou divers organismes de formation.

Les sujets traités lors de ces interventions sont divers et variés : Solvabilité II et la préparation du marché français à son entrée en vigueur, la lutte anti-blanchiment (transposition de la 3^{ème} directive), la réassurance, la gouvernance, la protection du consommateur, le contrôle des intermédiaires.

À titre d'exemple, le 9 juillet 2009, Anne-Sophie MAURILIERAS, Pierre-Xavier SOULÉ-SUSBIELLES et Marie-Thérèse VUONG-NGUYEN ont été conviés à répondre à des questions de courtiers grossistes en marge de l'assemblée générale de leur syndicat professionnel, le Syndicat 10 (<http://www.syndicat10.com>). Cet événement a été l'occasion de faire un point sur la spécificité des courtiers grossistes et de réaffirmer leur vocation : être des acteurs à part entière de la lutte anti-blanchiment.

Il a également été rappelé le rôle majeur qu'ils doivent jouer au niveau du marché de l'intermédiation en assurance, en ne versant des commissions qu'à des personnes dûment habilitées à les percevoir.

3L3

3L3 (3 Level 3, c'est-à-dire trois comités de niveau 3), rassemble le CEIOPS et les deux autres comités de superviseurs, 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). Trois Agences européennes sectorielles leur précéderont en 2010.

ABE

Autorité bancaire européenne.

ACTUAIRE

Spécialiste de l'analyse et du traitement des impacts financiers du risque. En assurance, il utilise les statistiques pour fixer un tarif en assurance automobile par exemple (à partir des statistiques du coût des accidents et de leur fréquence, du lieu où vit l'assuré, de son sexe et de son âge) ou pour construire une table de mortalité (actuellement l'âge maximum dans la table de mortalité est de 120 ans).

ADMINISTRATION PROVISoire

L'administration provisoire d'un organisme constitue une procédure qui déroge au droit commun. Toutefois, bien que nommé par une autorité publique, l'administrateur provisoire agit sous sa propre responsabilité, à l'instar de tout dirigeant. À ce titre, celui-ci remplace le conseil d'administration et dirige l'organisme à la tête duquel il se trouve.

AEAPP

Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles.

AEMF

Autorité européenne des marchés financiers.

ANC

Autorité des Normes Comptables (Cf. CNC).

APPROCHE DAMPENER

Approche alternative (dite « dampener ») proposée dans le cadre des normes « Solvabilité II » et permettant de moduler le chargement en capital relatif aux actions en fonction de la position dans le cycle boursier et de l'horizon de détention des actifs.

CAPTIVE DE RÉASSURANCE

Une entreprise dite « captive de réassurance » est une entreprise de réassurance détenue par une entreprise qui a pour objet la fourniture de produits de réassurance couvrant exclusivement les risques de l'entreprise ou du groupe d'entreprises auquel

elle appartient. Les captives de réassurance servent usuellement à mutualiser les programmes d'assurance du groupe industriel ou commercial en vue d'obtenir de meilleures garanties à de meilleurs prix auprès du marché international de l'assurance.

CEBS

Committee of european banking supervisors, Comité européen des superviseurs bancaires.

CEIOPS

(Committee of european insurance and occupational pension supervisors en Français, Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles, CECAPP). L'ancienne Conférence des services de contrôle des assurances des États membres de l'Union européenne a été transformée le 5 novembre 2003 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. La Commission européenne y participe comme observateur. Très sollicité dans le cadre de la directive Solvabilité II, ce comité des superviseurs européens est notamment chargé de répondre aux demandes d'avis de la Commission européenne. Le secrétariat du CEIOPS est situé à Francfort, en Allemagne.

CESR

Committee of european securities regulators, Comité européen des Autorités des marchés financiers.

CFA

Call for advice (CfA) : demande d'avis. Procédure par laquelle la Commission européenne sollicite un avis technique du CEIOPS.

CIMA

La Conférence interafricaine des marchés d'assurance (CIMA), qui a institué un contrôle unifié pour ses pays membres, soit 14 États d'Afrique sub-saharienne membres de la zone « franc ».

CNC

Conseil national de la comptabilité, organe chargé d'édicter les règles comptables applicables en France. Transformé en ANC par l'ordonnance du 22.01.09.

COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE

La Communauté économique européenne (CEE) a été instaurée par le traité de Rome en 1957 avec pour principal objectif la réalisation d'un grand marché

commun sans frontières intérieures. L'avènement de l'Union européenne (UE) en 1992 n'a pas fait disparaître la Communauté économique européenne. Celle-ci demeure en tant que composante de l'UE mais sous l'appellation de « Communauté européenne ». La CE a pour mission de promouvoir dans l'ensemble de la Communauté le développement, la croissance, l'emploi, la compétitivité et un niveau élevé de protection sociale et environnementale, dans la solidarité entre les États membres. Pour y parvenir, la CE élabore un ensemble de politiques sectorielles, notamment dans le domaine des transports, de la concurrence, de la pêche et de l'agriculture, de l'asile et de l'immigration, de l'énergie et de l'environnement. Ces politiques sont mises en place selon le processus décisionnel prévu par le traité instituant la CE, en particulier la procédure de codécision.

CONVENTION AERAS

La convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) a pour objet de proposer des solutions pour élargir l'accès à l'assurance et à l'emprunt à des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé.

DGTPE

Direction générale du Trésor et de la politique économique.

DIRECTIVE

Acte législatif des institutions européennes fixant les règles que les États membres doivent transposer dans leur législation nationale. C'est un peu l'équivalent d'une loi-cadre.

DRASS

Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

DROC

Date réglementaire d'ouverture du chantier.

DURATION

La durée peut être comprise comme étant la durée de vie moyenne des flux financiers d'un produit, pondérés par leur valeur actualisée.

EFRAG

European financial reporting advisory group, organe consultatif classé auprès du Conseil européen pour faire des recommandations sur les normes comptables (IFRS) à appliquer en Europe.

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. 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.

ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN

Accord d'association signé en 1992 entre les États membres des Communautés européennes et l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein. Il étend à ces 3 États les quatre libertés qui fondent le marché unique (liberté de circulation des marchandises, des capitaux, des services et des personnes). En contrepartie, ils adoptent l'acquis communautaire.

ESRC

European systemic risk council, conseil chargé à la suite de la crise économique de 2009 de mettre en œuvre une surveillance macroprudentielle et une évaluation en amont des risques systémiques.

EXIGENCE DE MARGE DE SOLVABILITÉ

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 ».

FASB

Financial accounting standards board, organe chargé d'édicter les règles comptables applicables aux États-Unis.

FONDS PROPRES

Les fonds propres d'une société d'assurance sont la différence entre l'expression comptable du total de ses actifs et l'expression comptable du total de son passif.

FONDS CMU

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

FREG

Financial requirements expert group, groupe de travail du CEIOPS pour la préparation de Solvabilité II.

GAAP

General accepted accounting principles, normes comptables nationales (French GAP, US GAP) par opposition aux normes internationales (IAS puis IFRS).

GAFI

(Groupe d'action financière internationale sur le blanchiment des capitaux). Le GAFI est une organisation intergouvernementale qui a été créée lors du Sommet du G-7 à Paris en 1989 afin de mettre au point une action coordonnée à l'échelle internationale dans ce domaine.

IAIS

(International association of insurance supervisors, AICA – Association internationale des contrôleurs d'assurance, en Français). L'IAIS est une association dont le but principal est de promouvoir la coopération entre ses membres, principalement des autorités de contrôle et de régulation de l'assurance, mais aussi de développer la collaboration avec les autorités de contrôle des autres secteurs financiers (banques, bourses, etc.). Cette coopération est rendue de plus en plus nécessaire compte tenu de l'internationalisation des groupes d'assurance et de leur diversification dans les métiers de la banque ou la gestion d'actifs.

IASB

International accounting standards board, conseil qui propose les normes comptables internationales (entérinées par l'Union européenne) applicables aux comptes consolidés.

IASCF

International accounting standards committee foundation.

IFRS

International financial reporting standards, normes comptables internationales proposées par l'IASB, qui succèdent peu à peu aux normes IAS (International accounting standards).

IGRS

Institutions de gestion de retraite supplémentaire.

IGSC

Insurance groups supervision committee.

IGSRR

Internal governance, supervisory review and reporting expert group.

IMEG

Internal model expert group.

INTERMÉDIAIRE

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.

IOPS

(International organisation of pension supervisors). L'IOPS est une organisation indépendante rassemblant les représentants et observateurs d'une cinquantaine de pays de tous niveaux de développement économique. Elle a pour objectif d'établir des standards internationaux, promouvoir les bonnes pratiques en matière de contrôle des retraites privées (régimes qui ne relèvent pas de la Sécurité sociale), 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.

IRP

Institutions de retraite professionnelle.

JOINT FORUM

Le Joint forum a été créé en 1996 sous l'égide de l'IAIS et ses équivalents en matière de contrôle bancaire (Comité de Bâle) et boursier (Organisation internationale des commissions de valeurs OICV ou IOSCO en Anglais) pour traiter des sujets communs aux secteurs assurance, bancaire et boursier, y compris la réglementation des conglomérats financiers.

LOI DDAC

Loi portant diverses dispositions d'adoption au droit communautaire, notamment dans le secteur de l'assurance.

LPS ET SUCCURSALES

La liberté d'établissement est la faculté pour un opérateur d'un État membre de l'Espace économique européen d'offrir ses services sur le territoire d'un autre État membre à partir d'un établissement permanent (par exemple, une succursale ou une agence). La liberté de prestation de services est la faculté pour un opérateur d'un État membre d'offrir ses services sur le territoire d'un autre État membre sans y être établi.

MARGE DE SOLVABILITÉ

Les actifs doivent être supérieurs aux engagements des assureurs ; l'écart constitue un matelas de sécurité qui doit être suffisamment épais et doit être supérieur à une exigence minimale.

MMOU, ou MOU

Multilateral memorandum of understanding (Protocole multilatéral de coopération et d'échange d'informations).

MCR

Minimum capital requirement : Minimum de capital requis dans le projet Solvabilité II de réglementation européenne. Le MCR correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire, dont le non-respect constitue 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.

OCDE

Organisation de coopération et de développement économique, rassemblant les 31 pays les plus avancés.

ORIAS

Organisme pour le registre des intermédiaires d'assurance, outil de base du contrôle du secteur de l'intermédiation en assurance.

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.

PASF

Plan d'action pour les services financiers : programme pluriannuel de la Commission européenne pour moderniser et ouvrir les services financiers. Adopté en 1999, il comprend 42 mesures destinées à harmoniser la réglementation en vigueur dans les différents États membres en matière de valeurs mobilières, de services bancaires, d'assurance, de crédit hypothécaire et de toute autre forme de transaction financière. Établi pour la période 1999-2005, ce plan a fait l'objet d'évaluations par la Commission européenne. À la suite des actions entreprises dans le cadre du PASF, la Commission européenne a établi dans un livre blanc les orientations de la politique de l'Union européenne en matière de services financiers pour la période 2005-2010.

PBA

Principes de base d'assurance.

PCG

Plan comptable général.

PILIERS DE SOLVABILITÉ II

Les trois piliers de Solvabilité II sont :

- pilier 1 : les exigences quantitatives, portant notamment sur le capital et les provisions techniques
- pilier 2 : les activités de contrôle et les exigences qualitatives
- pilier 3 : les exigences d'information du contrôle et de publication.

PIOB

Public interest oversight body.

PROCESSUS LAMFALUSSY

Le processus Lamfalussy s'applique à la législation européenne du secteur financier. Il distingue les textes de niveaux 1, 2 et 3. Les textes de niveau 1 sont des directives adoptées par le Conseil et le Parlement fixant des principes que viendront détailler des mesures de niveau 2 (règlements) adoptées par la Commission européenne, sous le contrôle du Conseil et du Parlement. Les textes de niveau 3 sont des recommandations non contraignantes. Le niveau 4 porte sur le contrôle renforcé, par la Commission européenne, des infractions potentielles.

PROVISION DE DIVERSIFICATION (ASSURANCE-VIE)

Il s'agit d'une provision technique destinée à absorber les fluctuations des actifs des contrats dits « diversifiés ».

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 détaillées à l'article A.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 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'assurance 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 pas, par exemple, 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 d'intérêt prudent par rapport aux revenus de leurs actifs et les engagements précédemment calculés.

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 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 PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES (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 bénéfices ».

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 (de 3 à 8 ans, selon la durée du passif). 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.

PSNEM

Provision pour sinistres non encore manifestés.

PROVISIONS MATHÉMATIQUES (ASSURANCE-VIE)

Les sociétés d'assurance 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.

QIS (QUANTITATIVE IMPACT STUDIES)

Études quantitatives d'impact. La Commission européenne a demandé au CEIOPS d'organiser des études quantitatives d'impact dans le cadre du projet Solvabilité II. Ces études doivent permettre de tester la validité et la sensibilité des hypothèses examinées pour bâtir le nouveau cadre prudentiel.

RÉASSURANCE

La réassurance peut se définir comme la technique par laquelle un assureur transfère sur une autre entreprise tout ou partie des risques qu'il a souscrits. La directive européenne (Art. 2 §1 de la directive 2005/68/CE) donne une définition précise de la réassurance : « activité qui consiste à accepter des risques cédés par

une entreprise d'assurance ou une autre entreprise de réassurance ». D'un point de vue économique, grâce à la réassurance, les entreprises d'assurance peuvent assurer des risques supérieurs au niveau que leurs seuls fonds propres autoriseraient. Cette couverture se concrétise juridiquement par un contrat, traditionnellement appelé traité de réassurance. Un réassureur dit cessionnaire s'engage, moyennant rémunération, à rembourser à un assureur dit cédant, dans des conditions déterminées, tout ou partie des sommes dues ou versées par l'assureur à ses assurés à titre de sinistre. Mais, dans tous les cas où l'assureur se réassure contre les risques qu'il a assurés, il reste seul responsable vis-à-vis de l'assuré (Art. L.111-3 du Code des assurances).

RÈGLEMENT

Acte législatif des institutions européennes directement applicable dans tout État membre.

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.

SEC

Securities and exchange commission, régulateur des marchés financiers américains.

SGAM

Société de groupe d'assurance mutuelle, regroupement de mutuelles proposant une synergie et une solidarité financière entre ses membres.

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 1), les activités de contrôle (Pilier 2) et les exigences d'information et de publicité (Pilier 3). La Commission européenne a

présenté au Conseil et au Parlement une proposition de directive en juillet 2007. Il est prévu qu'elle sera applicable à partir de 2012. La directive Solvabilité II a été adoptée par co-décision du Parlement (vote du 22 avril 2009) et du Conseil, dans le cadre de la procédure Lamfalussy.

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.

TAUX MINIMUM GARANTI

Taux minimal de la revalorisation annuelle des provisions mathématiques accordé par un assureur.

TME

TME est le taux moyen des emprunts d'État.

TRACFIN

Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers clandestins. Organisme du ministère de l'Économie chargé de la lutte contre le blanchiment d'argent.

UNION EUROPÉENNE (UE)

Organisation regroupant 27 États européens, créée par le traité de Maastricht de 1992. L'UE agit sur la base des compétences d'attribution que les États membres lui ont transférée en vue de sauvegarder la paix et rechercher l'unité politique et de promouvoir, par une action commune, le progrès économique et social. L'Union européenne a des symboles : un drapeau (douze étoiles sur un fond bleu), un hymne (« l'Ode à la joie » de Ludwig van Beethoven), une devise (« Unie dans la diversité »), une monnaie (l'euro, dans 13 pays).



Un chaleureux merci aux équipes qui, depuis presque six ans, ont fait vivre et réussir l'ACAM, et se lancent maintenant dans la nouvelle et grande aventure de l'ACP.

Philippe Jurgensen, Président de l'ACAM

ABECERA Nathanaël • ALABERGERE Guillaume • ANDRIEUX Céline • ARVEILLER Hélène • AUGUSTE Laury-Ann • AURAN Thierry • AVENEL Christophe • AYITE Angélique • BAHUAUD Blanche • BARAS Marie-Françoise • BARDON Christine • BARJON Jean-Philippe • BEDOS Jacqueline • BENDJEDDOU Amelle • BENNANI Sophia • BERNAY André • BERROYEZ Christel • BESNARD Thomas • BICHARA Steeve • BLAIRON Philippe • BOITEL Pauline • BONNOIT David • BORD Michel • BOURDON Claire • BOURGEOIS Muriel • BOURIEL Romain • BRICAUD Simon • CARAMBIA Laetitia • CATALA Anaïs • CAZANAVE Véronique • CHANTEMARGUE Frédérique • CHARDONNET Florence • CHAUMEL Delphine • CLAUDEL Christiane • CLERC Laurent • CORNET Valérie • COULOMB Paul • COURAILLON Michaël • COUREUX Élodie • CRINETZ Michel • DARBRE Pierre • DASTARAC Hugues • de CHATILLON Pauline • de SAINT PRIEST Emilie • de VAUCELLES Geoffroy • DEGORGÉ Ligia • DELAGE Luc • DELBOS Claire • DELEAUNE Chrystèle • DELORD François • DENDAUW Liliane • DENIS Hélène • DIACO Houleye • DOUCET Christophe • DREYFUSS Marie-Laure • DUPIN Jacqueline • DUPIN Jacques • DUPUY Emmanuel • DUSSUTOUR Jean-Jacques • EL OUADILI Sarah • ELAERTS Annie • ESCHER Anne • ESSAHRAOUI Soraya • FAUQUEUX Renaud • FAVRESSE Laure • FLEURY Sylvie • FLICHE Henri-Olivier • FOURMOND Gaëlle • GABRIEL Flor • GANDOLPHE Sarah • GARAUD Vanessa • GARCIA Julien • GARRIGOUX Amélie • GARWACKI Marek • GAULTIER Monique • GAUTIER David • GAY-CROSIER Christine • GEMELGO Paulo • GEORGES Guillaume • GERMAIN Michel • GLENISSON Paulette • GOUGEON Janine • GOUMY Agnès • GOURDAIN Cathy • GOYHENECHÉ Philippe • GUILLERME Jean-Marc • GUINIER Laurent • HABSIEGER Audrey • HANNE-PINTURIER Catherine • HANNON Séverine • HEINRICH Frédéric • HENEIN Sarah • HERVINS Lorène • HERY Donzilia • HOTIN Quetty • HOUSSEAU Sébastien • HUDELOT Annick • HUET Sylvie • ISRAEL Didier • JAVERLHAC Isabelle • JAZDZEWSKI Marie-Louise • JORDA Ludovic • JOURNO Thierry • KHANDRICHE Malik • KHAYAT Frédérique • KIPRÉ Rachel • KURTEK Olivier • LA MOTTE Laure • LACASCADE Irène • LAGANT Bernard • LAINE Elodie • LAMERAND Sylvie • LANG Céline • LANGLOIS Valerie • LAPLAINE Sandrine • LARDET Florence • LATCHIMY Freddy • LEKEHAL Safia • LEROY Agnès • LEVAVASSEUR Katia • LEVY Deborah • LHOMME Denis • LORENZ Johanna • LOURY Sylvie • Maignan Hugues • MAILLAUT Stéphanie • MAININI Eve • MANTEL Antoine • MARC Geneviève • MARCHAND Patrice • MARCHESE Fabien • MARIADASSOU Robert • MARISCAL Marie-Thérèse • MASSE Evelyne • MAURILIERAS Anne-Sophie • MAZOYER Imane • MEYER Michel • MIFSUD Emmanuelle • MILKEVITCH Murielle • MISSIKA Frédéric • MOLINA Eric • MONIER David • MONTEIL Jean-Claude • MORELL Sylvie • MORIN Bruno • NEITER Denis • NISSAN Esthel • ODRY-DURAND Valérie • OTZ Laura • PASEROT Romain • PATRIS Fabien • PAUL Eric • PAYRARD Sébastien • PECOUT Sandrine • PERUS Fabien • PETIT Christophe • PHILLIPS Jacky • PLOUHINEC Corentin • POCHET Nathalie • POPPER Marcel • PORIN Marc • POUILLOUX Didier • PREVOST Christophe • PROCUREUR Martine • PUYRAVEAU Cédric • PYTAVIE Didier • QUEMA Emilie • RAMBAUD Matthieu • RAVAUX Sylvaine • REIS Sandra • RENARD Maud • REVELIN David • RICHAUVET Louis • ROCHETTE Didier • ROUGIER Michelle • ROUSSENNAC Isabelle • ROUX Cyril • ROYER Camille • ROYO Clément • SAURIGNY Daphné • SAUVEPLANE Paul • SCHWEBEL Laurent • SEMENZATO Evelyne • SERRA Anne • SERVANT Alix • SIBONY Elie • SOUBIRAN Christiane • SOULE-SUSBIELLES Pierre-Xavier • SOURLAS Philippe • SOUVERAIN-DEZ Barbara • STAAD Fabrice • STREMSDOERFER Raphaëlle • TEMPE François • TEXIER Claudine • TILLY Jean-Christophe • TIXIER Béatrice • TOURNIER Julien • VALLEE Laurence • VAUCHER Marc • VECCHIERINI Philippe • VIALA Jean-François • VIENGCHAREUN Karine • VOIGNAC Laurent • VOIRON François-Xavier • VOUETTE Pierre-Jean • VUONG-NGUYEN Marie-Thérèse • WARZEE Didier • WEI Aurélie • WEISS François • WEISSLINGER Régis • XUAN Hélène

en 2009

Achévé de rédiger le 10 février 2010

Conception : Kazoar 01 53 06 32 22

Crédits photos : Fotolia, Getty Images

© ACAM 2010



61, rue Taitbout - 75009 Paris
Téléphone : 01 55 50 41 41
Télécopie : 01 55 50 41 50
ISSN 1777-7917
www.acam-france.fr