

N° 397

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1988 - 1989

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 juin 1989

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances.

Par M. Paul LORIDANT,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, président ; Geoffroy de Montalembert, vice-président d'honneur ; Jean Cluzel, Jacques Descours Desacres, Tony Larue, Joseph Raybaud, vice-présidents ; MM. Emmanuel Hamel, Jean-François Pintat, Louis Perrein, Robert Vezet, secrétaires ; M. Maurice Blin, rapporteur général ; MM. René Ballayer, Stéphane Bonduel, Raymond Bourguine, Ernest Cartigny, Roger Chinaud, Jean Clouet, Maurice Couve de Murville, Pierre Croze, Jacques Dejong, Marcel Fortier, André Fosset, Mme Paulette Fost, MM. Jean Francou, Henri Goetschy, Georges Lombard, Paul Loridant, Roland du Luart, Michel Manet, Jean-Pierre Musseret, Josy Moynet, René Monory, Lucien Neuwirth, Jacques Oudin, Bernard Pellarin, Maurice Pic, Mlle Irma Rapuzzi, MM. René Regnault, Henri Torre, André-Georges Voisin.

Voir les numéros :

Sénat : 234 et 381 (1988-1989).

Assurances

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT - PROPOS	5
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION GENERALE	7
CHAPITRE PREMIER : LE SECTEUR DES ASSURANCES EN FRANCE	9
I. Les produits d'assurance	11
<i>A. Les facteurs de diversification des produits</i>	12
1. Les éléments constitutifs du contrat	12
2. Le développement du marché des produits d'assurance	14
<i>B. La diversification des produits d'assurance</i>	18
1. Des garanties de base banalisées, une différenciation croissante des garanties annexes et de la protection complémentaire	18
2. Le développement de nouveaux produits de prévoyance	19
II. Les entreprises et les intermédiaires d'assurance	23
<i>A. Les différents intervenants du secteur des assurances</i>	23
1. Les entreprises d'assurance et leur statut juridique	23
2. La distribution des produits d'assurance	29
<i>B. Le statut financier des entreprises d'assurance</i>	31
1. Les normes prudentielles de l'assurance	31
2. Le contrôle des entreprises d'assurance	36
<i>C. Les entreprises d'assurance : approche économique</i>	39
1. Les principaux chiffres afférents aux entreprises d'assurance ...	39
2. Le rapprochement banque-assurance	42

CHAPITRE II : LE SECTEUR DES ASSURANCES FACE A L'ECHEANCE EUROPEENNE	47
I. Les étapes de l'ouverture européenne	47
<i>A. L'instauration de la liberté d'établissement</i>	47
<i>B. La liberté de prestation de services en assurance-dommages</i>	49
<i>C. Les perspectives de l'ouverture européenne</i>	52
II. L'enjeu économique	53
<i>A. La compétitivité des entreprises et des produits d'assurance français doit être améliorée</i>	53
1. Les entreprises	53
2. Les produits d'assurance	58
<i>B. Le problème fiscal doit être progressivement résolu</i>	60
1. La fiscalité des intermédiaires : des spécificités sans équivalents à l'étranger	60
2. la fiscalité indirecte des produits : un poids excessif	64
3. Un domaine essentiel : les assureurs et l'épargne	69
CHAPITRE III : LES PRINCIPAUX APPORTS DU PROJET DE LOI ET LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES	75
I. Les apports du projet de loi	75
<i>A. Des dispositions liées à l'ouverture européenne</i>	75
1. L'introduction de la directive du 22 juin 1988 sur la liberté de prestation de services en assurance de dommages	75
2. Les dispositions relatives à la coassurance communautaire	76
<i>B. Une rénovation des institutions de concertation</i>	75
1. Le Conseil National des Assurances	76
2. Le Comité consultatif	78
<i>C. Des nouvelles modalités de contrôle</i>	79
1. Les caractéristiques du dispositif proposé par l'article 25	79
2. Une comparaison de la commission de contrôle des assurances avec d'autres "autorités administratives indépendantes" existantes	80
<i>D. Des dispositions relatives aux grandes entreprises nationales</i>	82
1. Le dispositif juridique actuel	83
2. Des assouplissements sensibles	84
<i>E. Des dispositions diverses</i>	85

II. Les principales propositions de votre commission	86
<i>A. Une modernisation de la profession</i>	86
1. Les institutions	86
2. Les grandes entreprises nationales	87
3. La fiscalité	87
<i>B. Des garanties apportées aux assurés</i>	87
1. La protection des assurés en matière d'assurance-vie	87
2. Le contrôle des contrats d'assurance	88

DEUXIEME PARTIE : EXAMEN DES ARTICLES **89**

TITRE III :

Dispositions relatives aux contrats d'assurance et à la protection des assurés	91
<i>Art. 17 : Le Conseil National des Assurances</i>	92
<i>Article additionnel après l'article 17 : L'Association française des entreprises d'assurance</i>	95
<i>Art. 18 : Le Conseil consultatif de l'assurance</i>	98

TITRE IV :

Dispositions relatives aux entreprises d'assurance	101
<i>Art. 19 : Conditions d'octroi de l'agrément</i>	102
<i>Articles additionnels après l'article 19 : Création d'un comité des entreprises d'assurance</i>	108
<i>Art. 20 : Retrait de l'agrément administratif</i>	112
<i>Art. 21 : Comptes consolidés</i>	114
<i>Article additionnel après l'article 21 : Amélioration de la transparence des comptes des entreprises d'assurance-vie et adoption de règles protégeant les assurés</i>	118
<i>Art. 22 : Création d'une définition juridique des sociétés d'assurance du secteur mutuel</i>	130
<i>Art. 23 : Participation des salariés au conseil d'administration des sociétés d'assurance mutuelles</i>	131
<i>Art. 24 : Unions des sociétés d'assurance mutuelles</i>	132

TITRE V :

Le contrôle des entreprises d'assurance	135
<i>Art. 25 : Commission de contrôle des assurances</i>	136
<i>Art. 26 : Création d'un délit d'entrave à l'action de la commission de contrôle ou des commissaires contrôleurs</i>	153
<i>Art. 27 : Coordinations diverses</i>	154
<i>Article additionnel après l'article 27 : Suppression du contrôle de la tarification des contrats d'assurance</i>	155
<i>Article additionnel après l'article 27 : Le contrôle des documents relatifs à l'assurance</i>	158

TITRE VI :

Dispositions diverses	161
<i>Art. 28 : Organisation des groupes nationaux d'assurance</i>	162
<i>Art. 30 : Autorisation de souscrire des contrats d'assurance-dommages en devises</i>	174
<i>Article additionnel après l'article 30 : Suppression de la taxe sur les conventions d'assurance pour les contrats d'assurance-vie</i>	177
<i>Art. 31 : Unification du régime des sociétés d'assurance à caractère mutuel</i>	179
<i>Art. 32 : Activités annexes des entreprises d'assurance</i>	180
<i>Art. 34 : Démarchage en valeurs mobilières</i>	181
<i>Art. 35 : Abrogation de dispositions diverses</i>	182
<i>Article additionnel après l'article 35 : Suppression de l'obligation d'assurance dommages construction</i>	187

TROISIEME PARTIE : EXAMEN EN COMMISSION

I. Audition

II. Examen en commission

AVANT-PROPOS

Mesdames, messieurs,

Le projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances, soumis à l'examen de votre Haute assemblée, comporte quarante-sept articles ; par le jeu des codifications opérées par ces articles dans le code des assurances, le nombre de dispositions nouvelles proposées s'élève, en réalité, à quatre-vingt douze.

Il s'agit d'un projet important.

Par le nombre de ses articles, tout d'abord ; par l'ampleur des sujets traités, ensuite. Outre l'introduction en droit français des dispositions d'une directive essentielle sur la liberté de prestation de services en assurance de dommages, le texte qui nous est proposé tend en effet à la modernisation de certains éléments du droit du contrat d'assurance, à la rénovation des institutions de concertation entre la profession, les assurés et les pouvoirs publics, à l'amélioration du contrôle des entreprises, à l'introduction de diverses mesures nouvelles relatives aux entreprises d'assurance (telle l'obligation de publier des comptes consolidés), à l'adaptation du statut des entreprises publiques d'assurance, à la création, enfin, de la faculté pour les assurés de souscrire des contrats en devises.

Votre Commission des finances, saisie pour avis, n'a pas souhaité traiter de l'ensemble de ce dispositif, dont certains éléments, exclusivement juridiques, ne concernaient que votre commission des lois, saisie au fond du projet. S'agissant de l'introduction de la libre prestation de services en assurance de dommages, elle s'est, par ailleurs, cantonnée à un examen d'opportunité, le contrôle de la conformité des dispositions du projet à la directive relevant également de votre Commission des lois, avec le rapporteur de

laquelle, M. Hubert Haenel, une concertation fructueuse a d'ailleurs pu s'instaurer.

Votre rapporteur a souhaité procéder à la consultation de représentants des différents intervenants du secteur de l'assurance ; il en retire les deux constatations suivantes :

- le projet de loi qui est soumis au Sénat recueille l'adhésion de la plupart des intéressés,

- il n'apporte pas, toutefois, de modification sur certains points importants.

Il en va ainsi, par exemple, pour le régime fiscal de l'assurance, pour le contrôle *a priori* des contrats actuellement en vigueur ou pour la protection des assurés en matière d'assurance-vie.

Sur ces trois points, votre Commission des finances vous proposera donc des adjonctions au texte qui vous est soumis, à l'adoption duquel elle a par ailleurs, sous réserve des diverses propositions d'amendement, donné un avis favorable.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION GENERALE

CHAPITRE PREMIER

LE SECTEUR DES ASSURANCES EN FRANCE

Le secteur des assurances occupe une place importante dans l'économie française. Son chiffre d'affaires a atteint 332 milliards de francs en 1987, et il emploie directement ou indirectement plus de 210.000 personnes. Avec 117,9 milliards de francs de placements nouveaux, l'Assurance finance 11,5 % des investissements, qui bénéficient à 60 % aux entreprises industrielles et commerciales et à 40 % aux collectivités locales, aux établissements publics et à l'Etat pour les dépenses d'équipement.

D'un point de vue institutionnel, le code des assurances définit 27 "branches", qui sont traditionnellement regroupées en deux catégories : l'assurance-dommages, d'une part, l'assurance-vie et la capitalisation d'autre part.

Evolution des parts relatives des principales branches d'assurance depuis 1950
(en %)

	1950	1965	1980	1986	1987
Vie et capitalisation	24	25	27	39	42
Automobile	21	43	33	24	23
Autres branches	55	32	40	37	35
dont :					
- accidents corporels et maladie	12	9	12	11	10
- incendie	22	12	11	9	ND
- transports maritimes et aviation	12	4	4	3	2
Total	100	100	100	100	100

- La branche des assurances dommages

C'est le secteur traditionnel des opérations d'assurance. Il regroupe la gestion des risques touchant aussi bien aux personnes qu'aux biens, dont les branches incendie, accidents et risques divers (le secteur I.A.R.D.).

En 1988, cette branche a réalisé un chiffre d'affaires de 181 milliards de francs, correspondant à 55 % du chiffre d'affaires global de l'assurance française.

Mais le poids de l'assurance de dommages, qui représentait en 1977 plus de 75 % du total des primes encaissées, enregistre depuis dix ans une régression sensible.

Cette évolution est due à la stagnation des opérations de la branche de l'assurance automobile arrivée à maturité depuis la fin des années soixante-dix.

Toutefois, les perspectives de ce secteur restent prometteuses en raison du développement encore insuffisant des branches "assistance" et "protection juridique", "risques d'entreprise" et surtout de l'assurance-maladie.

Ce secteur se compose de nombreuses branches : l'automobile, les dommages aux biens, les dommages corporels, les transports terrestres, aériens, maritimes et ferroviaires, les catastrophes naturelles, la responsabilité civile générale, la construction, la protection juridique et assistance.

L'ensemble de ces branches se caractérise par la fonction indemnitaire de l'opération, qui limite la garantie de l'assureur au seul préjudice subi par la personne ou le bien assuré.

L'assurance automobile a une part prépondérante au sein de l'assurance-dommages. Son développement a été fulgurant dans les années 60 et 70, du fait du nombre croissant de véhicules, et des garanties imposées par la législation : la loi du 27 février 1958 a rendu obligatoire l'assurance de responsabilité civile du conducteur, la loi du 5 juillet 1985 a posé le principe selon lequel les victimes ne peuvent se voir opposer leur propre faute que si elle est inexcusable, et si elle a été la cause exclusive de l'accident.

Après avoir représenté 40 % du marché de l'assurance dans les années 60, cette branche n'en représente plus aujourd'hui que 23 %, pour un chiffre d'affaires de 61,4 milliards de francs.

Les autres assurances de dommages se répartissent de la manière suivante :

Branche (1987)	Chiffres d'affaires (Mds F.)
Dommages aux biens (risques des particuliers, risques d'entreprises, risques agricoles)	42,5
Dommages corporels (assurance maladie, accident, incapacités)	26,7
Transports	5,9
Construction	3,1
protection juridique et assistance	2,35

- La branche assurance-vie et capitalisation

Ce secteur est aujourd'hui le plus dynamique du marché de l'assurance. Sa part dans le total des encaissements est passée de 27 % en 1980 à 42 % en 1987 et 45 % en 1988. Les assureurs considèrent que ce mouvement est loin d'être achevé. L'attrait pour un produit qui se trouve à la frontière de l'assurance et de l'épargne conduit d'ailleurs à entretenir une concurrence aiguë entre les diverses catégories d'institutions financières.

En développement rapide, le secteur de l'assurance connaît également de profondes mutations : alors que la gamme des produits s'élargit et se diversifie, les entreprises tentent de se restructurer pour s'adapter aux nouvelles données du marché.

I. LES PRODUITS D'ASSURANCE

Pour accompagner, ou susciter la demande sur des secteurs hautement concurrentiels, les assureurs sont conduits à commercialiser des contrats de plus en plus ciblés, ouvrant ainsi à

leurs clients de larges possibilités de modulation dans le degré de protection auquel ceux-ci peuvent accéder. De ce fait, et après avoir été durant de longues années une activité de commercialisation de "produits", l'assurance tend à devenir une activité de véritable "service".

A.. LES FACTEURS DE DIVERSIFICATION DES PRODUITS

Dans son acception classique, *"le contrat d'assurance est la convention par laquelle un souscripteur moyennant le paiement d'une prime, se fait promettre, pour lui ou pour un tiers, une prestation en cas de sinistre ; celle-ci est payée par une entreprise d'assurance qui effectue la compensation de risques analogues en utilisant des méthodes statistiques"*(1).

De cette définition, il ressort que le contrat d'assurance est constitué de trois principaux éléments, à savoir le risque, la prime et le sinistre sur lesquels les compagnies peuvent agir, dans la limite des obligations légales, en fonction des contraintes du marché.

1. Les éléments constitutifs du contrat

a) *Le risque*

C'est l'élément fondamental du contrat, son objet. Son évaluation par l'assureur doit être la plus précise possible afin de déterminer avec justesse les autres éléments de la convention : la prime et le sinistre.

Sur ce point, l'appréciation du risque diffère selon la nature des produits proposés.

- Pour les contrats d'assurance de dommages, la nature du risque est généralement circonscrite par la déclaration initiale du risque faite par l'assuré lors de la conclusion de la convention d'assurance et par les déclarations d'aggravation ou de diminution du risque intervenant en cours de contrat.

A partir de ces informations déclaratives, l'assureur évalue le risque en fonction de données statistiques types adaptées à chaque garantie offerte pour chaque risque couvert. Cette évaluation repose sur plusieurs facteurs : la nature des biens assurés (habitation

(1) Droit des assurances - Précis Dalloz par Yvonne Lambert-Faivre.

rurale ou urbaine, puissance fiscale des véhicules, valeur des objets), l'objet de la garantie (incendie, explosion, responsabilité civile, ..) et les conditions d'application du contrat (couverture d'un risque fréquent ou exceptionnel, ...).

• Pour les contrats d'assurance-vie, l'appréciation du risque est liée à la durée de la vie humaine, et s'adapte donc à la nature de la garantie couverte (risque en cas de vie, risque en cas de décès, assurances mixtes ou garanties complémentaires) en fonction de paramètres personnels à chaque catégorie d'assurés (âge, sexe, antécédents médicaux, profession, etc...) qui résultent du questionnaire rempli par le souscripteur.

b). La prime

Elle représente le prix du produit et en même temps le coût de la garantie du risque couvert. Son évaluation résulte en principe d'un accord librement conclu entre l'assureur et l'assuré. En fait, elle obéit à des critères techniques fondés sur l'appréciation de bases mathématiques exploitées dans un cadre commercial.

La prime commerciale se compose d'un élément technique: "la prime pure", et de chargements commerciaux et fiscaux.

• La prime technique correspond au coût probable des risques garantis. Elle est constituée par deux éléments: le taux et l'assiette de la prime.

- Le taux de la prime est calculé à partir de deux paramètres: la fréquence des sinistres et le coût de ces derniers qui évolue en fonction de leur intensité.

A cet égard, l'évolution du taux de la prime est souvent fonction de la hausse des coûts d'indemnisation sur lesquels les assureurs ont peu de pouvoir (coûts de main-d'oeuvre, pièces détachées, prix de la journée d'hospitalisation, etc...).

- L'assiette de la prime est composée du montant des capitaux garantis.

Dans les assurances de dommages, les capitaux représentent la valeur du bien. Celui-ci peut être assuré selon une valeur déterminée (valeur d'un meuble ou d'un immeuble) ou selon la probabilité du risque et la variabilité du sinistre (assurance des stocks). La valeur ainsi garantie représente la valeur d'assurance. Elle peut être fixée de deux manières: soit en "valeur déclarée" sans contrôle de la réalité de l'évaluation du bien par l'assureur, soit en

"valeur agréée" établie contradictoirement entre l'assureur et l'assuré (évaluation des risques industriels, oeuvres d'art,...).

Dans les assurances-vie ou décès, la prime présente un caractère double. Elle sert à couvrir un risque (vie ou décès) mais constitue également une opération d'épargne. La part de risque correspondant à la garantie offerte, est calculée à partir d'une évaluation statistique de la probabilité de réalisation du risque couvert (tables de mortalité) en fonction des paramètres propres à l'assuré (sexe, âge, état de santé, antécédents familiaux). La part d'épargne est déterminée en fonction du taux d'intérêt servi sur les sommes capitalisées qui alimentent la provision mathématique représentant la créance de l'assuré sur l'assureur.

- Les **chargements** représentent les sommes qu'il convient d'ajouter à la prime technique afin de couvrir certains frais inhérents à la gestion (chargement commercial) et à la fiscalité du contrat d'assurance (chargement fiscal).

c) Le sinistre

Dernier élément du contrat d'assurance, il correspond à la réalisation du risque prévu par le contrat. Il suscite la mise en jeu de la garantie prise par l'assureur qui ne peut, en principe, y déroger que dans les conditions imposées par la loi : exclusion pour faute intentionnelle, risques de guerre, dol ou manoeuvres frauduleuses de l'assuré qui exonèrent l'assureur de ses engagements.

2. Le développement du marché des produits d'assurance

a) L'influence de la concurrence sur la structure des produits

La concurrence très vive à laquelle se livrent les compagnies traditionnelles, les mutuelles et les nouvelles sociétés d'assurance exerce une influence certaine sur la structure des produits et leurs modes de distribution.

La nécessité pour les intervenants sur le marché de l'assurance de commercialiser de nombreux contrats attractifs répondant aux besoins des assurés s'accompagne de l'obligation de concevoir des produits compétitifs à faible coût de production et de gestion.

Cet objectif influe sur la structure des produits.

- L'évaluation du risque obéit à une tarification de plus en plus protéiforme destinée à neutraliser les risques d'antisélection dans les contrats d'assurance individuelle et à permettre l'abaissement des coûts de gestion.

La plupart des conventions contiennent de nombreuses clauses d'exclusions conventionnelles qui permettent de limiter le coût du produit proposé ou de rentabiliser celui-ci par l'adjonction de formules complémentaires destinées à la couverture de risques lourds ou de risques spécifiques moyennant le paiement d'une surprime par l'assuré.

A cet égard, sont développées plusieurs techniques destinées à limiter les coûts des dommages dus aux petits sinistres, à responsabiliser l'assuré et à réduire les primes. L'attractivité des produits proposés est assurée tant que le montant de l'exclusion reste faible. Ces clauses limitatives sont de deux ordres :

- l'instauration de plafonds de garantie qui permet à l'assureur de limiter à un certain montant ou à une certaine valeur l'indemnisation à verser à l'assuré en cas de sinistre matériel,

- l'intégration de découverts ou de franchises qui ont pour effet de faire supporter à l'assuré une partie du sinistre.

- Le montant des chargements fiscaux et commerciaux constitue un élément important dans le profil concurrentiel d'un produit d'assurance.

Les chargements fiscaux représentent un handicap certain pour les produits développés par les assureurs français. La fiscalité française des contrats d'assurance reste lourde par rapport au régime fiscal frappant les produits des autres pays de la Communauté européenne. Bien qu'un effort réel ait été consenti par les pouvoirs publics en matière de taxes sur les conventions portant sur les transports terrestres, maritimes, fluviaux ou aériens, et sur les assurances de biens professionnels ou de crédits à l'exportation, le domaine des produits de l'assurance vie reste fortement fiscalisé.

Par ailleurs, la concurrence entre les contrats commercialisés par voie de réseaux et ceux placés par gestion directe pénalise lourdement les compagnies traditionnelles en raison du poids des chargements commerciaux destinés à assurer le coût de gestion du réseau de distribution et la rémunération des intermédiaires.

• **Le poids de la concurrence incite enfin les assureurs à limiter le coût de gestion des sinistres.** Les contrats d'assurance contiennent donc de nombreuses clauses conventionnelles dont l'objet consiste à limiter la survenance de sinistres. Ces clauses peuvent aller de la résiliation du contrat après sinistre, lorsque celui-ci apparaît douteux ou frauduleux ou encore lorsqu'il est supérieur à la nature du risque primitivement garanti, jusqu'à la déchéance de la garantie opposée à l'assuré pour non respect des délais de déclarations du sinistre, en passant par l'exclusion de risques dans le contrat de base, soit en raison de leur fréquence (petits risques franchisés), soit en raison de leur probabilité (risques sportifs, antécédents médicaux, âge de l'assuré), soit en raison de la couverture choisie (risque personnel, risque collectif, professionnel, maladie, etc...).

b) La prise en charge de nouveaux risques et de garanties complémentaires

L'une des causes majeures de la diversification des produits d'assurance provient de l'extension du marché des risques couverts. Deux exemples illustrent particulièrement cette tendance :

• **L'assurance risques professionnels et risques d'entreprises.**

L'industrialisation de la société a fortement contribué au développement des produits attachés aux risques d'entreprise.

En outre, de récentes analyses ont montré qu'une grande majorité des entreprises françaises restait peu assurée ou sous-assurée alors que de nouveaux besoins de protection apparaissaient (environnement, informatique, etc...). Enfin, la fonction "assurance" fait partie intégrale aujourd'hui de la gestion du risque d'entreprise et suscite la couverture de dommages spécifiques (perte d'exploitation, du chiffre d'affaires, produits défectueux ou dangereux, pollution, risque exportation...).

Ces garanties sont souvent commercialisées sous la forme de contrats "responsabilité civile de l'entreprise".

Les contrats d'assurance risques professionnels bénéficient du développement actuel de la branche protection juridique. Ce produit original, souvent adopté par les P.M.E-P.M.I., comprend une prestation de services (l'assureur conseille le dirigeant et règle le litige à l'amiable) et la prise en charge des frais et dépens judiciaires. Ces garanties permettent la couverture de risques allant

du non-recouvrement de créance à la protection de la propriété industrielle (brevet, marque) en passant par l'assurance crédit.

Par ailleurs, les assureurs développent de nombreux produits qui contiennent des clauses d'assistance et des services en matière de contrats de coassurance contre les grands risques industriels.

- **L'assurance maladie complémentaire**

Les problèmes financiers et les déséquilibres démographiques et économiques remettent à l'ordre du jour les assurances complémentaires maladie et invalidité.

Cette situation favorise le développement des assurances volontaires individuelles ou collectives destinées à garantir le risque maladie ou à couvrir la dépense médicale, laquelle ne cesse de croître depuis vingt ans.

Sur ce marché potentiel important, les compagnies d'assurances et les mutuelles développent de nombreux produits complémentaires aux régimes de base de la sécurité sociale.

- b). Le développement du marché des produits d'épargne*

L'essor du marché de l'assurance-vie et capitalisation en France répond à un besoin croissant de prévoyance et d'épargne dans la population, lié à la prise de conscience des problèmes de la retraite.

La croissance des charges sociales de retraites et l'évolution démographique prévisible au cours des décennies prochaines, encouragent le développement des produits d'épargne volontaire destinés à compléter le système de retraite actuellement assuré par les régimes de bases de la sécurité sociale et les régimes complémentaires obligatoires.

Dans ce domaine, les assureurs ont une certaine compétence en matière de gestion des placements qui leur permet déjà de gérer des engagements financiers à long terme dans de bonnes conditions de rentabilité et de sécurité. Les produits d'épargne proposés (assurance-vie à capital variable, produits à taux majorés) suscitent une épargne volontaire en forte croissance qui tend au développement de contrats de prévoyance, prenant soit la forme de rentes ou de pensions versées régulièrement, soit la forme d'une opération de capitalisation à jouissance différée.

B. LA DIVERSIFICATION DES PRODUITS D'ASSURANCE

1. Des garanties de base banalisées, une différenciation croissante des garanties annexes et de la protection complémentaire.

Les garanties de base correspondent aux assurances obligatoires légalement, ou indispensables socialement (1).

L'exemple le plus typique est donné par l'assurance automobile, dans laquelle à la fin des années 70, la saturation du marché a favorisé le rapprochement des produits de base : ainsi, à l'obligation imposée par le législateur correspond l'assurance "responsabilité civile sans dommage" qui permet de couvrir tous les dommages causés aux tiers par un véhicule assuré à l'exception des dommages matériels ou corporels subis par le bien ou la personne assurée. Généralement, les polices d'assurance françaises offrent pour ce type de produit, une garantie illimitée pour les dommages corporels causés aux tiers.

Répartition des garanties souscrites

	En %					
	1965	1968	1971	1975	1979	1984 (1)
Responsabilité civile (RC) sans dommages	55,6	54,2	55,2	50,4	39,3	38,7
Dommages collision	29,8	30,3	30,3	25,9	19,3	9,1
Dommages tous accidents	14,6	15,5	14,5	23,7	41,4	52,2
Total	100	100	100	100	100	100

(1) Dernière année répertoriée.

Source : Sondages GTA — Groupement technique accidents — publiés par l'AGFAA (Association générale des sociétés d'assurances contre les accidents).

De même l'assurance construction, assurance de responsabilité et de dommages obligatoire, selon le code des assurances, offre des produits homogènes avec des tarifs proches.

(1) il existe en France plus de 60 assurances obligatoires, instituées par des textes législatifs ou réglementaires ; 4 d'entre elles figurent dans le code des assurances.

En règle générale, les produits d'assurance-dommages comportent une gamme traditionnelle de garanties "I.A.R.D." qui s'est standardisée avec l'arrivée à maturité des branches d'assurance correspondantes.

Toutefois, l'évolution des branches d'assurance a amené, sous pression de la concurrence, le développement des garanties annexes : là encore, l'assurance automobile a préfiguré l'évolution des autres branches.

L'assurance maladie complémentaire propose également un champ étendu de garanties annexes.

De nouveaux produits sont développés par les assureurs afin de contribuer à l'amélioration de l'efficacité du système de soins par la couverture volontaire des petits risques ou des services paramédicaux échappant aux prestations des régimes obligatoires (carte de santé, assistance médicale des personnes âgées, etc...).

2. Le développement de nouveaux produits de prévoyance.

a) Les contrats d'assurance-vie et d'assurance décès

La croissance importante du marché de l'assurance-vie est fortement influencée par l'évolution des produits commercialisés dans ce domaine. Ceux-ci se rapprochent de plus en plus des autres types de placements financiers (obligations, SICAV, bons et comptes à terme).

Les garanties "en cas de décès" ont pour objet essentiel la protection des ayants droit de l'assuré. Elles connaissent un fort développement.

Les garanties "en cas de vie" prévoient le versement à l'assuré d'un capital ou d'une rente si celui-ci est en vie à l'échéance fixée. A défaut, les sommes versées par l'assuré décédé sont réparties entre les autres assurés. C'est un produit d'épargne puisque le capital n'est pas versé aux héritiers de l'assuré prédécédé.

A partir de ces contrats de base, les assureurs proposent toute une gamme de produits complémentaires ou mixtes :

- l'assurance mixte permet à l'assuré de se prémunir en conciliant la garantie en cas de décès avec la garantie en cas de vie.

La prime est plus lourde, elle est calculée de façon à comprendre le montant des deux primes spécifiques à chaque garantie ;

- les garanties complémentaires ont pour objet de permettre à l'assuré de maintenir sa capacité d'épargne en le faisant bénéficier du maintien du service des primes d'assurance-vie même en cas d'invalidité ou d'incapacité de travail le privant des ressources suffisantes pour honorer le versement des cotisations initiales.

Ces produits accessoires ont un caractère proche des contrats de prévoyance.

b) Les produits de capitalisation

Proches de l'épargne traditionnelle, ils se caractérisent par un engagement de l'assureur à verser, à une date déterminée à l'avance, un capital au souscripteur ou à ses héritiers. D'une durée de six ans, ces produits sont comparables aux contrats de garantie en cas de vie. Mais, contrairement, aux contrats d'assurance-vie traditionnels, ils échappent à la taxe de 5,15 % sur les conventions d'assurance.

c) Les produits d'épargne retraite

Quatre types de contrats sont commercialisés.

- **Les contrats à versement unique.**

Il s'agit d'une formule simple de contrat par capitalisation avec un seul versement, qui permet de bénéficier de la fiscalité attachée à l'assurance-vie. Mais ce produit exige un capital disponible important. La durée du contrat est de 30 ans au maximum, sans délai minimal. En cas de contrat d'une durée inférieure à 6 ans, le régime fiscal de l'assurance-vie n'est pas applicable.

- **Les contrats à primes régulières**

Ils permettent une constitution progressive d'un capital par le versement régulier de primes. Le contrat est souvent de nature mixte ; le souscripteur peut choisir au terme de la convention soit le versement d'une rente viagère, soit la restitution du capital constitué.

- **Les contrats à versements libres**

Ces produits permettent la constitution progressive d'un capital retraite au moyen de versements de primes périodiques mais

irrégulières. Ils sont attractifs pour les épargnants qui ne peuvent planifier leur épargne.

- **Le plan d'épargne retraite (P.E.R.).**

Ce produit, institué par la loi du 17 juin 1987 sur l'épargne, a pour vocation d'inciter l'épargnant à constituer progressivement une retraite complémentaire facultative par capitalisation.

Les organismes auprès desquels le P.E.R. peut être constitué sont aussi bien les banques que les sociétés d'assurance, les mutuelles relevant du code de la mutualité, les agents de change, les services financiers, et les comptables du Trésor. Le produit est matérialisé par un compte d'épargne alimenté par des opérations d'assurance ou des placements financiers souscrits par le bénéficiaire selon un régime fiscal privilégié.

Ce dispositif est assorti d'un régime fiscal spécifique (déductibilité des cotisations annuelles dans la limite de 16.000 F pour un couple marié avec une majoration de 4.000 F pour au moins trois enfants à charge) mais différent de celui de l'assurance-vie avec lequel il n'est pas cumulable. A son terme, le P.E.R. peut donner lieu soit au versement d'un capital soit à une rente. Votre rapporteur souligne (cf. ci-après, chapitre II) les défauts de ce dispositif.

d) Les nouveaux produits

Le développement de l'assurance-vie a favorisé la création de produits à capital variable et de produits à taux majorés qui permettent l'essor des assurances de prévoyance (retraite complémentaire, épargne individuelle).

Les produits à taux majorés garantissent à l'assuré de la branche vie des taux qui, bien qu'inférieurs à ceux du marché obligataire, demeurent attractifs. Ces produits correspondent à des contrats d'une durée n'excédant pas quinze ans. Les intérêts dus ne sont pas versés mais capitalisés. En outre, ils bénéficient d'une exonération d'impôt quant le contrat excède six années, alors que les placements obligataires supportent un prélèvement fiscal généralement plus lourd.

Les produits à "capital variable" permettent à l'assuré de voir les montants versés exprimés en actions d'une SICAV déterminée. Au terme du contrat, le capital assuré est égal au nombre de parts multiplié par la valeur de la part. Par rapport à un investissement financier direct en valeurs mobilières, l'avantage de ce produit tient à la réduction d'impôt attachée au contrat

d'assurance-vie passé avec l'assureur et à la faible durée du contrat (en général six ans).

e) Les contrats d'assurance de groupe

Il s'agit de produits souscrits par les collectivités (entreprises, associations, organismes divers) en faveur de leurs membres présentant des caractères communs et placés dans des conditions identiques (salariés, membres associés, enfants scolarisés, emprunteurs). Les contrats de groupe sont développés par les compagnies d'assurance, les institutions de prévoyance (organismes de type L.4 du code de la sécurité sociale) et les mutuelles régies par le code de la mutualité.

Ces produits connaissent actuellement une forte expansion. Ils sont favorisés par une fiscalité attrayante pour la collectivité qui y souscrit (exonération de la taxe sur les conventions d'assurance, déductibilité des primes versées à l'assureur) et pour les adhérents (non-réintégration des primes versées à l'impôt sur le revenu dû par les salariés, application du régime des pensions aux sommes perçues par les bénéficiaires).

Toutefois, l'information des adhérents reste insuffisante. Ceux-ci ignorent souvent les modifications rapides apportées par l'assureur au contrat passé avec le souscripteur (nature des risques couverts, étendue de la garantie, tarifs évolutifs).

Par contre, pour l'assureur, ce type de produit présente des avantages certains. Il permet de réduire les frais de gestion et d'intermédiation. Les contrats de groupe proposés sont d'application souple et évolutive.

Plusieurs types de produits sont proposés :

- les assurances collectives de risques personnels souscrites par les entreprises au profit de leurs salariés en vue de faire bénéficier ceux-ci de garanties complémentaires aux régimes de base de la sécurité sociale. Ce type de produit offre cependant à l'adhérent des garanties instables dues à la fragilité des liens contractuels qui l'unissent au souscripteur (rupture du contrat de travail, cessation d'activité du souscripteur) et qui peut anéantir l'assurance ;

- Les contrats collectifs d'assurance "emprunteur" permettent aux banques et sociétés de crédits de se prémunir contre l'insolvabilité du débiteur par suite de décès ou d'incapacité en garantissant la couverture de l'emprunt souscrit par celui-ci moyennant le versement de cotisations qui s'ajoutent aux mensualités de remboursement de l'emprunt.

II. LES ENTREPRISES ET LES INTERMEDIAIRES D'ASSURANCE

Les intervenants du secteur de l'assurance sont divers : les entreprises d'assurance *stricto sensu*, qui opèrent la "fabrication des produits d'assurance" sont, en 1988, au nombre de 562 ; les intermédiaires, qui procèdent à la commercialisation des produits et assistent ultérieurement les assurés (et les assureurs) dans la gestion des contrats, sont environ 23.700. A ces intervenants classiques, s'ajoutent aujourd'hui les établissements bancaires, qui s'insèrent dans les circuits de distribution des produits, voire les chaînes de grands magasins.

L'étude de ce secteur économique, dont les mutations, déjà décelables, sont loin d'être encore achevées, suppose que des réponses soient apportées à trois questions distinctes : qui sont les différents intervenants du secteur ? A quelles normes les entreprises d'assurance, qui en sont l'élément essentiel, sont-elles soumises et comment est contrôlé le respect de ces normes ? Quels sont, enfin, les principaux enjeux économiques du secteur ?

A. LES DIFFERENTS INTERVENANTS DU SECTEUR DES ASSURANCES

1. Les entreprises d'assurance et leurs statuts juridiques

Il n'existe pas de définition juridique de l'entreprise d'assurance ; cette lacune découle de l'absence de définition de la notion d'assurance elle-même. La démarche suivie en matière bancaire (définition des "opérations de banque", dans un premier temps, puis, dans un second temps, des "établissements de crédit", dont la caractéristique est d'effectuer des opérations de banque), n'est donc pas transposable au domaine de l'assurance.

Les entreprises d'assurance sont, de ce fait, identifiables grâce à une liste, fournie par l'article L.310-1 du code des assurances ; cette liste prévoit l'assujettissement au contrôle de l'Etat "dans l'intérêt des assurés", de sept catégories d'entreprises, dont les trois plus importantes sont :

- les entreprises qui "contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine" (assurance en cas de vie et assurance en cas de décès) ;

- les entreprises "qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation" ;

- les entreprises "d'assurance de toute nature" (cette catégorie désignant par *a contrario* avec les six autres les entreprises de dommages, ou I.A.R.D., incendie, accidents, risques divers).

Cette liste, dont les éléments revêtent un caractère parfois ésotérique, est précisée par l'article R.321-1 du code des assurances qui dispose que les opérations d'assurance sont classées en trente branches (avec un nombre considérable de sous-branches). Les entreprises d'assurance sont ainsi celles qui pratiquent les opérations d'une ou plusieurs branches.

De manière générale, la même entreprise ne peut pratiquer à la fois l'assurance de dommages et l'assurance-vie. Il existe donc deux grandes catégories d'entreprises d'assurance.

Les groupes qui pratiquent ces deux types d'opérations sont, dès lors, constitués d'une société holding et d'au moins deux filiales.

Ainsi définies, les entreprises d'assurance sont, à la fin de 1988, au nombre de 562 contre 546 à la fin de 1987.

Ce chiffre de 546 se décompose comme suit :

- sociétés anonymes d'assurance : 211
- sociétés d'assurance mutuelles : 183
- succursales implantées en France
d'entreprises étrangères : 152

La répartition des entreprises entre la vie et le dommage a, pour sa part, évolué comme suit :

	1985	1986	1987	1988
Assurance-vie	99	105	116	126
Assurance dommages	422	424	430	436
Total	521	529	546	562

La croissance du nombre global d'entreprises est donc principalement imputable au développement de l'assurance-vie. Schématiquement, l'assurance-vie est pratiquée par les sociétés anonymes et les succursales d'entreprises étrangères, le risque dommages étant couvert à la fois par ces deux catégories d'entreprises et par les sociétés d'assurance mutuelle.

Les entreprises d'assurance opérant dans notre pays sont donc susceptibles d'emprunter trois formes distinctes.

• **Les sociétés anonymes d'assurance et de capitalisation** sont soumises aux règles prévues par la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. Diverses dérogations à cette loi sont naturellement prévues en raison de la spécificité des opérations de sociétés d'assurance ; ainsi, aucune obligation de consolidation des documents comptables n'est, semble-t-il, à ce jour, encore prévue (1). Il existe deux formes de sociétés anonymes d'assurance : les sociétés dont le capital est détenu par des personnes privées, et les sociétés nationales.

Le statut des sociétés nationales, élaboré lors de la nationalisation de certaines entreprises d'assurance par la loi du 25 avril 1946, est relativement complexe ; il est fixé par la section III ("Entreprises nationales d'assurance et de capitalisation et sociétés centrales d'assurance") du chapitre II ("Règle de constitution et de fonctionnement des entreprises d'assurance") du titre II ("Régime administratif des entreprises d'assurance") du livre III ("Entreprises d'assurance") du code des assurances.

La loi du 25 avril 1946 a procédé à la nationalisation de 36 compagnies d'assurance. Les anciens actionnaires ont reçu, en échange de leurs titres, des parts bénéficiaires, qui ont ensuite été amorties par tirage au sort (2).

Ces 36 compagnies ont été réparties entre quatre groupes : le groupe de l'Union des assurances de Paris (U.A.P.), le Groupe des assurances nationales (G.A.N.), le groupe des Assurances générales de France (A.G.F.) et, enfin, le groupe de la Mutuelle générale de France (qui réunit deux sociétés d'assurance mutuelle, nationalisées quoique dépourvues de capital social).

(1) Le projet de loi qui vous est soumis instaure une telle obligation, dans des conditions d'ailleurs dérogatoires au droit commun (cf. ci-dessous commentaire de l'article 21).

(2) Schéma voisin de celui retenu pour la nationalisation des Chemins de fer en 1937.

Pour les trois groupes principaux, la loi a, en outre, prévu la création de "sociétés centrales", dont le rôle est de recueillir à l'actif de leur bilan la totalité des actions des compagnies du groupe. L'Etat, détenteur de ces actions, a reçu en rémunération de son apport la totalité des droits sociaux des sociétés centrales.

En vertu des dispositions de l'article L.322-13 du code des assurances, dont la rédaction résulte d'une loi du 4 janvier 1973, l'Etat a toutefois la possibilité de céder les actions du capital des sociétés centrales à certaines catégories de personnes qui sont :

- les salariés des entreprises du groupe (qui peuvent acquérir les actions à titre onéreux ou les recevoir gratuitement par distribution) ;
- la Caisse des dépôts et consignations,
- et divers organismes de retraite et de prévoyance,
- les agents généraux d'assurance des entreprises du groupe.

Les cessions (ou distributions gratuites) ne peuvent porter que sur 25 % au plus du capital social ; les actionnaires ne peuvent, par ailleurs, négocier leurs actions que dans certaines conditions (seules des personnes physiques de nationalité française, la Caisse des dépôts ou des caisses de retraite peuvent les acquérir ; une même personne physique ne peut, en outre, détenir plus de 0,05 % du capital, cette limite étant portée à 1 % pour les personnes morales).

Diverses autres dispositions spécifiques régissent les entreprises publiques d'assurance ; elles feront l'objet d'un examen détaillé dans le commentaire de l'article 28 du présent projet de loi.

• Les sociétés d'assurance mutuelles constituent la seconde grande catégorie d'entreprises d'assurance. Ce terme générique recouvre en réalité quatre catégories de sociétés :

- les "sociétés à forme mutuelle",
- les "sociétés mutuelles d'assurance",
- les "caisses d'assurance et de réassurance mutuelle agricole",
- les "sociétés à forme tontinière".

Ces sociétés sont soumises au code des assurances ; elles ne doivent pas être confondues avec les mutuelles relevant du code de la mutualité, dite parfois "mutuelles 45", le code de la mutualité ayant été élaboré en 1945, ou avec les "institutions de retraite et de prévoyance", régies par le code de la sécurité sociale.

Les sociétés d'assurance mutuelle ne constituent pas réellement des sociétés, dans la mesure où l'un des traits caractéristiques du contrat de société leur fait défaut : elles n'ont pas, en effet, de capital social. Selon la terminologie du code des assurances, elles "fonctionnent sans capital actions". Il s'agit donc d'entités à objet non lucratif, de caractère civil ; elles doivent d'ailleurs ristourner aux sociétaires les excédents de recettes qu'elles réalisent.

Au nombre de 183 en 1987, ces entreprises, souvent implantées en province, réalisent 25 % du chiffre d'affaires global du secteur de l'assurance, soit 35 % du marché de l'assurance dommages et 8,5 % du marché de l'assurance-vie (17 sociétés d'assurance mutuelles seulement opèrent dans ce secteur, sur 105 au total, contre 166 sur 430 en assurance dommages).

Les principales caractéristiques juridiques de ces sociétés d'assurance mutuelle sont les suivantes :

- un "fonds d'établissement", constitué par l'emprunt ou par des versements des adhérents, tient lieu de capital social ;

- les sociétés sont la propriété indivise des assurés-sociétaires, qui peuvent donc être considérés, au moins sur le plan juridique, comme ayant à la fois la qualité d'assurés et celle d'assureurs (1) ;

- les sociétaires sont soumis au principe d'égalité ("un homme, une voix").

Les caractéristiques propres de chacune des quatre catégories de sociétés d'assurance mutuelle sont les suivantes :

- les sociétés d'assurance à forme mutuelle, qui sont les plus nombreuses, opèrent dans un cadre juridique moins contraignant que les autres types de sociétés d'assurance mutuelles.

Elles n'ont, en effet, pas de limite territoriale, peuvent pratiquer des opérations d'assurance-vie et d'assurance dommages et ont la faculté de s'assurer le concours d'intermédiaires rémunérés (agents généraux). Les plus importantes de ces sociétés, toutefois, ne rémunèrent pas d'intermédiaires (Mutuelle de Niort, Mutuelle des artisans et commerçants de France, Mutuelle assurance artisanale de France, etc...);

(1) Ce type de construction intellectuelle peut conduire à des situations ambiguës ; au sein, par exemple, d'un comité des usagers, quelle doit être la place de ces sociétés ? La réponse de leurs dirigeants n'est pas nécessairement la même que celle de l'assuré.

- *les sociétés mutuelles d'assurance* ont un recrutement obligatoirement régional ou professionnel ; elles ne peuvent effectuer d'opérations d'assurance-vie ni rémunérer d'intermédiaires. Elles ont la faculté de se constituer en unions, ayant exclusivement pour objet de réassurer les contrats conclus par les sociétés et de donner à celles-ci caution solidaire. La plus importante d'entre elles est la Société mutuelle d'assurance du bâtiment et des travaux publics ;

les caisses d'assurance mutuelle agricole sont régies pour leur constitution par le code rural et, pour leur fonctionnement financier, par celui des assurances. Leurs sociétaires sont au nombre d'environ cinq millions. Le chiffre d'affaires de Groupama, qui les fédère, a été de 23 milliards de francs en 1987 ;

- *les sociétés à forme tontinière*, au nombre de deux, dont une seule active, constituent une survivance ; leur fonction est de réunir leurs adhérents en une association à laquelle ceux-ci cotisent ; les fonds sont capitalisés et, à la dissolution de l'association, les assurés survivants se les partagent, au prorata de leurs versements.

Les mutuelles relevant du code de la mutualité sont au nombre d'environ 7.000 ; elles ne couvrent que les risques maladie, incapacité, décès et retraite (l'ensemble étant parfois dénommé "prévoyance").

Le nombre des personnes bénéficiant d'une protection sociale complémentaire mutualiste est d'environ 35 millions.

Le contrôle des mutuelles est principalement assuré par l'inspection générale des affaires sociales. Ce contrôle reste encore fragmentaire et devrait être complété, selon un avant-projet de loi annoncé mais non encore déposé, par la création d'une commission de contrôle indépendante, inspirée de celle que le présent projet de loi met en place pour les entreprises d'assurance.

Les contraintes des mutuelles ont, en 1985, été rapprochées de celles des entreprises d'assurance (création d'une "marge de sécurité", concept voisin de celui de "marge de solvabilité").

Le débat qui oppose le monde mutualiste et celui des entreprises d'assurance (champs d'intervention respectifs des deux types d'institutions, régime fiscal des contrats, etc...) ne rentre pas dans l'objet du présent rapport.

• *Les succursales d'entreprises étrangères* implantées en France sont en nombre légèrement déclinant depuis quelques années (152 en 1988 contre 163 en 1985). Ces succursales

n'ont pas la personnalité morale (contrairement aux filiales, qui sont des sociétés de droit français).

Depuis les directives de 1973 et 1979 sur la liberté d'établissement, leur régime d'agrément est identique à celui des entreprises françaises lorsqu'elles sont d'origine communautaire ; quand l'entreprise dont elles sont issues est implantée dans un pays extérieur à la Communauté, en revanche, elles sont soumises à un agrément spécial, discrétionnairement accordé par le ministre de l'économie et des finances. Ce dispositif peut toutefois être tourné lorsque la succursale procède d'une entreprise déjà implantée dans la Communauté et qui est, en réalité, contrôlée par des intérêts non communautaires.

2. La distribution des produits d'assurance

La distribution des produits d'assurance peut être effectuée de cinq manières différentes :

- directement par les guichets de l'entreprise d'assurance elle-même,
- par des agents généraux,
- par des courtiers,
- par des établissements bancaires.

• La distribution directe est principalement le fait des sociétés d'assurance mutuelles dites "sans intermédiaires" ; celles-ci représentent environ 25 % de la distribution en assurance de dommages (G.M.F., M.A.C.I.F., M.A.A.F., M.A.I.F. etc...) Les mutuelles, ainsi que les autres entreprises qui ne recourent pas aux services d'intermédiaires, sont parfois dénommées "non rémunérantes".

Les entreprises "non rémunérantes" opèrent principalement dans le domaine de l'assurance automobile, où elles représentent 35 % des primes encaissées (contre 19 % pour les autres risques I.A.R.D.).

• Les agents généraux d'assurance sont, en 1987, au nombre de 21.900 (1) ; 45.000 collaborateurs salariés ou non salariés les assistent dans leur tâche.

En 1987 également, la part des agents généraux dans la distribution a été de 46 %, soit 50 % du marché de l'assurance-dommages et 28 % du marché de l'assurance-vie.

(1) Source : rapport de l'assemblée générale de la Fédération nationale des agents généraux d'assurance pour 1989,

Le statut juridique des agents généraux d'assurance est établi, selon l'article L. 520-2 du code des assurances, par le Conseil national des assurances "en collaboration avec la Fédération nationale du syndicat d'agents généraux d'assurance"; il s'agit donc de l'un des cas -rares en droit français- où un syndicat professionnel est expressément visé dans une loi.

Les agents généraux sont, en principe, les mandataires d'une compagnie d'assurance; les trois-quart d'entre eux sont mandatés par une seule compagnie. Ils engagent celle-ci par leurs signatures.

En cas de suppression des relations avec cette compagnie, l'agent général reçoit en outre de celle-ci une indemnité compensatrice.

Quoique représentants de la compagnie, les agents apportent une information et une assistance, souvent efficace, aux assurés.

Le nombre d'agents décline (26.000 en 1977, moins de 22.000 aujourd'hui). Le rapport remis en 1985 par M. Pierre Cortesse à M. le ministre de l'économie et des finances relevait d'ailleurs que l'intensification de la concurrence s'était opérée à leur détriment et qu'une modification des statuts devait être envisagée.

Dans son rapport annuel de 1989, la F.N.S.A.G.A. (1) indique d'ailleurs les handicaps des agents: "les méthodes commerciales sont insuffisantes, la spécialisation trop faible, de même que la compétitivité". Elle mentionne également leurs atouts: "de solides racines, une implication incontestable, une décentralisation plus poussée" et propose un plan de modernisation de la profession.

- Les courtiers, qui sont au nombre de 1.700 environ (et emploient 10.000 salariés) exercent principalement en région parisienne. Ils sont, notamment spécialisés dans les risques industriels.

Le rôle de courtier est de mettre en relation l'assuré avec une compagnie; ils ont donc vocation à rechercher une couverture au meilleur prix pour celui-ci.

(1) Source: rapport de l'assemblée générale de la Fédération nationale des agents généraux d'assurance pour 1989.

Les courtiers contribuent à la distribution de l'assurance-dommages à hauteur de 21 % et à celle de l'assurance-vie à concurrence de 31 %.

L'insuffisant développement du réseau des courtiers est probablement une faiblesse pour l'assurance française à l'heure européenne (cf. ci-dessous, chapitre II, B).

- Les banques distribuent aujourd'hui environ 36 % des produits d'assurance-vie.

Pour ce faire, elles doivent être habilitées par l'entreprise d'assurance qui "fabrique" les produits. Cette habilitation leur est, fréquemment, donnée par une compagnie filiale (50 % environ des entreprises nouvelles d'assurance-vie sont des filiales de groupes bancaires) ; les sociétés d'assurance sont parfois, également, sociétés mères d'établissements de crédit qui distribuent leurs produits.

Le rapprochement banque-assurance, dont l'enjeu dépasse le seul problème de la distribution, sera évoqué ci-dessous.

- Les chaînes de grands magasins, enfin, s'inscrivent actuellement, dans une proportion non quantifiable, dans la distribution.

Pour opérer celle-ci, elles recourent, généralement, à un cabinet de courtage, installé dans leurs murs.

B. LE STATUT FINANCIER DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

Le statut financier des entreprises d'assurance repose sur des normes de gestion diverses, dont le respect est contrôlé de manière relativement étroite par la puissance publique. L'assurance constitue ainsi l'un des domaines où l'intervention de celle-ci est la plus affirmée.

1. Les normes prudentielles de l'assurance

- Le bilan et le compte de résultats d'une entreprise d'assurance présentent au moins deux spécificités : la part considérable, au passif du bilan (et au débit du compte de résultats) des provisions dites techniques ; l'importance corrélative des placements financiers et immobiliers à l'actif du bilan.

Les provisions techniques matérialisent comptablement les risques encourus par les entreprises d'assurance ; ces risques sont calculés par le biais de lois statistiques ; ils ont donc, d'un point de vue probabiliste, un caractère certain.

Il existe trois formes principales de provisions techniques :

- les provisions pour sinistres à payer ; propres à l'assurance de dommages, ces provisions permettent de régler des sinistres survenus mais non encore réglés ;

- les provisions pour risques en cours ; également propres à l'assurance de dommages, elles sont la contrepartie des primes encaissées au cours d'un exercice et correspondent à la période d'assurance couverte par les contrats en cours au-delà du 31 décembre de cet exercice ;

- les provisions mathématiques ; spécifiques à l'assurance-vie, elles sont, schématiquement, la représentation de la partie des primes payées par l'assuré qui doit être conservée par l'assureur pour pouvoir lui verser, à terme, le capital ou la rente à laquelle il a droit (1).

Les placements des entreprises d'assurance sont la contrepartie des provisions techniques et des fonds propres. Leur montant est considérable (voir ci-dessous, 3).

Les placements sont réglementés afin de garantir une division des risques et de limiter la part des actifs dont les cours sont les plus volatiles. Par rapport aux "engagements réglementés", c'est-à-dire principalement les provisions techniques, les placements doivent, en effet, se répartir comme suit :

- obligations, titres participatifs et actions de SICAV obligataires : au minimum 34 %,
- actions de sociétés non cotées autres que d'assurance : au maximum 1 %,
- actions d'entreprises étrangères d'assurance : au maximum 5 %,
- actifs immobiliers : au maximum 40 %,
- prêts aux collectivités locales, prêts immobiliers, bons du Trésor, bons négociables divers : au maximum 35 %,
- dépôts auprès d'établissements de crédit : au maximum 15 %.

(1) Voir sur ce point le commentaire de l'article additionnel proposé par votre Commission après l'article 21.

Ces dispositions, qui résultent de l'article R-332-3 du code des assurances, sont assez confuses. La part des actions de sociétés cotées n'est, par exemple, pas mentionnée ; les titres de nature obligataire devant représenter au minimum 34 %, cette part peut, selon les textes, atteindre 66 % des placements. Les actions de sociétés non cotées, en revanche, en raison de leur faible liquidité, ne peuvent excéder 1 % des placements réglementés. La limitation des placements investis en actifs immobiliers vise, par ailleurs, à ne pas conférer une place excessive à des actifs dont le rendement est faible et la liquidité souvent insuffisante.

Cette réglementation ne reflète pas la réalité des placements effectués par les entreprises d'assurance, pour deux motifs : d'une part, l'évaluation des immeubles à leur "valeur historique" aboutit à une sous-estimation considérable ; d'autre part, la réglementation ne s'étend pas, naturellement, aux placements corrélatifs aux fonds propres.

La division des risques, enfin, est également réalisée par l'interdiction de détenir au bilan une part supérieure à 0,25 % des engagements réglementés pour les actions émises par une même société non cotée ou, pour les autres valeurs, une part supérieure à 5 % (à l'exception des titres émis par l'Etat et des titres de SICAV servant de référence à un contrat d'assurance-vie).

L'obligation de constituer des provisions techniques selon des règles précises et la réglementation des placements qui leur sont corrélatifs sont deux éléments essentiels des "normes prudentielles" de l'assurance. Deux autres concepts fondamentaux complètent cet ensemble : la marge de solvabilité et la règle dite de la congruence.

● La marge de solvabilité a été introduite en 1973, à la suite de la directive sur la liberté d'établissement en assurance de dommages.

La finalité de cette norme prudentielle est d'obliger les entreprises d'assurance à disposer à leur passif d'un ensemble de capitaux propres représentatif d'éléments patrimoniaux, figurant à l'actif, qui soient libres de tout engagement d'assurance.

La marge de solvabilité a un autre fondement : elle répond à l'absence de norme européenne pour le calcul des provisions techniques : celles-ci, en principe, suffisent à garantir que les engagements pris envers les assurés seront tenus. Toutefois, l'hétérogénéité du mode de calcul des provisions a conduit à

l'élaboration de cette autre technique de protection contre les aléas de l'exploitation.

La marge de solvabilité procède du principe que les capitaux propres doivent représenter au moins un certain pourcentage des risques courus par l'entreprise ; ces risques sont matérialisés par :

- les primes encaissées au cours de l'exercice,
- ou les sinistres payés au cours de ce même exercice.

Le mode de calcul de la marge de solvabilité minimale s'effectue différemment pour l'assurance-dommages et l'assurance-vie.

Pour l'assurance-dommages, le calcul par rapport aux primes s'effectue comme suit :

- le montant des primes émises est pris en compte à hauteur de 18 % jusqu'à concurrence de 10 millions d'Ecus,
- au-delà, il n'est pris en compte que pour 16 %.

Le calcul par rapport aux sinistres, pour sa part, est le suivant :

- le montant des sinistres est retenu à hauteur de 26 % jusqu'à 7 millions d'Ecus,
- il n'est pris en compte qu'à concurrence de 23 % au-delà.

Le plus élevé des résultats de chacune de ces deux méthodes de calcul est retenu. Le montant des fonds propres ne peut lui être inférieur ; par montant des fonds propres, il faut entendre, schématiquement :

- le capital social ou le fonds d'établissement (pour les sociétés d'assurance-mutuelles),
- le bénéfice mis en réserve,
- sur autorisation administrative, les plus-values latentes n'apparaissant pas au bilan.

Pour l'assurance-vie, les capitaux propres doivent, approximativement, être au moins égaux, pour que la marge de solvabilité soit constituée, à la somme des deux éléments suivants :

- 4 % des provisions mathématiques,
- 0,3 % des capitaux pris en charge.

Pour le calcul des fonds propres, les règles sont similaires à celles prévues en matière d'assurance-dommages, mais l'entreprise peut, en outre, prendre en compte 50 % des bénéfices futurs estimés pour la période de durée résiduelle moyenne des contrats qu'elle détient en portefeuille.

La présentation ainsi faite des modalités de calcul de la marge de solvabilité est fortement simplificatrice ; la prise en compte des risques réassurés, c'est-à-dire les risques pour lesquels l'assureur cède les primes à un réassureur qui indemnise, le cas échéant, les sinistres, n'a notamment pas été évoquée.

• **De la marge de solvabilité découle un autre ratio prudentiel, celui de fonds de garantie.** Le "fonds de garantie" (qui ne doit pas être confondu avec les fonds de garantie constitués par exemple en matière d'assurance automobile), est égal à un tiers de la marge de solvabilité. En clair, lorsque la marge de solvabilité est inférieure d'au moins deux tiers à son montant réglementaire, le fonds de garantie est entamé ; l'autorité administrative prescrit alors un plan de financement à court terme. Ce plan prévoit des mesures de sauvegarde à caractère immédiat. En revanche, lorsque la marge de solvabilité n'est plus atteinte, l'autorité administrative prévoit seulement un plan de redressement, moins contraignant et à plus long terme.

• **La règle de la congruence, enfin, est la quatrième grande règle de gestion qui s'impose aux entreprises d'assurance.** La congruence signifie que l'assureur doit couvrir les risques qu'il garantit par des placements libellés dans la même devise que ces risques.

Il s'agit donc d'éviter qu'une entreprise ne prenne des risques de change, risques qu'il n'entre pas dans sa vocation d'assumer.

Le principe de la congruence a été affirmé par la directive de 1973 sur la liberté d'établissement et repris, avec des assouplissements, par l'annexe à la directive du 22 juin 1988 sur la liberté de prestation de services en assurance de dommages.

Les règles sont, dans l'état actuel du droit, les suivantes :

- les engagements doivent être couverts par des placements libellés dans la monnaie dans laquelle sont stipulées les garanties du contrat ;
- à défaut de stipulation expresse, les placements doivent être libellés dans la monnaie du pays du risque ;
- pour l'assurance-transport, la monnaie de congruence est celle "correspondant à l'expérience acquise" (le risque n'est, en l'occurrence, pas toujours localisable avec précision) ;
- enfin, l'écu peut être considéré comme équivalent aux monnaies des différents Etats membres, à hauteur de 50 % au plus des placements correspondant à des engagements.

Deux assouplissements à la congruence peuvent être, en outre, mis en oeuvre :

- globalement, les entreprises d'assurance peuvent déroger à la congruence dans la limite de 5 % du total des actifs soumis à congruence, afin d'éviter que des risques libellés dans une devise pour une part minime du bilan n'obligent à acquérir des placements libellés dans cette même devise ;
- dans la limite de 20 % des engagements libellés dans une devise, les entreprises peuvent également déroger à la congruence.

L'ensemble de ces règles financières donne lieu à un contrôle de "l'autorité administrative". Pour l'instant, cette autorité administrative est le ministre de l'économie et des finances, assisté dans cette tâche par la direction des assurances.

2. Le contrôle des entreprises d'assurance

L'autorité administrative surveille les entreprises d'assurance de deux manières distinctes :

- par un contrôle *a priori* de l'aptitude potentielle de l'entreprise qui se crée à assumer ses engagements envers les assurés : ce contrôle débouche sur la délivrance d'un agrément ;

- par un contrôle permanent du respect, par l'entreprise d'assurance, des règles comptables et des règles de gestion qui s'imposent à elle.

• Le contrôle a priori s'exerce par la voie de l'agrément; ce type d'autorisation administrative est général en matière d'activités financières (établissements de crédit, organismes de placement collectif en valeurs mobilières, etc...).

Il existe, en matière d'assurance, deux types d'agrément : l'agrément administratif général que toute entreprise doit obtenir avant de pouvoir s'établir et l'agrément spécial que doivent, en outre, obtenir les entreprises extracommunautaires.

Si l'agrément spécial est discrétionnaire, l'agrément administratif repose sur des critères fixés par les normes européennes : le contrôle porte notamment sur les moyens financiers dont la mise en oeuvre est proposée, sur le programme d'activité de l'entreprise et sur l'honorabilité des futurs dirigeants.

L'agrément est délivré par le ministre de l'économie et des finances ; pour l'agrément administratif général, un éventuel refus doit être précédé d'une consultation du Conseil national des assurances (cf. commentaire des articles 19 et 20 du projet de loi).

• Le contrôle permanent est exercé par le corps des commissaires contrôleurs des assurances.

La création de ce corps a été décidée par la loi de 1898 sur les accidents du travail, qui a instauré un mécanisme d'assurance obligatoire pour ce type de risque dont les commissaires contrôleurs devaient surveiller l'application et, par extension, les comptes des entreprises d'assurance concernées.

Jusqu'en 1945, le corps des commissaires contrôleurs a été rattaché au ministère du travail ; à compter de cette date, il a été placé sous l'autorité du ministre de l'économie et des finances.

Trois voies d'accès au corps coexistent : l'affectation à la sortie de l'Ecole polytechnique est le mode principal de recrutement.

L'effectif budgétaire actuel du corps est de 46 (inchangé, depuis 1980) ; l'effectif réellement affecté à des missions de contrôle oscille, selon les informations fournies à votre rapporteur, entre 30 et 35.

Les commissaires contrôleurs ont des pouvoirs de contrôle sur pièces et sur place, dans les locaux des entreprises d'assurance. Ils sont astreints, par prestation de serment, au secret professionnel et sont habilités à constater par procès-verbal les infractions à la réglementation des assurances.

A l'issue d'un contrôle, un rapport est rédigé ; lorsque ce rapport contient des observations, il est communiqué à l'entreprise, qui peut apporter des réponses aux griefs articulés à son encontre.

Le fondement du contrôle est défini par l'article L.310-1, premier alinéa, du code des assurances :

"Le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurance et de capitalisation".

Le respect de l'intérêt des assurés implique celui de l'ensemble de la législation ou de la réglementation applicables aux entreprises d'assurance, qui sont, en principe, conçus dans ce but.

De facto, le contrôle s'exerce, principalement, sur les éléments suivants :

- sincérité et exactitude des comptes,
- modalités de calcul des diverses provisions techniques prescrites par la réglementation,
- respect des normes prudentielles fixées par le code des assurances et, plus particulièrement, de la marge de solvabilité et de la répartition des placements,
- respect des dispositions relatives à la participation des assurés aux bénéfices de l'entreprise (en vie et en capitalisation).

Le contrôle ayant pour but de vérifier la capacité des entreprises d'assurance à faire face aux engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés peut déboucher sur des observations relatives aux choix de gestion ; telle n'est pas, toutefois, sa finalité. Le code des assurances n'habilite pas les commissaires contrôleurs, actuellement, à porter de jugement sur l'opportunité des décisions de gestion. Le contrôle est donc, en principe, un contrôle de régularité, contrairement, par exemple, à celui exercé par la Cour des comptes sur l'action des administrations (fondé sur la notion de "bon emploi des deniers publics").

Les suites que le ministre de l'économie et des finances peut donner aux observations faites par les commissaires contrôleurs consistent, en droit, à retirer l'agrément si les manquements commis le justifient. Cette sanction, par son ampleur, a un effet essentiellement dissuasif.

Il existe, il est vrai, diverses sanctions pénales prévues par le code des assurances, généralement inspirées du droit pénal des sociétés (présentation de faux bilans, dissimulations frauduleuses dans les documents présentés au public, etc...).

Ces sanctions pénales, toutefois, sont souvent de peu d'efficacité, en raison de leur lourdeur, des spécificités de la procédure pénale et de leur inadaptation aux manquements qui, sans présenter de caractère frauduleux, mettent en danger la sécurité des assurés.

C. LES ENTREPRISES D'ASSURANCE : APPROCHE ECONOMIQUE

L'impact économique des entreprises d'assurance peut se mesurer au chiffre d'affaires du secteur, au nombre de personnes auxquelles il procure un emploi et au volume des placements financiers qu'il engendre.

Cette première approche économique doit être complétée par l'examen de la structure du secteur de l'assurance et par les perspectives qu'offre son rapprochement, encore en gestation, avec le secteur bancaire.

1. Les principaux chiffres afférents aux entreprises d'assurance

- **Le chiffre d'affaires de l'assurance française**, qui se monte à 332 milliards de francs au total en 1987, a connu un développement spectaculaire ; il n'était que de 300 milliards de francs en 1986.

L'emploi ne connaît pas une augmentation à la mesure de celle du chiffre d'affaires : il a même légèrement décliné en 1987 (210.230 personnes employées, contre 211.100 en 1986). Sur ces 210.230 emplois, 122.500 relèvent des entreprises d'assurance *stricto sensu* et 87.730 des activités de distribution ou d'expertise.

• La structure du secteur est marquée par une concentration relativement forte : les quinze premiers groupes d'assurance représentent, en effet, plus de 75 % du chiffre d'affaires global.

Les quinze premiers groupes d'assurance français en 1987 (1)
(en milliards de francs)

Groupe	C.A.	Groupe	C.A.
1. U.A.P.	51	9. Garantie Mutuelle des	
2. Axa-Midi	35	Fonctionnaires	7
3. A.G.F.	29	10. M.A.C.I.F.	7
4. Groupama	23	11. Préservatrice Foncière	7
5. G.A.N.	21	Assurance	7
6. Victoire	15	12. Prédica	6
7. Caisse nationale de		13. Via-Rhin et Moselle	6
prévoyance	13	14. M.A.A.F.	6
8. Mutuelle du Mans	13	15. M.A.I.F.	5

(1) Tableau emprunté à l'ouvrage de MM. Bouchaert et Schor, les sociétés d'assurance en France.

Parmi les quinze premiers groupes apparaissent trois entreprises nationales (U.A.P., A.G.F. et G.A.N.), un établissement public (la Caisse nationale de prévoyance), situé dans la mouvance de la Caisse des dépôts et consignations, six sociétés d'assurance mutuelles (dont la plus importante, Groupama, regroupe l'ensemble des assurances mutuelles agricoles), une filiale de banque (Prédica, filiale du crédit agricole) et quatre groupes privés seulement (Axa-midi, Victoire, P.F.A. et Via-Rhin).

Par rapport à l'exercice précédent, deux faits marquants peuvent être relevés :

- la remarquable augmentation du chiffre d'affaires de l'U.A.P. (51 milliards de francs en 1987 contre 38,7 milliards en 1986),
- la création d'un groupe privé de taille internationale, avec le rapprochement d'Axa et de la Compagnie du Midi (chiffre d'affaires d'Axa seul : 19,7 milliards de francs en 1986 ; chiffre d'affaires d'Axa-midi : 35 milliards de francs en 1987).

La concentration des entreprises d'assurance reste néanmoins encore insuffisante (cf. ci-dessous, chapitre II : l'enjeu économique de l'ouverture européenne).

• Les placements des entreprises d'assurance atteignent en 1987, 720,4 milliards, soit une progression de 117,9 milliards de francs (+ 19,6 %).

Par rapport à l'épargne brute nationale, qui s'est élevée à 1.037 milliards de francs en 1987, les placements nouveaux des entreprises d'assurance ont donc représenté 11 %.

Les parts de l'assurance-vie et de l'assurance de dommages ont évolué comme suit dans le total des placements (1).

	1983	1984	1985	1986	1987
. Assurance-vie					
- en milliards de francs	190,4	228,2	284,6	361,8	451,2
- en pourcentage	54	56	54	60	63
. Assurance-dommages					
- en milliards de francs	160,6	182,4	204,6	240,7	269,2
- en pourcentage	46	44	43	40	37
Total	351	410,6	489,2	602,5	720,4

(1) Source : F.F.S.A.

Par une évolution régulière et qui tend à s'accélérer, la part des placements imputables à l'assurance-vie devient donc prépondérante. Le flux nouveau des placements a d'ailleurs résulté à concurrence de 75 % de l'assurance-vie en 1987.

La ventilation de ces placements s'est, par ailleurs, établie comme suit (1).

	1986		1987	
	en milliards de francs	en %	en milliards de francs	en %
. Obligations (et OPCVM obligataires)	325,7	54	395,3	54,9
. Actions	113,3	18,8	156,2	21,7
. Immeubles	96,1	15,9	103	14,3
. Prêts	27,7	4,6	24,4	3,3
. Liquidités et divers	39,7	6,7	41,5	5,9
Total	602,5	100	720,4	100

(1) Source : F.F.S.A. et direction des assurances.

La répartition des placements démontre la prépondérance des obligations ; la part des actions tend, en outre, à augmenter ; les entreprises d'assurance détenaient d'ailleurs, en 1987, 15,2 % de la capitalisation boursière des actions cotées sur le marché financier français. La part des immeubles, qui semble n'être que de 14,3 % en 1987, est très sous-évaluée. Les immeubles sont en effet évalués à leur valeur historique (coût d'acquisition ou coût de construction), sous réserve des réévaluations des bilans ; cette règle d'évaluation est, en principe, appliquée pour tous les placements, mais la très faible rotation des actifs immobiliers rend, en l'occurrence, particulièrement substantiel le montant des plus-values latentes non comptabilisées.

La localisation du parc immobilier des entreprises d'assurance, principalement situé à Paris et en région parisienne où les hausses des prix de l'immobilier ont été les plus fortes, rend cette sous-estimation encore plus flagrante (51 % du parc de locaux d'habitation est situé à Paris et 32 % en région parisienne ; pour les locaux à usage professionnel, ces proportions sont de 38 % et 51 %) (1).

2. Le rapprochement banque-assurance (2)

Le décloisonnement des circuits financiers, le développement de l'assurance-vie, la nécessité de constituer des groupes financiers d'envergure internationale, conjugués à quelques récents accords importants (B.N.P.-U.A.P., Dresdner bank-Allianz) ont récemment attiré l'attention sur les perspectives d'un possible rapprochement des métiers de l'assurance et de la banque.

La mutation fondamentale qui résulterait de la concrétisation de cette possibilité appelle deux séries d'observations : l'hétérogénéité de ces deux métiers n'empêche pas une certaine forme de concurrence d'apparaître ; la solution du rapprochement pourrait donc, à terme, triompher, mais ses modalités demeurent encore incertaines.

a) Hétérogénéité des métiers mais apparition de la concurrence

• Les métiers de l'assurance et de la banque apparaissent au premier abord, fondamentalement dissemblables :

(1) Source : F.F.S.A., l'assurance française en 1987.

(2) Sources : M. Denis Kessler, Conférence prononcée à l'A.F.B. ; intervention de M. Philippe Lagayeth reproduite par "info-banque" ; Conférence prononcée à Rome en avril 1989 par M. Lejart, directeur général de l'U.A.P

- *quant à leur nature intrinsèque* : les entreprises d'assurance ont vocation à garantir des risques, les banques à accorder des crédits en collectant des ressources corrélatives ;
 - *quant à leur situation financière* : les entreprises d'assurance sont titulaires de placements relativement liquides, figurant à l'actif de leur bilan, les banques sont débitrices des dépôts qui sont inscrits à leur passif et détiennent, à leur actif, des créances dont la mobilisation est incertaine ;
 - *quant à la nature des risques pris* : les entreprises d'assurance encourent un risque lié à la réalisation d'un événement aléatoire, les banques supportent un risque de non remboursement de leurs créances et un risque d'augmentation du coût de leurs ressources ;
 - *quant au rôle des réseaux de distribution* : les guichets bancaires accomplissent de multiples prestations relativement standardisées, les réseaux de distribution des entreprises d'assurance sont conduits à proposer des produits à la fois plus compliqués et plus personnalisés.
- **Cette hétérogénéité n'empêche pas la concurrence de se développer entre les deux types d'entreprises.**

Cette concurrence passe d'abord par la similitude de certains des produits proposés par les entreprises d'assurance et les établissements bancaires ; les produits d'assurance-vie, dont le terme est aujourd'hui, plus fréquemment qu'auparavant, compris entre six et dix ans, se rapprochent de certains produits bancaires : bons de caisse, dépôts à terme (dont la rémunération, au-delà d'un certain montant, est désormais libre et proche du taux du marché monétaire). La concurrence porte donc sur la collecte de l'épargne à moyen terme.

Certes, les produits d'assurance-vie et de capitalisation comportent, en principe, un taux d'intérêt garanti, alors que la plupart des produits financiers impliquent, pour leur détenteur, un risque de taux d'intérêt. Cette analyse n'est toutefois plus totalement exacte depuis le développement des contrats d'assurance-vie assis sur des actions de S.I.C.A.V. obligataires.

Cette similitude des produits d'assurance-vie et de certains produits financiers a d'ailleurs été reconnue dans le cadre du dispositif du plan d'épargne en vue de la retraite déjà évoqué (1).

La concurrence porte ensuite sur la distribution des produits.

D'une part, les entreprises d'assurance ont la faculté d'effectuer des prêts (prêts aux collectivités locales, prêts immobiliers etc...), activité qui entre directement dans le champ d'intervention des banques.

D'autre part, les groupes bancaires utilisent de plus en plus leurs réseaux de guichets pour distribuer des produits d'assurance-vie. Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, les établissements bancaires peuvent être agréés à cette fin par une entreprise d'assurance ; ils ont surtout la faculté de créer une société d'assurance-vie filiale, ayant en charge la "fabrication" des produits d'assurance-vie que leurs guichets distribuent. La concurrence faite alors aux compagnies d'assurance déjà en place se double d'une concurrence faite aux réseaux traditionnels de distribution de l'assurance (agents généraux, notamment).

b) Les voies d'un rapprochement

L'hétérogénéité même des métiers de l'assurance et de la banque peut être un facteur de rapprochement. La banque et l'assurance peuvent, en effet, être considérées comme deux activités complémentaires.

Cette complémentarité passerait, en premier lieu, par les flux financiers des deux catégories d'établissements : les entreprises d'assurance disposent de ressources considérables, les banques ont un besoin de financement structurel. Le mécanisme de la "titrisation", introduit par la loi du 23 décembre 1988 sur les organismes de placements collectifs en valeurs mobilières et portant création de fonds communs de créances paraît, à cet égard, bien adapté : une banque soucieuse "d'alléger" l'actif de son bilan peut, par exemple, créer un fonds commun de créances dont l'entreprise d'assurance accepte de souscrire les parts.

(1) que votre rapporteur n'approuve pas dans la plupart de ses aspects.

Il convient toutefois d'observer que la "désintermédiation" financière tend plutôt à limiter, indirectement, le besoin de financement des banques.

Les possibilités de rapprochement pourraient passer également par l'utilisation conjointe des réseaux : une banque distribuerait des produits d'assurance, les agents généraux d'une entreprise d'assurance commercialiseraient des produits bancaires (octroi de prêts qui seraient ensuite gérés par la banque, par exemple). Une telle évolution est probable pour la distribution de l'assurance-vie. Elle ne doit pas être surestimée dans son ampleur : la gestion de l'assurance-dommages, par exemple, semble devoir demeurer une activité exercée uniquement par des personnes spécialisées, sauf pour la commercialisation pure des produits les plus simples.

Le rapprochement B.N.P./U.A.P.
(extraits du dossier de presse - 23 mars 1989)

1) Les objectifs du rapprochement

- "la B.N.P. et l'U.A.P. ont des activités largement complémentaires ; cette complémentarité résulte des objectifs propres poursuivis par les deux groupes : la B.N.P. développe déjà la distribution des produits d'assurance-vie ; l'U.A.P. souhaite, pour sa part, élargir la gamme des produits qu'elle propose (produits d'épargne, crédits, carte privative)" ;
- "le rapprochement permettra de s'appuyer sur une puissante force commerciale liée à l'étendue et à la pluralité des réseaux ; une action commune pourrait être menée :
 - Par la vente de produits simples d'assurance-dommages dans le réseau B.N.P.,
 - par la création conjointe de fonds communs de placements" (etc) ;
- "à long terme, les participations dans des entreprises individuelles et commerciales pourraient faire l'objet d'une gestion coordonnée".

2) Les moyens du rapprochement

- "afin d'assurer la pérennité de leur rapprochement commercial, les deux groupes vont échanger des participations au plus égales à 10 % du capital social" (cf. commentaire de l'article 28 du présent projet de loi) ;
- "un comité de développement et de coordination sera créé dès maintenant".

*

* *

Le rapprochement entre la banque et l'assurance est l'une des principales évolutions qui se dessinent dans le secteur des assurances.

Ces évolutions s'inscriront dans un contexte très différent de celui qui prévalait auparavant : l'ouverture européenne.

CHAPITRE II

LE SECTEUR DES ASSURANCES FACE A L'ECHEANCE EUROPEENNE

I. LES ETAPES DE L'OUVERTURE EUROPEENNE

La réalisation du marché unique en matière d'assurance comporte trois étapes.

La première étape a déjà été franchie en 1973 et 1979, avec l'instauration de la liberté d'établissement.

La seconde étape devrait connaître son aboutissement avec l'adoption du présent projet de loi : il s'agit de l'introduction, dans la législation nationale, de la directive du 22 juin 1988 sur la libre prestation de services en assurance de dommages.

La troisième étape, enfin, sera constituée par l'introduction de la libre prestation de services en assurance-vie.

A. L'INSTAURATION DE LA LIBERTE D'ETABLISSEMENT

• La "liberté d'établissement" est le fait, pour une entreprise d'assurance ressortissante d'un pays membre de la Communauté européenne, de pouvoir installer une succursale dans un autre Etat membre dans les mêmes conditions que celles qui sont applicables à la création d'une entreprise par des ressortissants de cet autre Etat membre ; la même règle doit s'appliquer en cas de création d'une société filiale.

• **Le principe de la liberté d'établissement résulte de l'article 52 du traité de Rome, qui stipule, pour les activités non salariées leur exercice "dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants".**

Cet article a été progressivement mis en oeuvre en matière d'assurance par des directives, adoptées par le Conseil des ministres des Etats membres (sur proposition de la Commission des communautés et après avis du Parlement européen et du Comité économique et social européen).

• **En assurance de dommages, la liberté d'établissement est devenue effective avec deux directives du 21 juillet 1973 ; la première est une "directive de coordination", la seconde une "directive de libération". La seconde de ces directives ne fait que poser le principe de la liberté d'établissement ; les règles les plus importantes sont donc fixées par la directive d'harmonisation, qui vise à harmoniser le contrôle étatique portant sur les entreprises d'assurance.**

Comme l'indique M. Jean Flory (1), *"ces directives étaient moins importantes par l'espace de liberté qu'elles ouvraient aux entreprises d'assurance - tout le monde était déjà à peu près établi chez tout le monde - que parce qu'elles posaient la définition de règles communes en matière d'agrément et en matière de garanties financières."*

La directive d'harmonisation du 21 juillet 1973 a notamment défini précisément les conditions de l'agrément : contrôle du programme d'activité, des moyens financiers, de l'honorabilité des dirigeants, interdiction d'une appréciation fondée sur les "besoins économiques du marché", etc...

• **En assurance-vie, la liberté d'établissement a été concrétisée par une directive du 5 mai 1979. Cette directive a dû résoudre la question de la "spécialisation de la branche vie" ; certains pays (Grande-Bretagne notamment) permettent à la même entreprise de pratiquer à la fois l'assurance-vie et l'assurance de dommages ; dans les autres pays, ces deux branches doivent obligatoirement être gérées par des entreprises distinctes, en raison des différences substantielles entre ces deux types d'assurance (l'assurance dommages fonctionne selon un mécanisme de répartition : les primes de l'année payent les sinistres de cette même année ; l'assurance-vie fonctionne systématiquement en capitalisation).**

(1) L'Europe des assurances, par M. Jean Flory, délégué général de la F.F.S.A., conférence prononcée à l'A.F.B. en décembre 1987.

La directive a donc prévu une obligation de spécialisation pour les entreprises nouvelles ; pour les entreprises déjà créées et pratiquant à la fois l'assurance-vie et l'assurance de dommages, des règles de gestion distinctes des actifs afférents à l'une et l'autre des deux branches ont dû être mises en place.

- L'harmonisation des règles nationales afférentes aux entreprises d'assurance est loin d'être achevée : des directives relatives à la liquidation des entreprises d'assurance (question qui peut déboucher sur le problème du cantonnement des actifs des compagnies d'assurance-vie) ou aux comptes des sociétés d'assurance (dont l'élaboration suppose résorbée la question du calcul des provisions techniques) sont encore en gestation.

B. LA LIBERTE DE PRESTATION DE SERVICES EN ASSURANCE DOMMAGES

- Comme le rappelle notre collègue Josy Moinet dans son remarquable rapport fait au nom de la Délégation parlementaire pour les communautés européennes (1) :

"Deux conceptions s'opposent quant à l'application de principe du traité de Rome au secteur des assurances, opposition qui explique sans doute que soit toujours en discussion une proposition de directive remontant à 1976 (2)

"La première des conceptions en présence repose sur une interprétation libérale du traité de Rome, dont les articles 59 et 60 seraient applicables de plein droit au secteur des assurances

"La seconde s'appuie sur la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés qui, tout en considérant... la libre prestation de services comme étant d'application directe... permettent l'application de règles restrictives motivées par l'intérêt général".

- Cette jurisprudence, tout en admettant le principe général de la liberté de prestation de services, c'est-à-dire le droit pour une entreprise établie dans un Etat membre de fournir des prestations dans un autre Etat membre, déclarait conforme au traité de Rome "les exigences spécifiques, imposées au prestataire de services, justifiées par l'intérêt national".

(1) La libéralisation du secteur des assurances, 3 février 1988.

(2) Cette proposition est devenue la directive du 22 juin 1988.

Cette doctrine a été confirmée par les arrêts du 4 décembre 1986 rendus à propos de l'introduction dans la législation nationale de quatre Etats (dont la France) de la directive de 1978 relative à la coassurance communautaire (1). Ces arrêts (qui ont condamné les pays visés) posent deux principes :

- l'intérêt général (c'est-à-dire celui des consommateurs) doit être garanti ;
- dès lors que la directive est suffisamment précise à cet égard, toute réglementation nationale plus contraignante est contraire au traité de Rome.

• Cette interprétation a été retenue par la directive du 22 juin 1988 sur la liberté de prestation de services en assurance de dommages.

"Aucun pays ne poussait vraiment à l'accomplissement de progrès en matière de libre prestation de services en assurance. Le sentiment dominant était que l'établissement était la forme à laquelle il fallait se tenir pour la réalisation de l'Europe de l'assurance. Aucun pays ... sauf l'Angleterre La demande venait surtout des Lloyds qui ont l'habitude de ne pas s'établir réellement à l'étranger et aussi du courtage britannique qui souhaitait pouvoir devenir actif dans toute la Communauté".

L'incidence de cette directive sera-t-elle fondamentale ?

Selon M. Jacques Lallement (3), ce "n'est pas le big bang de l'assurance européenne ; la directive met sagement en oeuvre une L.P.S. tempérée

«Les entreprises vont-elles travailler en L.P.S. ou plutôt par établissements ? Quel sera le degré de développement des opérations transfrontalières ? Même si l'on aperçoit quelques lignes d'évolution, comme l'intensification du mouvement de concentration ou la mise en place de stratégies de distribution à l'échelle communautaire, les incertitudes du nouveau paysage européen ne permettent guère de s'avancer beaucoup aujourd'hui dans les prévisions."

(1) La coassurance est une opération par laquelle plusieurs compagnies se groupent pour assurer ensemble un risque ; chacune est donc assureur pour une part du contrat. L'entreprise qui est en relation directe avec l'assuré et gère le contrat est dénommée "l'apériteur".

(2) Conférence déjà citée de M. Jean Flory.

(3) Président de la F.F.S.A., in "perspective européenne à l'horizon 1992".

La directive du 22 juin 1988 limite sa propre incidence en posant un principe général d'application de la loi du pays de situation du risque au contrat. Ainsi, la priorité est donnée à l'ouverture des frontières sur l'harmonisation ; ainsi, également, les entreprises devront satisfaire aux exigences nationales en matière de protection des consommateurs. On peut dès lors se demander si l'établissement ne demeurera pas la solution privilégiée.

La situation sera, en réalité, très différente pour les "grands risques" et les "risques de masse".

• Cette distinction constitue l'élément fondamental de la directive du 22 juin 1988.

Les "grands risques" sont, aux termes de cette directive, les risques afférents au transport et au crédit aux entreprises.

Sont en outre considérés comme "grands risques" les risques assurés par des entreprises répondant à au moins deux des critères suivants :

- employer plus de 500 personnes,
- avoir un bilan d'un montant total supérieur à 12,4 millions d'écus,
- avoir un chiffre d'affaires supérieurs à 24 millions d'écus.

Ces critères ne sont valables que jusqu'au 31 décembre 1992. A compter de cette date, les chiffres proposés seront divisés par deux.

Les "risques de masse" sont l'ensemble des risques autres que les grands risques.

Pour les grands risques, le principe de la liberté des prestations de services est absolu ; pour les autres, celle-ci peut être subordonnée à des règles "d'approbation des conditions générales et spéciales des polices d'assurance à condition toutefois que les règles de l'état de l'établissement ne suffisent pas et que les exigences de l'Etat de prestation de services ne soient pas excessives (article 5 de la directive).

Ainsi, la directive reproduit les principes des arrêts "coassurance communautaire" de décembre 1986 : le contrôle peut subsister lorsque l'intérêt des consommateurs l'exige.

C. LES PERSPECTIVES DE L'OUVERTURE EUROPEENNE

• Après l'instauration de la liberté de prestation de services en assurance de dommages, la dernière grande échéance du processus d'ouverture européenne du marché de l'assurance sera l'introduction de la liberté de prestation de services en assurance-vie.

Une telle introduction sera le corollaire logique de la suppression de toute restriction aux mouvements de capitaux, qui devrait intervenir au 1er juillet 1990.

• Comme le souligne M. Benoit Jolivet (1) *"à l'inverse de l'assurance de dommages où, pour certains risques (risques industriels et risques liés au transport), les assureurs n'ont pas hésité, depuis une dizaine d'années, à s'établir sur les marchés étrangers, l'assurance sur la vie se caractérise encore par le cloisonnement des marchés nationaux ; dans la part des opérations réalisées à l'étranger par les assureurs français, l'assurance sur la vie représente moins de 20 %"*.

Cette limitation, jusqu'à présent, du recours à la liberté d'établissement, résulte probablement de l'hétérogénéité des marchés : les deux principaux marchés en Europe, l'Angleterre et l'Allemagne (60 % des encaissements constatés dans la Communauté) sont, par exemple, très dissemblables quant au contrôle exercé : très souple en Grande-Bretagne, il est au contraire extrêmement rigoureux en Allemagne.

Deux facteurs de délocalisation ne doivent toutefois pas être négligés :

- le développement des assurances collectives dont les gestionnaires sont à la recherche de meilleures conditions,
- l'utilisation de plus en plus fréquente des moyens télématiques.

• Dans ce contexte général, la commission des Communautés a adopté, le 23 décembre 1988, une proposition de directive relative à l'assurance-vie. Cette proposition ne porte pas sur les contrats de groupe. Les principes qu'elle propose sont les suivants :

(1) Actuel directeur des assurances - article paru dans le numéro du 30 mars 1989 d'Eurépargne.

- une distinction serait opérée entre la "libre prestation de services active" et la "libre prestation de services passive"; la L.P.S "passive" concernerait le cas où l'assuré prendrait l'initiative de rechercher un assureur à l'étranger; *a contrario*, la L.P.S. "active" impliquerait le recours au démarchage par l'assureur;

- en cas de L.P.S. "passive", le contrôle appliqué sera celui de l'Etat de l'assureur; en cas de L.P.S. "active", en revanche, un contrôle pourra être effectué par l'Etat de résidence de l'assuré.

• Outre l'introduction de la libre prestation de services en assurance-vie, une autre échéance devrait rapidement survenir en matière d'assurance automobile; ce risque a, en effet, été exclu du champ d'application de la directive du 22 juin 1988.

*

* *

L'ouverture européenne est donc, juridiquement, en voie d'un achèvement; il convient, dans ces conditions, de s'interroger sur la capacité des entreprises d'assurance françaises à affronter la concurrence à l'échelle de la Communauté.

II. L'ENJEU ECONOMIQUE

A. LA COMPETITIVITE DES ENTREPRISES ET DES PRODUITS D'ASSURANCE FRANÇAIS DOIT ETRE AMELIOREE

1. Les entreprises

Des entreprises de petite taille

Les entreprises d'assurance françaises ont en moyenne une dimension inférieure aux grandes compagnies mondiales et européennes.

Dans le classement des cinquante premières entreprises mondiales (en fonction des actifs), on ne dénombre qu'une seule compagnie française (U.A.P.) au vingt-troisième rang alors qu'on y

trouve sept compagnies anglaises dont la plus importante (Prudential Corporation) arrive au dixième rang, trois compagnies allemandes dont la première est au seizième rang (Allianz), trois compagnies suisses.

La première compagnie américaine (Prudential) représente 85 % du total des actifs de l'ensemble des compagnies françaises.

Par ailleurs, la concentration du secteur des assurances reste encore faible. Les cinq premiers groupes ne détiennent que 40 % du marché et les dix premiers 55 %.

**Classement des quinze premières compagnies
d'assurance européennes
Encaissements bruts (*) 1986
(primes brutes consolidées en millions de FF)**

	C.A. global	Vie	Non-vie
ALLIANZ WORLDWIDE (D)	63 552	25 692	37 860
GROUPE ZURICH (CH)	46 443	11 673	34 770
UAP (F)	38 763	16 300	22 463
GENERALI (I)	37 444	11 418	26 026
ROYAL INSURANCE (GB) (*)	35 971	6 549	29 422
NATIONALE NEDERLANDEN (NL)	31 366	17 187	14 179
PRUDENTIAL (GB) (*)	30 520	22 249	8 271
WINTERTHUR (S)	30 240	10 719	19 521
COMMERCIAL UNION (GB) (*)	26 166	6 840	19 327
SUN ALLIANCE (GB) (*)	25 532	6 665	18 867
AGF (F)	25 366	11 348	14 018
GENERAL ACCIDENT (GB) (*)	22 589	1 921	20 668
GUARDIAN ROYAL EXC. (GB) (*)	20 295	5 930	14 365
AXA (F)	19 774	4 054	15 720
GAN (F)	19 569	8 023	11 546

Source : F.F.S.A.

(*) Sauf pour les compagnies britanniques pour lesquelles chiffres disponibles sont nets de réassurance, ces groupes ne pouvant pas fournir de données brutes. A titre d'exemple, la Société d'analyse financière et économique (SAFE) donne des estimations brutes en francs pour certaines d'entre elles :

Royal Insurance : 42.000 FF ; Prudential : 35.000 FF ;

Commercial Union : 29.000 FF ;

General Accident : 26.000 FF ; Guardian Royal Exchange : 22.000 FF

N.B. Les Lloyd's et la Mutualité agricole n'ont pas été pris en compte en raison de leur nature particulière.

La dimension plus faible des entreprises françaises s'explique très largement par le développement plus grand des régimes publics de protection sociale, mais aussi et cumulativement, par le fait que :

- la dimension du marché national est restée trop étroite pour permettre aux compagnies françaises d'acquérir une taille et une surface financière importante, comparable à celles des grandes compagnies mondiales ;

- l'éventail des produits offerts est resté trop concentré sur l'assurance de dommages des particuliers au détriment des produits d'assurance-vie ou d'assurance-retraite et des produits à destination des entreprises qui présentent pourtant le plus fort potentiel de développement ;

Dans ces conditions, la réalisation du marché unique européen et l'intensification de la concurrence devraient conduire à un regroupement des entreprises françaises et à un rapprochement avec les entreprises étrangères.

Cette évolution a déjà commencé. Ainsi, par exemple, le regroupement des filiales d'assurances AXA et A.G.P. au sein d'une société holding commune AXA-Midi ou le rachat par la Compagnie du Midi de la société anglaise Equity and Law.

Une compétitivité à améliorer

Les comparaisons internationales disponibles sur les coûts de gestion de l'assurance sont relativement anciennes et ne font pas apparaître, au niveau global, de désavantages marqués en faveur des entreprises françaises. Si la gestion de l'assurance est plus coûteuse en France qu'en Allemagne (ou qu'aux Etats-Unis), elle reste cependant moins onéreuse qu'en Grande-Bretagne ou que dans les autres pays européens du Sud.

Mais les coûts de gestion varient considérablement selon les branches d'assurance. La part des frais de gestion dans l'assurance-vie (17 %) reste très inférieure à celle de l'assurance-dommages (30 %), branche qui représente pourtant 60 % du chiffre d'affaires total des assurances en France.

Ces différences traduisent l'incidence du poids des réseaux de distribution. La distribution de l'assurance-vie est opérée en effet pour l'essentiel (à 77 %) par les sociétés elles-mêmes sans recours à des intermédiaires alors que l'assurance-dommages est largement distribuée par des intermédiaires (à 71 %).

Des réseaux de distribution à adapter

L'organisation de la collecte des primes repose sur la coexistence de plusieurs réseaux :

- le réseau des agents généraux d'assurance qui sont mandataires des sociétés d'assurance et liés à elles par des accords de distribution ;
- le réseau des sociétés travaillant sans intermédiaires, essentiellement les sociétés constituées sous forme de mutuelles (M.A.C.I.F., M.A.A.F., G.M.F.,...);
- le réseau des sociétés liées à des groupes bancaires par des accords de réseaux ;
- le réseau des cabinets de courtage qui sont mandataires de leurs clients.

Si la rationalisation des réseaux de mutuelles et des réseaux affiliés aux groupes bancaires s'est fortement accrue ces dernières années avec des résultats très remarquables en matière de coûts de gestion, en revanche, les réseaux traditionnels souffrent encore de nombreux handicaps comme l'a souligné le rapport Achard de 1987 sur les perspectives pour le système financier français du marché unique européen.

Le réseau des agents généraux se caractérise par :

- des méthodes commerciales insuffisantes (marketing, démarchage,...);
- une faible spécialisation qui ne permet pas de satisfaire aux demandes de plus en plus élaborées de la clientèle, notamment en matière d'assurance de la personne ;
- un nombre trop important d'agences à faible niveau d'activité qui grève les coûts d'ensemble ;
- une mauvaise répartition des agences sur le territoire avec une sous-couverture des zones urbaines.

Le réseau des cabinets de courtage présente des caractéristiques comparables à celles de la moyenne européenne mais reste néanmoins très inférieur au réseau anglais et *a fortiori* au réseau américain.

Ainsi le premier cabinet de courtage français arrive au 17ème rang mondial ; son chiffre d'affaires ne représente que 5 % du montant de celui du premier cabinet mondial, qui est américain, et 10 % de celui du premier cabinet anglais qui, à lui seul, réalise un chiffre d'affaires égal à celui de tous les cabinets français.

Une implantation à l'étranger insuffisante

L'assurance française dispose à l'étranger d'un réseau de succursales et de filiales non négligeable. Elle réalise ainsi 14 % de son chiffre d'affaires à l'extérieur, ce qui la place au troisième rang des exportateurs mondiaux, après la Suisse et la Grande-Bretagne.

Activité internationale de l'assurance française
(en millions de francs)

	1975	1980	1985	1986 (*)
Assurance directe :				
Succursales et Agences	2 636	3 516	5 327	5 700
Filiales	2 617	7 611	18 900	21 000
Souscriptions en France de risques étrangers	747	2 096	4 630	4 800
Total	5 747	13 223	28 857	31 500
Réassurances (risques étrangers) :				
Par assureurs directs	309	465	1 116	1 290
Par réassureurs professionnels ..	1 582	5 614	12 000	13 600
Total	1 891	6 079	13 116	14 890
Total C.A. étranger	7 638	19 302	41 973	46 390
C.A. global	64 503	132 400	271 834	303 142
Part de l'activité internationale ..	11,8 %	14,6 %	15,4 %	15,3 %
<i>Source : Fédération française des sociétés d'assurances.</i>				
<i>(*) Estimations.</i>				

Toutefois, la progression du chiffre d'affaires à l'étranger reste inférieure à celle du chiffre d'affaires en France, ce qui résulte pour partie de l'effet mécanique de la croissance du chiffre d'affaires interne (assurance-vie notamment) mais aussi d'un dynamisme extérieur encore insuffisant.

La réassurance, qui représente une part importante de l'activité internationale et qui recèle un fort potentiel de croissance reste encore insuffisamment développée.

La liberté de prestation de services va permettre aux grandes entreprises américaines et japonaises de s'introduire en Europe à partir d'un seul pays de la Communauté, ce qui intensifiera la concurrence à laquelle les entreprises françaises devront faire face.

Les compagnies étrangères ont déjà pris plus du tiers du marché des risques industriels par l'intermédiaire notamment des grands cabinets de courtage.

2. Les produits d'assurance

Les atouts

- La réglementation des assurances françaises est une réglementation écrite qui codifie toutes les situations particulières de façon extrêmement précise.

Cette situation, différente de celle de l'assurance anglaise où la codification reste peu importante et où l'interprétation jurisprudentielle des textes revêt une importance décisive, peut présenter certains avantages en termes de sûreté des contractants. Elle n'est cependant pas sans inconvénient du fait de la complexité des règles d'assurances qu'elle entraîne.

- Dans certains cas, la réglementation des assurances françaises est plus favorable aux assurés que les réglementations étrangères. Ainsi en est-il, par exemple, de la sous-assurance d'un bien garanti qui donne lieu, en cas de dommages, à une indemnisation proportionnelle en France alors que dans d'autres pays elle entraîne une annulation pure et simple du contrat.

- Le développement de l'assurance-dommages des particuliers a atteint un niveau élevé. Ainsi, la France se situe sur ce point au quatrième rang mondial avec 4,98 % du total du marché mondial devançant même la Grande-Bretagne. Elle se situe au deuxième rang européen derrière l'Allemagne.

La notoriété des assureurs français est bonne dans le domaine de l'indemnisation des grands risques de dommages classiques des particuliers.

Les handicaps

- L'assurance française se caractérise par un retard sensible de la branche assurance-vie. Elle se situe au cinquième rang mondial et au troisième rang de la C.E.E. mais très loin derrière la Grande-Bretagne et l'Allemagne.

Marché de l'assurance-vie

Marché mondial (%) (1)		Marché européen (%) (1)	
1. Etats-Unis	38,65	1. Grande-Bretagne ..	33,9
2. Japon	28,81	2. Allemagne	31,5
3. Grande-Bretagne ..	6,60	3. France	17,76
4. Allemagne	6,12	4. Pays-Bas	6,51
5. France	3,45	5. Italie	3,30
6. U.R.S.S.	3,18	6. Danemark	1,97
7. Canada	2,17	7. Belgique	1,74
8. Corée du Sud	1,56	8. Irlande	1,59
9. Suisse	1,47	9. Espagne	1,36
10. Pays-Bas	1,27	10. Luxembourg	0,06

(1) en % du total mondial de primes - chiffres 1986

Appréciée en montant des primes par tête d'habitant, la situation de l'assurance française est encore plus défavorable. Celle-ci n'arrive en effet qu'au treizième rang mondial avec un total de 1.652 F par habitant au lieu de 6.333 F. au Japon, 4.026 F aux Etats-Unis, 3.094 F en Grande-Bretagne et 2.676 F en Allemagne.

Cette situation s'explique par l'organisation du système d'assurance-vieillesse français qui repose, pour l'essentiel, sur le secteur public et qui biaise un peu les comparaisons car il conviendrait d'ajouter aux primes d'assurance-vie la part des cotisations d'assurance-vieillesse des régimes de base et complémentaires.

L'évolution récente traduit néanmoins, sous l'effet de la diffusion de nouveaux produits par des sociétés d'assurance dont les coûts de fonctionnement et d'intermédiation ont été fortement réduits par rapport aux sociétés traditionnelles, une croissance rapide de l'assurance-vie dont le montant a pour la première fois en 1985 dépassé celui de l'assurance-automobile.

- La branche assurance de dommages des entreprises est peu développée en France par rapport aux autres pays comparables. On estime qu'une part de l'ordre de seulement 3 % du chiffre d'affaires de l'assurance dommages provient des souscriptions d'entreprises. Le potentiel de croissance reste donc fort, d'autant que de nouveaux risques apparaissent (informatique....). Les grandes entreprises ont sur ce plan le plus souvent recours à des courtiers qui procèdent à des opérations de co-assurance regroupant plusieurs compagnies compte tenu de l'importance des risques assurés. Or, cette situation constitue un handicap face à l'ouverture européenne car les grands cabinets de courtage ont plus fréquemment et habituellement recours aux compagnies étrangères que les entreprises elles-mêmes.

B. LE PROBLEME FISCAL DOIT ETRE PROGRESSIVEMENT RESOLU

Bien que l'aspect fiscal ne soit pas abordé dans le présent projet de loi, ni d'ailleurs dans la directive communautaire du 22 juin 1988, on ne peut cependant ignorer son influence sur la compétitivité des produits français face à la concurrence européenne.

Toutes les études réalisées dans cette optique au cours des dernières années (rapport Cortesse en 1985, rapport Achart en 1987, rapport Lebegue en 1988) tirent une conclusion identique : le secteur français de l'assurance est soumis à un régime fiscal particulièrement lourd, sinon dissuasif.

Une telle situation était supportable dans un pays relativement protégé par un contrôle des changes et par l'obligation faite aux assureurs étrangers de disposer d'un établissement stable sur le territoire national pour pouvoir diffuser leurs produits. Mais la perspective européenne vient bouleverser ce cadre. La libération des mouvements de capitaux, prévue pour juillet 1990, et l'apparition de produits commercialisés en libre prestation de services imposent désormais un réexamen des règles fiscales afin d'éviter que les assureurs français ne soient désavantagés - en terme de prix - par rapport à leurs concurrents étrangers.

1. La fiscalité des intermédiaires : des spécificités sans équivalent à l'étranger

Au plan européen, il est prévu que la fiscalité applicable à une compagnie d'assurance sera celle de l'Etat dans lequel elle dispose d'un établissement stable, et ceci même si une partie de son activité est réalisée en libre prestation de services dans d'autres pays de la Communauté.

Dans ce contexte, il apparaît que le régime fiscal français présente dans l'ensemble une grande complexité et comporte en outre des dispositions généralement sans équivalent à l'étranger.

a) Des différences sensibles dans le mode d'imposition des résultats.

En principe, les compagnies d'assurance françaises sont soumises à l'impôt sur les sociétés. Toutefois, le taux de l'assiette de l'impôt s'avère différent selon la forme juridique de l'entreprise et le code dont elle relève. Ainsi :

- les entreprises régies par le code des assurances et prenant la forme de société par actions sont assujetties à l'I.S., au taux de droit commun, soit 42 % pour les bénéfices distribués et 39 % pour les bénéfices réinvestis ;

- les sociétés d'assurance mutuelles ou à forme mutuelle, qui relèvent également du code des assurances, connaissent un régime plus complexe.

Normalement, elles sont soumises à l'I.S. dans les conditions de droit commun. Toutefois, elles peuvent bénéficier d'un régime de faveur, défini au 5 de l'article 206 du code général des impôts, dès lors qu'elles répondent à cinq caractéristiques :

- se gérer elles-mêmes,
- être administrées gratuitement,
- répartir leurs excédents de recettes entre tous leurs adhérents,
- présenter un caractère régional ou professionnel,
- ne pas rémunérer d'intermédiaires pour la commercialisation de leurs produits.

Si ces cinq conditions sont satisfaites, les sociétés d'assurance mutuelles ou à forme mutuelle bénéficient alors d'une exonération d'impôt pour leur résultat d'exploitation. Seuls sont imposés à l'I.S., au taux réduit de 24 %, leurs produits correspondant à des revenus fonciers ou agricoles, et à des revenus de capitaux mobiliers autres que des dividendes de sociétés françaises. En outre, le taux de l'impôt est ramené à 10 % pour les intérêts d'obligations émises à compter du 1er janvier 1987.

- les mutuelles régies par le code de la mutualité sont soumises de plein droit au régime dérogatoire précédent.

De surcroît, elles bénéficient de deux mesures particulières :

- les intérêts provenant du dépôt de leurs fonds libres auprès de la caisse des dépôts et consignations sont exonérés d'impôt ;
- les profits qu'elles retirent de leurs opérations sur le marché monétaire ou hypothécaire sont taxés au taux réduit de 10 %.

Une telle diversité se justifie en partie par l'objet, la finalité et les contraintes particulières de chaque catégorie d'entreprises. Néanmoins, elle ne favorise pas toujours le développement d'une saine concurrence dans les secteurs ouverts à toutes les compagnies.

Dans l'optique du Grand Marché de 1992, le Gouvernement a d'ailleurs retenu une position de principe qui semble devoir s'appliquer aux assurances : il considère que le développement de la concurrence européenne ne sera bénéfique pour les entreprises financières françaises que si elles se trouvent déjà entre elles et quel que soit leur régime juridique, à égalité de traitement fiscal et réglementaire. (1)

b) Deux impôts particuliers

En règle générale, tous les pays de la C.E.E. assujettissent les compagnies d'assurance à l'impôt sur les sociétés. Toutefois, la législation française fait en outre peser sur ces entreprises deux charges fiscales spécifiques qui sont sans équivalent à l'étranger.

- La contribution des institutions financières.

Etant considérées comme des institutions financières, les compagnies relevant du code des assurances sont, au même titre que les banques, soumises à une contribution exceptionnelle annuelle. En revanche, les entreprises d'assurance régies par le code de la mutualité n'y sont pas assujetties.

Institué en 1982, cet impôt est égal à 1 % d'une partie des frais de personnels et des frais généraux comptabilisés par la société. N'étant pas considérée comme une charge déductible, la contribution ne peut venir s'imputer sur le résultat de l'exercice au cours duquel elle est versée.

- La taxe sur les salaires

Dans tous les pays de la Communauté, les opérations d'assurance et de réassurance sont exclues du champ d'application de la T.V.A.

En droit fiscal français, une telle situation a une contrepartie : l'assujettissement à la taxe sur les salaires. Celle-ci est assise sur le montant total des rémunérations versées au personnel et se trouve calculée en fonction d'un barème comportant trois taux.

(1) Xème Plan, p. 78

Or globalement, le secteur des assurances est un employeur important puisqu'il regroupe, au plan national, plus de 120.000 personnes. De ce fait, la taxe sur les salaires représente pour lui une charge significative et atteint en moyenne 10 % des rémunérations versées par les assureurs.

Le non-assujettissement à la T.V.A. interdit de surcroît aux compagnies de récupérer la taxe grévant les frais, charges ou immobilisations qu'entraînent les opérations d'assurance ou de réassurance.

En revanche, les autres activités réalisées par les compagnies sont soumises au droit commun de la T.V.A., ce qui nécessite en pratique une ventilation précise des charges entre secteur exonéré et secteur assujetti.

Pour les entreprises françaises d'assurance l'assujettissement à ces impôts spécifiques, tous deux assis sur les salaires, pèse directement sur le coût de gestion et donc sur leur compétitivité à l'égard de sociétés installées dans d'autres Etats. Certes, les deux problèmes sont d'ampleur différente et appellent des réponses distinctes qui, de surcroît, peuvent entraîner des conséquences importantes dans des secteurs autres que celui de l'assurance. Toutefois, dans l'avenir, il faudra bien envisager de les régler pour éviter que, face à des assurés placés en position d'arbitre, les compagnies françaises supportent d'emblée un handicap fiscal dans un environnement fortement concurrentiel.

c) Des obligations déclaratives contraignantes

Parallèlement, notre législation nationale prévoit que les compagnies d'assurance installées sur le territoire français sont tenues, vis-à-vis des services fiscaux, à des obligations déclaratives qu'ignorent leurs concurrentes étrangères.

En effet, soumises comme toutes les autres entreprises au droit de communication dont dispose l'administration fiscale, les compagnies d'assurance doivent en outre :

- en cas de décès d'un contractant, porter à la connaissance des services fiscaux l'existence, et le cas échéant, la valeur des contrats souscrits par cette personne et portant sur des bijoux, oeuvres d'art ou de collection ;

- adresser chaque année à cette même administration un relevé comportant les noms, prénoms et adresses des personnes ayant assuré des bijoux, objets d'art, de collection ou d'antiquité pour une valeur supérieure à 100.000 francs.

Pour votre rapporteur, ces dispositions sont pleinement justifiées par le légitime souci de lutter contre la fraude fiscale. Néanmoins, il faut se demander si, dans leur application actuelle, elles ne vont pas devenir un handicap pour les compagnies d'assurance, à l'égard de la clientèle nationale. Pour des motifs évidents, une fraction de celle-ci pourrait être tentée de s'adresser à des assureurs étrangers, ne disposant pas d'installation en France et donc non tenus aux mêmes obligations vis-à-vis de notre administration.

Ces diverses contraintes fiscales et déclaratives constituent donc des facteurs susceptibles d'influencer, tant le comportement des clients français, que celui des étrangers sollicités en libre prestation de services. Un assouplissement de la réglementation française semble s'imposer pour rendre les entreprises françaises plus attractives. Toutefois, cette adaptation ne peut manifestement pas conduire à remettre en cause le dispositif de lutte contre la fraude ni obérer de façon trop importante les recettes du budget de l'Etat. A l'évidence, l'exercice sera difficile, mais pourtant il reste nécessaire.

2. La fiscalité indirecte des produits : un poids excessif

Le poids de la fiscalité qui grève un produit d'assurance n'est pas - et de loin - le seul élément susceptible d'influencer le choix d'un client potentiel. La notoriété de l'assureur, l'étendue des garanties apparaissent comme des facteurs autrement plus importants. Néanmoins, ce constat ne doit pas conduire à minimiser l'impact fiscal dans un environnement largement ouvert, où vont coexister des produits de qualité proche.

Or, là encore, la situation française reste relativement atypique lorsqu'on la compare à celle de nos principaux partenaires.

a) Une fiscalité lourde et complexe

La directive communautaire du 17 mai 1977 n'ayant pas soumis l'assurance au droit commun de la T.V.A., chaque Etat a conservé la possibilité d'instituer une fiscalité spécifique sur ce type de contrat. En fait, la solution retenue dans la plupart des pays a été la création - ou le maintien - d'une forme de taxe sur les conventions d'assurance.

Le régime fiscal applicable en France s'intègre donc dans ce schéma général.

Toutefois, dans notre législation, le champ d'application de cette taxe est loin d'être homogène, tandis que coexistent des taux différents selon la nature du contrat ou la qualité du souscripteur. En outre, à côté de cet impôt principal déjà complexe, vient se greffer une série de taxes parafiscales qui alourdissent considérablement la charge fiscale pesant sur les contrats d'assurance.

- La taxe sur les conventions d'assurance

En principe, suivant les dispositions de l'article 991 du code général des impôts, la taxe est exigible sur toute convention d'assurance ou de rente viagère conclue avec une société, une compagnie d'assurance ou tout autre assureur français ou étranger.

Cette règle générale connaît cependant de multiples exceptions, qui prennent la forme d'exonération :

- certaines ont une portée générale et tiennent à la nature des risques couverts par le contrat (marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, par exemple) ;

- d'autres répondent à une finalité sociale évidente, telle l'exonération prévue en faveur des contrats d'assurance en cas de vie ou de décès, souscrits au profit d'enfants handicapés ;

- les dernières s'appuient sur des critères plus complexes. C'est notamment le cas pour :

- les contrats d'assurance de groupes répondant à certaines conditions, et notamment, sous réserve que 80 % du montant de la prime soient affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident ;
- les contrats souscrits auprès des sociétés ou caisses mutuelles agricoles et couvrant les risques de toute nature afférents aux récoltes, cultures, cheptel vif ou mort et aux bâtiments affectés exclusivement à l'exploitation agricole.

Dès lors qu'un contrat entre dans le champ d'application de la taxe, celle-ci est assise sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et devient exigible - en principe chaque année - à la date d'échéance des primes.

Toutefois, les taux applicables sont très divers selon la nature des risques couverts, comme en témoigne le tableau suivant.

Risques	Taux (en % des primes)
Incendie	
• tarif normal	30
• risque couvert auprès des caisses départementales	24
• tarif réduit (applicable au secteur agricole non exonéré, aux biens affectés à une activité professionnelle et aux pertes d'exploitation liées à ces activités)	7
Vie	
• tarif normal	5,15
• tarif réduit	2,40
Risque de toute nature concernant :	
- les véhicules terrestres à moteur	18,0
- la navigation de plaisance maritime ou fluviale	19,0
Autres assurances imposables	9,0

Dans la structure actuelle, la taxe sur les conventions d'assurance connaît huit taux, étagés de 30 % à 2,4 %. Encore faut-il souligner qu'il s'agit de la situation qui prévaut après l'adoption de l'article 24 de la loi de finances pour 1989. Celui-ci a permis de franchir une première étape dans la voie de la simplification et de l'allègement du barème en supprimant plusieurs taux spécifiques et en complétant la liste des exonérations applicables aux risques professionnels.

- De multiples contributions additionnelles

Parallèlement à la taxe sur les conventions d'assurance, certains types de contrats supportent des taxes parafiscales ou des contributions additionnelles dont le produit se trouve affecté à divers organismes. Ainsi :

- la **Sécurité Sociale**, qui perçoit une contribution assise sur les primes d'assurance des véhicules à moteur et calculée au taux de 15 %.

- Le **Fonds de garantie automobile et chasse**, qui est financé par une taxe de 1,90 % sur ces mêmes contrats.

• **Le Fonds de compensation des risques de l'assurance construction**, alimenté par une taxe parafiscale assise sur les primes afférentes aux garanties d'assurance dommage obligatoire et d'assurance décennale, et dont le taux atteint 8,5 % ou 25,5 % selon la taille de l'entreprise.

• **Le Fonds national de garantie des calamités agricoles**, qui bénéficie du produit de deux taxes : une contribution additionnelle assise sur les contrats relatifs aux biens des exploitations agricoles et aux récoltes et une contribution additionnelle complémentaire, prélevée sur les conventions d'assurance concernant les véhicules utilitaires agricoles.

• **Le Fonds de majoration des rentes allouées aux victimes d'un véhicule à moteur**, destinataire du produit d'une taxe de 0,1 % prélevée sur les primes dues au titre des contrats d'assurance automobile.

Le cumul de ces impositions de nature fiscale ou parafiscale conduit à majorer de façon très sensible le coût de l'assurance en France. L'exemple le plus extrême est sans nul doute celui de l'assurance automobile, où le poids total des impôts indirects représente 35 % du montant des primes. Mais les autres domaines ne sont pas épargnés, et dans l'ensemble, supportent une charge fiscale nettement supérieure à celle qui prévaut dans les autres pays de la Communauté.

b) Une fiscalité pénalisante quand on la compare à celle pratiquée par nos principaux concurrents.

La France n'est certes pas le seul Etat européen à avoir institué une taxe sur les conventions d'assurance et à solliciter les contrats pour asseoir le financement collectif de dépenses d'intérêt général. Toutefois, dans notre pays, ces deux éléments prennent une importance beaucoup plus grande qu'à l'étranger.

Le tableau suivant permet de mesurer l'écart qui existe en ce domaine entre les quatre principaux pays européens.

**Taxes et prélèvements divers opérés sur les différents
types de contrats par les Etats de la C.E.E.**
(en % des primes)

	France		Allemagne		Grande-Bretagne	Italie	
	Etat	O.D.(1)	Etat	O.D.	Total	Etat	O.D.
VIE	5,15 2,40	- -	- -	- -	- -	2,5	-
INCENDIE	7, 24 30	13	7	6 12	-	21,25	-
R.C. VEHICULES A MOTEUR	18	17	7	-	-	12,5	2
ACCIDENTS	9	-	7	-	-	2,5	-
TRANSPORTS MARITIMES ET FLUVIAUX	-	-	7 2	-	-	12,5 7,5	-
TRANSPORTS AERIENS	-	-	7	-	-	7,5 0	-
MARCHANDISES TRANSPORTEES	-	-	7	-	-	12,5	-

(1) Organismes divers

Source : Ministère des Finances - janvier 1989

Ces quelques données mettent tout d'abord en évidence la position tout à fait exceptionnelle de la Grande-Bretagne, pays dans lequel les contrats d'assurance ne supportent aucune fiscalité indirecte. Or, les compagnies britanniques constituent, du fait de leur taille et de leur notoriété, des concurrentes redoutables.

Par rapport à la R.F.A. et à l'Italie, la France dispose, en termes fiscaux, d'avantages certains dans quelques domaines : les transports maritimes ou aériens et les risques relatifs aux marchandises transportées. En revanche, dans les autres grands secteurs que sont l'assurance-vie, l'assurance incendie, la couverture des accidents et de la responsabilité civile des conducteurs, les taux pratiqués dans notre pays s'avèrent très nettement supérieurs à ceux des autres Etats.

Certes, en théorie, ces différences d'imposition ne devraient pas avoir de conséquence en terme de concurrence. En effet, la Commission de Bruxelles a retenu le principe de la territorialité de la taxe, ce qui revient à appliquer la fiscalité du pays du risque, quel que soit le droit du contrat et la nationalité de l'assureur. Dans le cadre de ce schéma, les produits d'assurance

commercialisés dans notre pays, en libre prestation de services, par des compagnies britanniques par exemple, devraient normalement être soumis aux mêmes taxes que les contrats français de même nature.

Toutefois, la réalité risque d'être fort différente, du moins dans quelques domaines sensibles. En effet, si l'application de la règle précédente devrait pouvoir être contrôlée de façon effective pour les assurances obligatoires, en revanche, le suivi des contrats facultatifs sera manifestement plus problématique. On peut, en effet, se demander quels moyens permettront de détecter effectivement les contrats de ce type (assurance contre le vol par exemple) souscrits en France auprès d'assureurs étrangers, ou même directement contractés hors de France, alors que par définition, ces produits immatériels ne nécessitent pas un passage physique à la frontière.

Pour les cocontractants retenant de telles solutions, il s'agira manifestement d'une fraude, ayant pour but de bénéficier d'une fiscalité plus avantageuse. Mais toute la question est de savoir si ces pratiques pourront effectivement être mises en échec.

A l'heure actuelle, la réponse semble négative, ce qui sur certains créneaux importants, ne peut que nuire à la compétitivité des assureurs français vis-à-vis de leur clientèle naturelle et entraîner ainsi une forte délocalisation préjudiciable tant aux entreprises concernées qu'au Trésor public. Dès lors, une seule riposte paraît possible pour éviter un tel phénomène : alléger la fiscalité indirecte des produits "sensibles" afin de supprimer les distorsions les plus aigues.

3. Un domaine essentiel : les assureurs et l'épargne

En matière d'assurance, la perspective européenne ouvre donc un chantier fiscal particulièrement vaste. Toutefois, les impératifs de compétitivité doivent également être conciliés avec les contraintes budgétaires. Quelques chiffres permettent de mesurer l'ampleur du problème : la seule taxe sur les conventions d'assurance a un rendement annuel de 23 milliards de francs, soit un produit supérieur à celui du droit de consommation sur les tabacs (18 milliards) ou des droits de mutation par décès (18,5 milliards de francs) ; la contribution des institutions financières rapporte, quant à elle, 1,6 milliard au budget de l'Etat, tandis que la taxe sur les salaires, qui affecte de nombreux secteurs autres que l'assurance, dégage 29,9 milliards de francs.

Aborder ce problème de façon radicale s'avère donc impossible et il faut alors dégager des priorités.

a) Un enjeu considérable et immédiat : les produits d'épargne.

En principe, la libre prestation de services, telle qu'elle est définie par le présent projet de loi, ne concerne que les contrats d'assurance dommage. Totale pour les grands risques et soumise à certaines contraintes pour les risques de masse, elle devrait entrer dans les faits au plus tard le 1er juillet 1990. Dans cette optique, il serait donc souhaitable de faire porter l'effort immédiat sur ce secteur, notamment en allégeant à nouveau la taxe sur les conventions d'assurance pour les contrats garantissant les risques industriels et commerciaux.

Toutefois, la date du 1er juillet 1990 correspond également à celle de la libéralisation des mouvements de capitaux, avec les conséquences qu'une telle échéance peut avoir en termes de localisation de l'épargne nationale. Or, les assureurs occupent en ce domaine une position-clé en participant largement à la commercialisation d'une gamme de contrats qui s'apparentent à des produits d'épargne financière. Pour l'essentiel, il s'agit des contrats de capitalisation, des assurances-vie et des plans d'épargne retraite .

De tels produits présentent des caractéristiques communes. Ils permettent de constituer une épargne longue, enserrée dans un cadre contractuel relativement rigide. En quelque sorte, il s'agit de produits "captifs" assortis d'un régime fiscal jusqu'alors considéré comme favorable et dont le développement est essentiel pour assurer un financement stable à notre économie.

Aujourd'hui, ces contrats regroupent déjà une fraction significative de l'épargne des Français. Selon les évaluations contenues dans le rapport "Lebegue", les provisions techniques d'assurance-vie représentaient, à la fin de 1987, environ 318 milliards de francs tandis que les contrats de capitalisation drainaient 72 milliards. Au total, ces deux types de produits concentraient donc 6,3 % du patrimoine financier des ménages, et tous les observateurs s'accordent pour considérer que ce marché recèle un fort potentiel de développement.

L'échéance du 1er juillet 1990 ouvre en ce domaine de nouvelles perspectives. En effet, les Français auront alors la possibilité de détenir des actifs hors du territoire national et donc de souscrire directement, à partir d'un Etat de la C.E.E., un contrat de ce type auprès d'un assureur étranger. Ainsi, et bien que n'étant pas visés par la première directive sur la libre prestation de services en matière d'assurance, ces produits seront confrontés à la concurrence européenne dans un avenir très proche.

Dans le cadre de ses travaux, le groupe "Lebegue" a tenté d'apprécier les risques de délocalisation par types d'actifs détenus par

les ménages français, à fiscalité inchangée tant dans notre pays qu'à l'étranger. Le résultat de cette étude est particulièrement préoccupant pour ce qui concerne les produits de type contrats d'assurance.

Si les contrats de capitalisation présentent un risque assez faible, en revanche, l'assurance-vie figure parmi les produits les plus exposés. En effet, la probabilité de délocalisation pour raisons fiscales est :

- maximale pour les contrats à prime unique et l'assurance collective des emprunteurs ;
- forte pour les contrats à prime périodique ;
- moyenne pour l'assurance collective retraite.

A l'évidence, des mesures rapides s'imposent pour éviter que l'un des domaines les plus prometteurs de l'assurance n'échappe aux entreprises françaises.

b) Une voie prioritaire : la suppression de la taxe sur les conventions d'assurance pour les contrats d'assurance-vie.

Les risques de délocalisation reposant essentiellement sur des motifs fiscaux, c'est donc par ce biais qu'il convient de rechercher une solution.

Certes, à l'heure actuelle, l'assurance-vie bénéficie déjà d'un régime privilégié. Ainsi, au regard de l'impôt sur le revenu, les contrats d'une durée supérieure à six ans ouvrent droit, pour le souscripteur, à deux avantages :

- l'un est acquis lors du paiement des primes, et prend la forme d'une réduction d'impôt égale à 25 % des sommes versées, celles-ci n'étant cependant retenues que dans la limite d'un plafond annuel de 4.000 francs plus 1.000 francs par enfant à charge ;
- l'autre intervient lors de la liquidation du contrat. En fait, plusieurs dispositifs coexistent :

- en cas de sortie sous forme de capital avant le délai de six ans, les produits capitalisés, c'est-à-dire la différence entre le montant perçu par le bénéficiaire et les primes versées, sont soumis à l'impôt sur le revenu, ou sur option du contribuable, au prélèvement libératoire ;

• en cas de sortie sous forme de capital après le délai de six ans, l'intégralité des sommes reçues est exonérée d'impôt ;

• si la sortie s'effectue sous forme de rente, celle-ci est partiellement soumise à l'impôt, selon des critères fixés forfaitairement mais variables avec l'âge du crédientier.

Parallèlement, en cas de décès du souscripteur, et si l'assurance a été contractée au profit d'un bénéficiaire déterminé autre que le souscripteur lui-même, les sommes versées sont en principe exonérées de droit de succession.

On notera d'ailleurs que ces divers avantages fiscaux se retrouvent, sous une forme plus ou moins proche, dans les autres Etats de la Communauté.

Or, pour notre pays, mais peut-être pas pour lui seul, ce régime particulier ne s'avère pas suffisamment attractif pour éviter une délocalisation des contrats. Tous s'accordent pour considérer que notre principal handicap provient de la fiscalité indirecte qui grève ce type de produit. En effet, la France soumet les contrats d'assurance-vie à la taxe sur les conventions d'assurance au taux de 5,15 %, alors que chez nos principaux partenaires, ils sont soit exonérés (Grande-Bretagne, R.F.A., Pays-Bas), soit assujettis à une taxe plus faible (2,5 % en Italie et 2 % au Luxembourg par exemple).

Pour résister à la pression des assureurs anglais et allemands dans le domaine de l'assurance-vie, une seule voie semble praticable : supprimer la taxe sur les conventions d'assurance pour ce type de contrat.

Une telle solution a d'ailleurs été préconisée par les rapports "Boiteux" et "Lebegue", et figure désormais parmi les priorités retenues par le Gouvernement en matière fiscale.

Une mise en oeuvre rapide de cette mesure donnerait alors aux entreprises d'assurance française les moyens de consolider leur position sur un marché national qui, en matière d'assurance-vie, reste relativement peu développé par rapport à celui de la Grande-Bretagne, de l'Allemagne et même des Pays-Bas.

Cette démarche indispensable est cependant loin d'être suffisante, et de nombreux autres pans de la fiscalité des assurances devront être réexaminés à plus ou moins brève échéance. C'est notamment le cas pour la taxe sur les conventions d'assurance qui grève les contrats afférents aux risques industriels. En outre, et malgré le caractère obligatoire de ce type de contrat, on peut se demander si la France pourra maintenir très longtemps sur les

contrats assurance automobile une charge fiscale souvent qualifiée d'exorbitante par rapport à ce qui se pratique à l'étranger.

Mais ces mesures défensives doivent en outre s'accompagner de dispositions offensives, capables de susciter et de stabiliser une épargne nouvelle par le biais de produits mieux adaptés aux aspirations de la clientèle. L'exemple le plus frappant est sans doute celui de l'épargne en vue de la retraite. L'assurance-vie couvre certes une partie de ce domaine, mais ce produit à vocation générale mérite d'être complété par des dispositifs plus spécifiques. Tel était d'ailleurs l'objectif du Plan d'épargne retraite (P.E.R.) créé en 1987, mais dont la diffusion reste cependant très limitée. De par sa structure, ce produit concerne en effet essentiellement les personnes relativement âgées et soumises, en matière d'impôt sur le revenu, à un taux marginal d'imposition élevé. En revanche, il demeure inadéquat pour sensibiliser une clientèle jeune.

Dans un contexte marqué par la nécessité d'encourager une épargne longue, votre rapporteur se félicite donc que le Ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget ait, d'ores et déjà, annoncé son intention de proposer, dans le cadre du projet de loi de finances pour 1990, une refonte du plan d'épargne retraite.

CHAPITRE III

LES PRINCIPAUX APPORTS DU PROJET DE LOI ET LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES

I. LES APPORTS DU PROJET DE LOI

A. DES DISPOSITIONS LIEES A L'OUVERTURE EUROPEENNE

1. L'introduction de la directive du 22 juin 1988 sur la liberté de prestation de services en assurance de dommages

Cette directive est introduite par l'article premier du projet, qui propose la création de 14 articles nouveaux dans le code des assurances.

Ces articles posent les principes suivants :

- distinction entre les grands risques et les risques de masse,
- soumission des entreprises qui assureront des risques de masse en libre prestation de services sur le sol français à un agrément administratif,
- régime de liberté totale pour les grands risques,
- possibilité conférée à la commission de contrôle des assurances d'infliger des sanctions aux entreprises étrangères opérant en libre prestations de services qui ne respectent pas la législation et la réglementation, ou d'alerter les autorités de contrôle étrangères,

- introduction de règles relatives aux transferts de portefeuille de contrats par une entreprise située sur le territoire d'un Etat membre à une entreprise française,
- soumission du contrat à la loi du pays du risque ou de la résidence de l'assuré dans la plupart des cas, sauf pour certains "grands risques" pour lesquels les parties ont la liberté de choisir la loi applicable.

2. Les dispositions relatives à la coassurance communautaire

Le projet de loi tend, sur ce point, à la mise en conformité de la législation française avec la décision prononcée en décembre 1986 par la Cour de justice des communautés européennes.

B. UNE RENOVATION DES INSTITUTIONS DE CONCERTATION

Le projet de loi comporte deux séries de mesures destinées à moderniser les relations existant entre la profession de l'assurance, les usagers et les pouvoirs publics.

1. Le Conseil national des assurances

Actuellement, la seule instance de concertation officielle entre la profession de l'assurance et ses principaux interlocuteurs, est le Conseil national des assurances.

Ce conseil a été créé par la loi du 25 avril 1946 aux fins d'établir une concertation entre les pouvoirs publics, la profession, les usagers de l'assurance, chaque catégorie étant représentée par sept membres.

Le Conseil national des assurances comprend aujourd'hui, outre un président, qui est le ministre de l'économie et des finances, 39 membres.

Composition actuelle du Conseil national des assurances

(Article R.411-1 du code des assurances)

Le Conseil national des assurances comprend, outre le ministre de l'économie et des finances, président :

- un vice-président, désigné par le ministre de l'économie et des finances sur proposition du Garde des sceaux, ministre de la justice, parmi les membres du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller, en activité ou honoraire, et quarante et un membres ainsi répartis :
- un membre de la Cour de cassation ayant au moins le rang de conseiller, en activité ou honoraire, désigné par le ministre de l'économie et des finances sur proposition du Garde des sceaux, ministre de la justice, et suppléant le vice-président en cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci ;
- le directeur du Trésor au ministère de l'économie et des finances ;
- le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ;
- le président du conseil d'administration, directeur général de la Caisse centrale de réassurance
- un professeur d'une unité de droit d'une université de Paris, désigné par le ministre de l'économie et des finances.

Au titre du ministère de l'économie, des finances et du budget :

- le directeur général de concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ;
- le directeur de la comptabilité publique ;
- le chef du service de la législation fiscale.

Au titre du ministère de la justice :

- le directeur des affaires civiles et du Sceau.

Au titre du ministère de l'intérieur :

- le directeur des libertés publiques et des affaires juridiques.

Au titre du ministère de l'agriculture :

- le directeur des affaires sociales ;
- le délégué général du Comité national pour la prévention et la protection ;
- un représentant de la Fédération nationale de la mutualité, de la coopération et du crédit agricole ;
- un membre du Comité français de la chambre de commerce internationale, désigné par ce comité ;
- huit représentants des assurés, désignés à raison de :
 - un par l'Assemblée permanente des présidents de chambre de commerce et d'industrie ;
 - un par l'Assemblée des présidents de chambres d'agriculture ;
 - un par l'Union nationale des associations familiales ;
 - un par l'Union nationale de la propriété bâtie en France ;
 - deux par les organisations syndicales représentatives des travailleurs, désignées par arrêté du ministre de l'économie et des finances et du ministre du travail ;
 - un représentant des organisations de consommateurs, désigné sur proposition du collège des consommateurs du Comité national de la consommation ;

Ces huit représentants des assurés ne peuvent être choisis parmi les professionnels de l'assurance en activité ;

- cinq représentants du personnel des entreprises d'assurance et de capitalisation, désignés par les fédérations ou syndicats représentatifs à raison de :
 - un pour le personnel de direction ;
 - un pour le personnel des cadres ;
 - un pour les inspecteurs ;
 - deux pour les employés.

Aucun syndicat ou fédération ne peut désigner plus d'un représentant ;

- trois représentants des agents généraux d'assurances, désignés par l'organisation syndicale la plus représentative des agents généraux d'assurance ;
- deux représentants des courtiers d'assurance, désignés par les organisations syndicales les plus représentatives des courtiers d'assurance ;
- sept représentants des sociétés d'assurance opérant en France, désignés par l'organisation professionnelle la plus représentative de ces entreprises ;
- un représentant des sociétés adhérant au Groupement d'assurances à caractère mutuel, désigné par cet organisme ;
- un professionnel de l'assurance mutuelle agricole, désigné par le conseil d'administration de la Caisse centrale des mutuelles agricoles.

Le projet de loi propose de consacrer l'existence du Conseil national des assurances au niveau législatif, les textes qui lui sont relatifs ayant été classés dans la partie réglementaire du code des assurances.

Par ailleurs, ses compétences sont recentrées : d'une part, le C.N.A. est consulté sur toute question relative aux assurances, d'autre part, il peut être saisi pour avis sur tout projet de loi ou de décret entrant dans son champ de compétence.

Actuellement, plus de 80 articles du code des assurances prévoient la consultation du C.N.A., sur des projets de décrets, ou sur des questions ponctuelles ;

Par exemple :

L.131-1 : établissement par décret de la liste des valeurs mobilières ou des actifs pouvant constituer un capital ou une rente garantie en assurance-vie ou accident ;

L.150-3 : définition des conditions de participation aux bénéfices des entreprises ;

L.310-4 : conditions générales dans lesquelles sont effectuées la concentration des entreprises d'assurance et de capitalisation, des agences d'assurance et des cabinets de courtage d'assurance ;

R. 310-7 : fixation de la quote-part maximum des dépenses de gestion en matière d'assurances obligatoires ;

R.325-12 : retrait total ou partiel d'agrément.

etc...

Il est certain que la composition du C.N.A. rend difficile l'exercice effectif de sa mission, qui, si elle est consultative, s'exerce obligatoirement dans des circonstances multiples.

2. Le comité consultatif

Le projet de loi institue un comité consultatif chargé d'étudier les problèmes liés aux relations entre les entreprises d'assurance et leur clientèle et de proposer toutes mesures appropriées dans ce domaine, notamment sous forme d'avis ou de recommandation d'ordre général.

Cette disposition est inspirée par l'article 59 de la loi du 24 janvier 1984 relative aux établissements de crédit, qui a institué un comité consultatif, connu sous le nom de "comité des usagers".

L'assurance est donc le deuxième secteur d'activité économique où est organisée officiellement la consultation avec la clientèle.

Cette disposition se justifie à plusieurs titres :

- l'exemple du comité des usagers des établissements de crédit, qui a contribué de façon très intéressante à la réflexion sur des questions telles que la tarification des services rendus par les banques, le crédit à la consommation ;

- la complexité du droit des assurances, qui place les usagers dans une situation inégalitaire vis-à-vis de la profession ;

- l'impossibilité pour l'Etat d'intervenir en permanence pour faire respecter "l'intérêt des assurés", au nom duquel s'exerce son contrôle sur les entreprises d'assurance - aux termes de l'article L.310-1 du code - parce qu'il n'est pas question de renforcer la tutelle sur une profession déjà très réglementée, et parce que les conditions particulières des contrats ne sauraient faire l'objet d'un contrôle ;

- enfin, l'expérience des groupes de travail du Conseil national de la consommation qui montre que les usagers doivent être très spécialisés dans le domaine des assurances pour devenir des interlocuteurs de la profession : il faut donc que la concertation existe de manière permanente, et spécifique.

C. DE NOUVELLES MODALITES DE CONTROLE

1. Les caractéristiques du dispositif proposé par l'article 25

L'article 25 apporte deux innovations fondamentales : le contrôle des entreprises d'assurance serait, désormais, conduit sous l'égide d'une commission de contrôle des assurances ; cette commission, en second lieu, disposerait de pouvoirs juridiques considérablement élargis par rapport à ceux actuellement dévolus au ministre de l'économie et des finances.

La commission de contrôle des assurances aurait un champ d'intervention similaire à celui des commissaires contrôleurs ; sa mission principale consisterait, en effet, à veiller au respect de l'ensemble des obligations comptables et prudentielles auxquelles sont soumises, dans l'intérêt des assurés, les entreprises d'assurance. En outre, la commission serait chargée de veiller au respect par ces

entreprises de l'ensemble des dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'assurance.

Le fondement du contrôle exercé par la commission serait donc similaire à celui du contrôle actuellement dévolu au ministre de l'économie et des finances et assuré de facto par les commissaires contrôleurs.

La composition de cette commission revêt un aspect désormais classique : présence de membres des Hautes juridictions de l'Etat et de personnalités qualifiées, auxquels serait adjoint le directeur des assurances.

La modification la plus substantielle proposée par le projet consiste en l'introduction de nouveaux pouvoirs juridiques, dont la commission de contrôle serait dotée pour, le cas échéant, imposer le respect du droit aux entreprises d'assurance.

La commission disposerait, en premier lieu, d'un pouvoir d'injonction ; elle aurait la capacité, en second lieu, d'infliger des sanctions disciplinaires d'importance graduée, permettant la proportionnalité de la sanction au manquement commis.

La création d'une gamme de moyens d'intervention comportant des sanctions pécuniaires, intermédiaires entre la sanction disciplinaire classique et l'amende correctionnelle, requerrait la création d'une "autorité administrative indépendante" ; il n'est pas, en effet, dans la tradition juridique française, de confier ce type de moyens au pouvoir exécutif. L'évolution récente de la législation démontre d'ailleurs le recours de plus en plus fréquent du législateur à ce type d'institution.

2. Une comparaison de la commission de contrôle des assurances avec d'autres "autorités administratives indépendantes" existantes

Les "autorités administratives indépendantes" comparables à la commission de contrôle des assurances sont, actuellement, au nombre de trois ; il s'agit de la Commission des opérations de bourse, de la Commission bancaire et du Conseil supérieur de l'audiovisuel ; le projet de loi relatif à la transparence et à la sécurité du marché financier, actuellement en discussion devant le Parlement, propose en outre la création d'une quatrième instance de ce type, le Conseil de discipline des organismes de placement collectif en valeurs mobilières.

Les missions de la Commission des opérations de bourse et celles du Conseil supérieur de l'audiovisuel ne sont, toutefois, pas réellement comparables à celles de la Commission de contrôle des assurances. La Commission des opérations de bourse n'a, en effet, pas vocation à surveiller une profession mais un marché ; de ce fait, son champ de compétence s'étend à toute personne susceptible d'intervenir sur ce marché, dont l'accès est libre. La C.O.B. exerce en outre des missions qui, selon les termes du projet de loi relatif aux assurances, continueront à relever du ministre de l'économie et des finances : édiction des règlements relatifs au marché financier, agrément de certains intermédiaires opérant sur ce marché (organismes de placement collectif en valeur mobilière et fonds communs de créances, notamment) et, enfin, surveillance de l'exactitude de l'information fournie aux épargnants (visa des notes d'information, qui possède quelques traits communs avec le contrôle exercé par le ministre de l'économie et des finances sur les contrats d'assurance). Le Conseil supérieur de l'audiovisuel, pour sa part, contrôle des entreprises auxquelles la puissance publique confie des missions, par le biais de cahiers des charges, dans un domaine qui touche aux libertés publiques ; le mode de désignation de ses membres, identique à celui des membres du Conseil constitutionnel, reflète d'ailleurs cette spécificité.

Le Conseil de discipline des organismes de placement collectif en valeurs mobilières, en cours de gestation législative, n'est pas non plus une instance similaire à la Commission de contrôle des assurances.

Le Conseil de discipline des O.P.C.V.M. comprend en effet de nombreux représentants des professions concernées ; il emprunte donc certaines caractéristiques des instances disciplinaires purement professionnelles assurant l'autodiscipline d'une profession tels le conseil des bourses de valeur ou le conseil du marché à terme.

Seule, en définitive, la Commission bancaire peut être comparée à la Commission de contrôle des assurances.

La Commission bancaire, en effet, ne comprend pas de représentant de la profession, à l'instar de la Commission de contrôle des assurances, même si, dans les deux cas, la présence de "personnalités qualifiées" permet, le cas échéant, une représentation indirecte. Dans l'un et l'autre cas, il ne s'agit donc pas d'autodiscipline.

La création de ces deux commissions répond, en dernier ressort, au souci de retirer à l'administration (direction des

assurances et direction du Trésor) des prérogatives qui n'apparaissent plus, aujourd'hui, comme relevant par nature de sa mission.

La Commission bancaire

(articles 37 à 49 de la loi du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit)

Composition :

Six membres, soit :

- le gouverneur de la Banque de France, président,
- le directeur du Trésor,
- un conseiller d'Etat,
- un conseiller à la Cour de Cassation,
- deux membres choisis en raison de leur compétence.

Pouvoirs :

- contrôler le respect par les établissements de crédit des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables et des règles de bonne conduite de la profession,
- surveiller leur situation financière,
- faire effectuer, pour ce faire, des contrôles sur pièces et sur place par les agents de la Banque de France,
- adresser des injonctions en cas de défaillance,
- infliger des sanctions disciplinaires (dont des sanctions pécuniaires) en cas de manquement.

D. DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GRANDES ENTREPRISES NATIONALES

La volonté d'adapter le secteur français de l'assurance au nouvel environnement doit tenir compte du fait qu'en ce domaine notre marché est largement dominé par de puissants groupes publics. Or ceux-ci sont régis par des règles spécifiques, dérogatoires au droit commun des sociétés, et dont certaines peuvent créer des rigidités sinon des blocages dans un contexte désormais plus ouvert et plus mouvant. Dès lors, des assouplissements devenaient souhaitables et l'article 28 du présent projet de loi propose de les introduire.

1. Le dispositif juridique actuel

Depuis l'adoption de la loi du 4 janvier 1973, chaque groupe public d'entreprises d'assurance est structuré autour d'une société centrale qui présente plusieurs caractéristiques spécifiques :

- son capital est en principe détenu par l'Etat. Toutefois, afin de favoriser l'actionnariat des salariés, il a été prévu, dès 1973, que 25 % au plus du capital de ces sociétés pourraient être distribués ou cédés à des catégories de personnes dont la liste a été fixée par la loi. De ce fait, le législateur a été conduit à organiser le mode de transmission ultérieur de ces titres. Il a donc autorisé leur négociation sur le marché financier, tout en limitant de façon très stricte les catégories d'opérateurs susceptibles de les racheter, et en interdisant à un même investisseur de détenir plus d'une certaine fraction du capital ;

- elle a pour objet de détenir, de manière directe ou indirecte, l'intégralité du capital des entreprises d'assurance composant le groupe. A cet effet, l'Etat a donc transmis aux sociétés centrales les titres que lui-même possédait jusqu'alors, en interdisant aux bénéficiaires de les céder.

Compte tenu de cette organisation, il a été prévu, dans un souci de simplification :

- que les sociétés centrales n'auraient pas d'assemblée générale d'actionnaires, mais seulement un collège dont la composition est fixée par la loi ;

- que toutes les entreprises du groupe seraient gérées par le même président-directeur-général et le même conseil d'administration ;

- que ces sociétés seraient soumises à des obligations spécifiques en matière de publication des comptes sociaux, les règles de droit commun devenant difficiles à appliquer compte tenu de l'absence d'assemblée générale d'actionnaires.

Une telle réglementation était certes adaptée au contexte de l'époque. Toutefois, aujourd'hui, elle se révèle paralysante pour des groupes souhaitant renforcer leurs fonds propres ou développer des liens soit avec d'autres assureurs, soit avec des entreprises relevant du secteur bancaire.

Parallèlement, le secteur public de l'assurance a subi d'importantes modifications sans que la législation se trouve adaptée en conséquence. En particulier, la privatisation, en juillet 1987, de la Mutuelle générale française a ramené à trois le nombre des sociétés

centrales, mais ne s'est pas accompagnée d'un toilettage des textes législatifs. De même, certaines dispositions du code des assurances sont désormais devenues sans objet.

2. Des assouplissements sensibles

Dans ce contexte général, et sans remettre en cause l'architecture générale du dispositif de 1973, l'article 28 du présent projet de loi propose deux séries de mesures d'inégale importance :

- **d'une part, il supprime certaines restrictions susceptibles de gêner la gestion et l'adaptation des groupes publics d'assurance face à la concurrence européenne. En particulier, il abroge :**

• les contraintes sur la nature ou la qualité des personnes autorisées à acheter directement des actions de sociétés centrales. En conséquence, et sous réserve que l'Etat détienne toujours 75 % au moins du total des titres émis par la société, tout investisseur pourrait ainsi participer à une augmentation de capital ;

• les règles limitant les possibilités d'achats de titres de ces sociétés sur le marché financier. Tout en restant nominatives, ces actions deviendraient donc librement négociables et pourraient être détenues sans condition par toute personne morale ou physique ;

• l'interdiction faite aux sociétés centrales de céder l'ancienne participation de l'Etat dans les entreprises nationales d'assurance. Dès lors, des reclassements de titres au sein d'un même groupe pourraient être réalisés, sans que la société centrale perde le contrôle total du capital de ses filiales ;

• les dispositions dérogatoires concernant la gestion des groupes et le mode de représentation des actionnaires. En ce domaine, les entreprises nationales d'assurance seront donc désormais soumises au droit commun des sociétés ;

- **d'autre part, il abroge diverses mesures devenues caduques ou sans objet. En particulier, il propose :**

• de supprimer les articles relatifs à la Mutuelle générale française ;

• de faire disparaître toute référence au contrôle de la commission de vérification des comptes des entreprises publiques, dont les compétences ont été transférées à la Cour des comptes en 1976.

Au-delà des adaptations ponctuelles qu'appelle la législation, l'article 28 du présent projet de loi donne donc aux sociétés centrales d'assurance les moyens juridiques indispensables leur permettant, si cela apparaît souhaitable, d'accroître leurs capitaux propres, de restructurer leur groupe ou de s'allier avec des entreprises d'autres secteurs, et ceci sans affecter la règle selon laquelle l'Etat doit détenir 75 % au moins du capital de ces sociétés centrales.

E. DES DISPOSITIONS DIVERSES

Constituant l'essentiel du titre VI du projet de loi, les articles 29 à 47 introduisent dans la législation des assurances une série de modifications de nature très diverse, mais aussi d'importance inégale.

Les dispositions à caractère plus directement financier ou économique, qui seules font l'objet d'un avis de la part de votre commission, apportent trois innovations majeures.

Ainsi, revenant sur une disposition fondamentale de notre législation, l'article 30 autorise les résidents français à souscrire des contrats d'assurance-dommages libellés en devises. Bien que restant limitée à un secteur précis, une telle faculté donnera ainsi aux assureurs français les moyens d'offrir à leurs clients, et notamment aux industriels, des services qui jusqu'alors ne pouvaient être obtenus que de compagnies installées dans un pays étranger.

L'article 32 tend à permettre aux sociétés françaises d'assurance de diversifier leurs activités. A cet effet, il leur ouvre la possibilité de réaliser des opérations annexes de nature commerciale, sous réserve que celles-ci conservent une importance limitée et n'empiètent pas sur le domaine bancaire.

Dans le même esprit, l'article 34 autorise les assureurs à faire du démarchage pour placer des valeurs mobilières auprès du public.

D'une manière plus générale, et parallèlement à la nécessaire adaptation de notre droit aux diverses directives européennes, les dispositions contenues dans le présent projet de loi s'inscrivent dans une double démarche : renforcer les moyens dont disposent les assureurs pour affronter la concurrence internationale, tout en améliorant la protection et la sécurité des assurés.

II. LES PRINCIPALES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION

Votre commission a été amenée à proposer plusieurs dispositions complémentaires au projet de loi destinées :

- à aller plus loin dans la modernisation de la profession, à travers la réforme des institutions, les dispositions relatives aux grandes entreprises nationales et le régime fiscal des conventions d'assurance ;
- à renforcer les garanties apportées aux assurés à travers leur protection en matière d'assurance-vie et le contrôle de l'activité d'assurance.

A. UNE MODERNISATION DE LA PROFESSION

1. Les institutions

Votre commission propose de compléter l'article 17, afin de préciser les règles de composition du Conseil national des assurances et de recentrer sa compétence : consultation facultative sur l'ensemble des questions relatives aux assurances, consultation obligatoire sur les projets de loi et de directive européenne.

De même, votre commission vous propose de compléter l'article 18 afin de mieux définir la composition et le fonctionnement du Comité consultatif des usagers de l'assurance.

Dans un article additionnel après l'article 17, votre commission vous propose d'instituer une obligation d'affiliation directe ou indirecte pour les entreprises d'assurance à l'Association française des entreprises d'assurance, chargée de représenter collectivement la profession et d'en désigner les représentants dans plusieurs instances.

Enfin, dans un article additionnel après l'article 19, votre commission propose la création d'un comité des entreprises d'assurance, chargé de délivrer l'agrément administratif aux entreprises souhaitant exercer une activité d'assurance en France, au vu des critères définis à l'article 19.

2. Les grandes entreprises nationales

① A l'article 28, votre commission vous propose d'aménager l'article L 122-13 afin de préciser que la participation de l'Etat, limitée à 75 % du capital social, s'apprécie au vu des titres qu'il détient directement, ou bien par l'intermédiaire d'autres entités qu'il contrôle. En effet, cette précision doit permettre la réalisation de rapprochements indispensables au sein du secteur public, notamment entre établissements de crédit et entreprises d'assurance.

3. La fiscalité

Enfin, dans un article additionnel à l'article 30, votre commission vous propose de procéder à la suppression, à partir du 1er juillet 1989, de la taxe sur les conventions d'assurance pour les contrats d'assurance-vie. En effet, ce type de contrat supporte la taxe sur les conventions d'assurance au taux de 5,15 %, avec possibilité d'exonération ou de taux réduit. Ces aménagements utilisés souvent pour contourner la loi ne suppriment pas le handicap que constitue cette fiscalité indirecte pour l'activité d'assurance-vie en France : en R.F.A. et en Grande-Bretagne, les contrats d'assurance-vie sont exonérés d'impôt indirect.

Votre commission vous propose donc de remédier à cette distorsion fiscale, mesure indispensable à la veille de la libéralisation des mouvements de capitaux.

B. DES GARANTIES APPORTEES AUX ASSURES

1. La protection des assurés en matière d'assurance-vie

Votre commission des finances vous propose également, par un article additionnel après l'article 21, d'adopter des dispositions importantes favorisant la protection des assurés en matière d'assurance-vie. Actuellement, la législation relative à l'assurance-vie souffre de deux lacunes majeures.

En premier lieu, aucune disposition garantissant la transparence comptable n'existe, en dépit de la réglementation serrée qui s'applique à la présentation des comptes des sociétés. En effet, les entreprises d'assurance vie ne sont pas soumises à l'obligation de publier la valeur de réalisation de leurs placements ; elles n'ont pas non plus l'obligation de porter à la connaissance du

public la valeur de réalisation (infiniment plus importantes que la valeur comptable, en raison des plus-values latentes accumulées, sur les immeubles notamment) des placements corrélatifs aux engagements pris envers les assurés.

C'est pourquoi votre commission vous propose un dispositif prévoyant la publication annuelle d'un état comptable, soumis au contrôle des commissaires aux comptes et de la commission de contrôle et indiquant la valeur de réalisation des placements dont le transfert devrait accompagner un transfert de portefeuille de contrats.

En second lieu, des manipulations sont possibles en cas de transfert de portefeuille. Votre commission des finances vous propose également de remédier à cette situation.

2. Le contrôle des contrats d'assurance

Votre commission propose, dans deux articles additionnels après l'article 27, de clarifier les règles relatives au contrôle des contrats d'assurance: l'autorité administrative ne pourra plus imposer de fourchette de tarification mais conservera le pouvoir de fixer les règles de calcul actuariel pour les contrats d'assurance-vie. Par ailleurs, si la communication préalable des documents restait obligatoire, le visa ne serait plus exigé que pour les contrats d'assurance-vie (en attendant la directive sur la libre prestation de services); la commission de contrôle aurait le droit de prescrire des modifications aux documents en permanence, sur demande motivée du ministre.

DEUXIEME PARTIE

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE III

Dispositions relatives aux contrats d'assurance et à la protection des assurés

Le titre III du projet de loi est multiforme ; en effet, ce titre comprend des dispositions relatives :

- au contrat d'assurance : chapitre 1er
- à l'assurance de groupe : chapitre 2
- au Conseil national des assurances : chapitre 3
- au Comité consultatif de l'assurance : chapitre 4.

Parmi ces dispositions, votre commission examinera celles qui organisent -ou réorganisent- les institutions du secteur de l'assurance en France, c'est-à-dire les chapitres relatifs au Conseil national des assurances et au Comité consultatif.

Les institutions du secteur de l'assurance -existantes ou à venir- ont plusieurs missions, particulièrement importantes, à remplir :

- la modernisation de la profession d'assurance, le renforcement de sa cohésion dans le contexte de concurrence européenne,
- la concertation de la profession avec les pouvoirs publics et avec les usagers.

✓
Votre commission attache donc une importance toute particulière à ces dispositions qu'elle vous propose de renforcer ou de préciser sur plusieurs points.

Article 17

Le Conseil national des assurances

1° - Commentaire

a) La situation actuelle

Le Conseil national des assurances, créé en 1946, est actuellement régi par deux articles réglementaires R.411-1, R.411-2, du code des assurances.

Ce conseil a été conçu comme un organisme de concertation entre toutes les parties concernées par l'assurance : administration, profession, salariés des entreprises d'assurance et assurés. Sa composition a été retouchée à plusieurs reprises, et il comprend actuellement - outre le ministre de l'économie et des finances, président - trente-neuf membres. Ses attributions sont de trois ordres :

* Il délibère sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de l'économie et des finances concernant les entreprises d'assurance, de réassurance et de capitalisation : cette compétence consultative est très générale, mais sur initiative du ministre

* Il est consulté de droit, en revanche, sur divers textes ou diverses questions, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires (du code des assurances, et de quelques autres textes : code général des impôts, code rural,...) : ainsi, sur la définition des conditions de participation aux bénéfices des entreprises, sur les conditions des traités de réassurance conclus par la Caisse centrale de réassurance, le retrait d'agrément d'une entreprise d'assurance....

* Enfin, il peut soumettre au ministre diverses propositions concernant la réglementation de l'activité de l'assurance.

b) Les dispositions du projet de loi

L'article 17 du projet de loi propose :

- de consacrer l'existence du Conseil national des assurances au niveau législatif, ainsi que la participation de la profession des assurances au Conseil ;

- de définir ses compétences qui seraient doubles :

•une consultation sur l'ensemble des questions relatives aux assurances, à la réassurance et à la prévention, donnant lieu, le cas échéant, à des avis ;

•une consultation - facultative - par le ministre chargé de l'économie et des finances sur tout projet de loi ou de décret entrant dans son champ de compétence.

L'activité du Conseil national des assurances se concrétiserait par un rapport annuel adressé au Président de la République et au Parlement sur l'assurance ;

L'article 17 propose enfin de renvoyer au décret pour la définition de la composition et des modalités de fonctionnement du Conseil national des assurances.

2°- Décision de la commission

Votre commission approuve pleinement le principe de l'article 17 : il lui paraît en effet très souhaitable que l'existence du Conseil national des assurances, instance de concertation entre tous les acteurs de l'activité d'assurance, soit consacrée dans la loi.

Toutefois, elle estime nécessaire de préciser davantage :

- la composition du Conseil national des assurances. Celle-ci doit être large, diversifiée, mais donner au C.N.A. un caractère plus opérationnel que celui qui lui est conféré par une représentation définie actuellement sans logique rigoureuse. Votre commission vous propose donc de définir à l'article 17 l'équilibre numérique qui devra se réaliser entre les diverses catégories représentées afin d'assurer une efficacité plus grande du C.N.A. ;

- les attributions du Conseil national des assurances : votre commission considère en effet que le projet de loi définit une compétence consultative générale et obligatoire du C.N.A., trop large pour être effective, alors qu'il laisse au ministre l'initiative de la saisine sur les projets de loi ou de décret.

Il lui paraît préférable d'organiser les modalités de la compétence consultative générale du C.N.A., qui pourra être consulté, soit à la demande du ministre, soit à la demande de la majorité de ses membres, soit du comité consultatif de l'assurance - instance de concertation avec les usagers créée à l'article 18 - sur toute question relative à l'assurance : ainsi devra s'instaurer un

rythme d'activité soutenu, largement déterminé par le Conseil lui-même.

De même, le Conseil national des assurances sera **obligatoirement** consulté - ce qui n'est pas le cas actuellement - sur les textes les plus importants concernant l'assurance, c'est-à-dire les projets de loi et les projets de directive européenne. Cette concertation sur des textes qui engagent l'avenir national et communautaire de l'assurance paraissent désormais **indispensables** ;

- **le fonctionnement du C.N.A.** : votre commission vous propose d'instituer le principe d'un **minimum de deux réunions plénières par an**, sachant que le travail sera assuré par des instances permanentes.

Par ailleurs, elle vous propose de préciser que les conditions de désignation des membres du C.N.A., et de son fonctionnement, seront définies par décret en Conseil d'Etat : une attention toute particulière devra en effet être apportée à ces questions qui détermineront l'efficacité du travail du C.N.A.

Texte des amendements

Amendement

Remplacer le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L.411-1 du code des assurances par sept alinéas ainsi rédigés :

"Les autres membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances, selon la répartition suivante :

- "- un député et un sénateur proposés par leur assemblée respective ;
- "- cinq représentants de l'Etat ;
- "- dix représentants des professions de l'assurance ;
- "- cinq représentants du personnel des entreprises d'assurance ;
- "- cinq représentants des assurés ;
- "- cinq personnalités choisies en raison de leur compétence.

Amendement

Remplacer le troisième et le quatrième alinéas du texte proposé par cet article pour l'article L. 411-1 du code des assurances par trois alinéas ainsi rédigés :

"Le conseil national des assurances peut être consulté sur l'ensemble des questions relatives aux assurances, à la réassurance et à la prévention, soit à la demande du ministre chargé de l'économie et des finances, soit à la demande de la majorité de ses membres, soit à la demande du comité consultatif de l'assurance.

"Il est consulté pour avis par le ministre chargé de l'économie et des finances sur tout projet de loi ou de directive européenne entrant dans son champ de compétence.

"Il adresse chaque année au Président de la République et au Parlement un rapport sur l'assurance.

Amendement

Remplacer le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 411-1 du code des assurances par deux alinéas ainsi rédigés :

"Il se réunit au moins deux fois par an en séance plénière.

"Les conditions de nomination des membres du conseil national des assurances et de son fonctionnement sont précisées par décret en Conseil d'Etat."

Article additionnel après l'article 17

L'Association française des entreprises d'assurance

Commentaire

Votre commission propose dans cet article additionnel d'instituer l'obligation d'affiliation à une association professionnelle des entreprises d'assurance.

Ces entreprises sont actuellement regroupées en trois fédérations professionnelles, selon leur nature :

• **La Fédération française des sociétés d'assurance (F.F.S.A.)** regroupe 326 entreprises, représentant 80 % de l'ensemble du marché, essentiellement :

- 7 sociétés nationalisées,
- 109 sociétés anonymes,
- 71 sociétés à forme mutuelle ("fausses mutuelles"),
- et 107 succursales de sociétés étrangères.

• **Le Groupement des sociétés à caractère mutuel, syndicat professionnel**, regroupant une douzaine de sociétés d'assurance mutuelle ou à forme mutuelle, détenant plus de 16 % du marché "dommages".

• **Les assurances mutuelles agricoles, regroupées dans "Groupama" constitué sous forme de syndicat professionnel.** Les assurances mutuelles agricoles, régies par le code des assurances et le code rural, couvrent 70 % des exploitants agricoles, 60 % des salariés de l'agriculture, 85 % des organisations professionnelles.

Cette division de la profession en trois secteurs a plusieurs conséquences :

* leur représentation ès-qualité dans les divers organismes existants : C.N.A., bureaux centraux de tarification ;

* l'absence de gestion de services communs : par exemple la convention collective du personnel ;

* l'impossibilité d'exprimer un point de vue solidaire de la profession d'assurance française face à la concurrence européenne.

Il n'est pas question d'effacer la spécificité des groupements professionnels existants, qui correspond à une réalité très profonde.

Toutefois, l'intérêt de créer une association professionnelle des entreprises d'assurance est évident :

- organiser un dialogue permanent entre les divers secteurs de la profession et leur permettre de gérer certaines questions de façon commune ;

- rationaliser la représentation de la profession dans les organismes de concertation ;

- renforcer la solidité de l'assurance française dans le contexte de l'ouverture européenne.

Les statuts de cette association devront faire l'objet d'une approbation ministérielle.

Texte de l'amendement

Amendement

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Il est ajouté au livre III du code des assurances (partie législative) un titre VI ainsi rédigé :

"Titre VI

"Organisation de la profession

"Chapitre unique

"Association française des entreprises d'assurance

"Art. L. 361-1.- Les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 sont tenues d'adhérer à l'association française des entreprises d'assurance ou à un groupement professionnel affilié à cette association.

"L'association française des entreprises d'assurance a pour objet la représentation des intérêts collectifs de ces entreprises et l'organisation de la profession."

"Ses statuts sont approuvés par arrêté ministériel."

Article 18

Le Comité consultatif de l'assurance

1°.- Commentaire

a) La situation actuelle

Aucune instance spécifique de concertation entre professionnels et usagers de l'assurance n'existe en matière d'assurance. Toutefois, plusieurs organismes permettent déjà un dialogue :

- le Conseil national des assurances, puisque professionnels et usagers y sont représentés, mais au sein d'une instance beaucoup plus large ;

- le Conseil national de la consommation, institué par décret du 12 juillet 1983, et dont plusieurs groupes de travail, composés particulièrement de professionnels et d'usagers, ont déjà eu à traiter des problèmes d'assurance.

Toutefois, il est manifeste que les usagers désignés dans ces instances ne peuvent avoir la formation nécessaire pour devenir de véritables interlocuteurs : il faut créer une structure spécialisée

b) Le projet de loi

L'article 18 institue un comité consultatif de l'assurance chargé d'étudier les questions relatives aux relations entre la profession et sa clientèle et de proposer toutes mesures dans ce domaine.

Le Comité pourra proposer des avis ou recommandations d'ordre général. Il fera un rapport annuellement au Conseil national des assurances.

L'article 18 renvoie au décret pour la désignation des membres du Comité, et pour ses règles d'organisation et de fonctionnement.

2°.- Décision de la commission

Votre commission est très favorable à la création d'un comité consultatif de l'assurance : à cet égard, le Comité consultatif, créé par la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit, lui paraît constituer une expérience particulièrement intéressante. L'activité d'assurance, où l'utilisateur est le plus souvent peu informé, lui paraît justifier tout spécialement la création d'un comité de concertation entre la profession et sa clientèle.

Elle souhaite toutefois ajouter deux précisions indispensables à l'article 18. En effet, l'efficacité de ce comité sera fonction de deux facteurs tout à fait essentiels :

- Le rôle du président étant déterminant dans une instance de ce type, il importe que ce soit une personnalité indépendante, mais connaissant bien le domaine des assurances.

- Par ailleurs, l'objectif essentiel de l'institution étant la concertation entre la profession et les usagers, il faut que leur représentation y soit très nettement majoritaire : elle devra donc constituer plus des deux tiers du comité.

Ainsi constitué, le comité consultatif doit devenir le lien privilégié de la concertation entre la profession et sa clientèle : il devra être de droit saisi en premier de toutes les questions y afférentes, et utiliser, le cas échéant, les travaux des autres organismes tels que ceux du Conseil national de la consommation.

Texte des amendements

Amendement

Après le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 413-1 du code des assurances, insérer un alinéa ainsi rédigé :

"Le comité consultatif peut se saisir de sa propre initiative à la demande de la majorité de ses membres. Il peut être saisi notamment par le ministre chargé de l'économie et des finances et par les organisations de consommateurs agréées au plan national.

Amendement

Avant le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 413-1 du code des assurances, insérer un alinéa nouveau ainsi rédigé :

"Le comité est présidé par une personnalité choisie en raison de sa compétence dans le domaine des assurances. Il est composé, au moins pour les deux tiers, de représentants des entreprises ou des intermédiaires d'assurance et de représentants de la clientèle.

TITRE IV

Dispositions relatives aux entreprises d'assurance

Le titre IV contient trois séries de dispositions : des dispositions relatives à l'agrément des entreprises d'assurance ; des dispositions afférentes à l'introduction pour les "ensembles d'entreprises d'assurance" d'une obligation de consolidation des comptes, et, enfin, des dispositions traitant du statut des différents types de sociétés d'assurance appartenant au secteur mutualiste.

Des considérations d'ordre général ayant déjà été formulées à propos des entreprises d'assurance, de leur statut juridique et de leur importance économique, votre rapporteur se bornera à rappeler ici le plan du livre III du code des assurances (livre III : "les entreprises d'assurance") que les articles du présent titre du projet modifient.

Livre III : Les entreprises d'assurance

- Titre premier : dispositions générales et contrôle de l'Etat
- Titre deux : régime administratif
 - . chapitre 1 : les agréments
 - . chapitre 2 : règles de constitution et de fonctionnement
 - . chapitre 3 : procédures de redressement et de sauvegarde
 - . chapitre 4 : transferts de portefeuille
 - . chapitre 5 : retrait de l'agrément administratif
 - . chapitre 6 : liquidation
 - . chapitre 7 : privilèges
 - . chapitre 8 : sanctions
- Titre trois : régimes financiers
 - . chapitre 1 : engagements réglementés
 - . chapitre 2 à 5 : néant
- Titre quatre : dispositions comptables
 - . chapitre 1 : principes généraux
 - . chapitre 2 à 4 : néant

Article 19

Conditions d'octroi de l'agrément

1°- Commentaire

L'article 19 introduit au chapitre premier ("les agréments") du titre deux ("régime administratif des entreprises d'assurance") du livre trois ("entreprises d'assurance") du code des assurances un article L. 321-2-1 nouveau. Cet article s'inscrirait dans une section trois de ce chapitre premier, intitulée "conditions des agréments"; cette section ne contient, pour l'instant, aucune disposition. L'article 19 comble donc un vide juridique en précisant les critères d'octroi ou de refus de l'agrément des entreprises d'assurance.

a) Le régime actuel des agréments des entreprises d'assurance

• Le code des assurances prévoit aujourd'hui deux types d'agrément : l'agrément administratif général, que toute entreprise qui souhaite s'établir sur le territoire de la République française doit obtenir et l'agrément spécial, que les entreprises non communautaires doivent solliciter avant de pouvoir implanter une succursale en France. Le projet de loi crée en outre un troisième agrément, l'agrément administratif de libre prestation de services, d'inspiration différente des deux précédents.

• L'agrément administratif général s'applique :

- aux créations d'entreprises d'assurance appelées à être régies par le droit français (que les capitaux soient apportés par des personnes morales ou des personnes physiques) ;

- aux créations de succursales d'entreprises d'assurance implantées sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ;

- aux créations de succursales d'entreprises implantées dans un pays non membre de la Communauté européenne (ces entreprises doivent avoir obtenu l'agrément spécial avant de pouvoir postuler à l'agrément administratif général) ;

- aux extensions d'activité d'entreprises déjà établies ; l'agrément est en effet requis pour chaque branche d'assurance (il en

existe vingt-sept, dont la liste est fixée par l'article R. 321-1 du code des assurances); certaines incompatibilités sont d'ailleurs prévues : par exemple, une même entreprise ne peut être agréée à la fois pour la vie et le dommage ; les grands groupes d'assurance comportent donc au moins deux entreprises.

Le champ d'application de l'agrément administratif est ainsi absolument général : toute création d'établissement (entreprise d'assurance ou succursale d'entreprise d'assurance) ou extension d'activité est subordonnée à son obtention.

La procédure de délivrance est la suivante :

- dépôt d'un dossier comportant divers documents (statuts de la société, programme prévisionnel d'activité, etc...);

- instruction du dossier par la direction des assurances et prise de la décision par le ministre de l'économie et des finances ;

- pour refuser l'agrément, le ministre doit obtenir l'avis conforme du conseil national des assurances ; en cas de désaccord avec ce dernier, le ministre doit provoquer une nouvelle délibération, à l'issue de laquelle il peut passer outre (article R. 321-13 du code des assurances).

Les critères de délivrance de l'agrément ne sont pas fixés par la loi ; le ministre dispose donc, en apparence, d'un pouvoir discrétionnaire.

En réalité, les directives européennes des 24 juillet 1973 (liberté d'établissement en assurance de dommages) et 5 mars 1979 (liberté d'établissement en assurance-vie) encadrent ce pouvoir. Les directives, qui ont fourni un cadre commun aux règles d'agrément adoptées par les différents Etats, précisent notamment :

- que l'agrément est délivré au vu d'un programme d'activité qui doit contenir des indications limitativement énumérées relatives, en particulier, aux moyens techniques et financiers que l'entreprise entend mettre en oeuvre ;

- que l'honorabilité des futurs dirigeants et leur qualification professionnelle peuvent être contrôlées.

Ces critères que le ministre a, au regard du droit communautaire, l'obligation de respecter, n'ont pas encore reçu de traduction législative ; ils figurent en revanche dans la partie réglementaire du code.

• **L'agrément spécial des entreprises d'origine extra-communautaire** est régi par l'article L. 321-2 du code des assurances. Il est également délivré par le ministre de l'économie et des finances, de manière totalement discrétionnaire.

Les entreprises non communautaires qui sollicitent la possibilité de s'établir sur le sol français doivent avoir un mandataire général implanté en France et présenter un cautionnement.

• **L'agrément de libre prestation de services** est créé par l'article premier du projet de loi (article L. 351-5 nouveau du code des assurances). Cet agrément est d'essence différente des deux précédents, puisqu'il concerne, par définition, des entreprises qui ne souhaitent pas s'établir en France. L'agrément ne sera requis que pour la couverture des risques de masse (voir exposé général). Son obtention sera subordonnée à la production de documents ainsi qu'au respect des règles concernant le calcul des provisions techniques afférentes aux contrats, la détermination des actifs des entreprises représentant ces provisions et la localisation de ces actifs.

• **Le nombre d'agréments administratifs généraux** délivrés a, ces dernières années, évolué comme suit :

	1985	1986	1987	1988
Assurance-vie				
- nombre d'agréments	12	9	17	11
- nombre total d'entreprises	99	105	116	126
Assurance dommage				
- nombre d'agréments	35 (1)	7	17	13
- nombre total d'entreprises	422	424	430	436
Total				
- nombre d'agréments	47 (1)	16	34	24
- nombre total d'entreprises (dont succursales d'entreprises étrangères)	521 (163)	529 (157)	546 (152)	562 (152)

(1) non significatif, en raison d'agréments multiples liés à une opération particulière.

Les créations d'entreprises sont donc relativement nombreuses ; ces créations ne sont pas dues à l'implantation massive de succursales d'entreprises étrangères, dont le nombre reste stable.

Par rapport au nombre d'entreprises existantes, le plus fort taux de progression est enregistré par l'assurance-vie ; plus de la moitié des créations d'entreprises y sont le fait d'établissements de crédits.

Cette progression du nombre d'agrément accordés témoigne de la vitalité du secteur de l'assurance. Toutefois, l'augmentation du nombre d'entreprises n'est, à cet égard, que l'un des critères à prendre en compte ; la plupart de nos entreprises n'ont pas, en effet, atteint la "taille critique" à l'échelle européenne. L'assurance connaîtra donc probablement à l'avenir un mouvement de restructuration, qui contrebalancera les créations nouvelles (celles-ci l'emportant aujourd'hui sur les disparitions).

b) l'agrément à l'étranger et dans d'autres secteurs d'activité.

• Les critères de délivrance de l'agrément des entreprises issues de la Communauté européenne sont ainsi désormais harmonisés.

L'autorité de délivrance est, en règle générale, le ministre de l'économie et des finances. En Allemagne fédérale, toutefois, l'autorité de contrôle indépendante est compétente pour délivrer l'agrément.

• Dans la plupart des secteurs financiers, la création d'une entreprise est subordonnée à l'agrément.

Il en va ainsi :

- pour les établissements de crédit (agrément délivré par le comité des établissements de crédit),

- pour les sociétés de bourse (admission par le conseil des bourses de valeurs) et les membres de la chambre de compensation des instruments financiers (habilitation par cette chambre),

- pour les organismes de placement collectif en valeurs mobilières (agrément par la commission des opérations de bourse) et les fonds communs de créances (agrément par la COB, après avis de la Banque de France).

Il est à noter que l'agrément n'est plus, dans aucun de ces cas, délivré par le ministre de l'économie et des finances.

c) Le dispositif de l'article 19

• L'article 19 n'apporte guère de bouleversement ; il précise, en effet, les critères de délivrance de l'agrément administratif général et reproduit à cet effet les dispositions des directives sur la liberté d'établissement. La compétence du ministre de l'économie et des finances pour délivrer l'agrément est en outre confirmée.

Les critères prévus par l'article 19 sont les suivants :

- le programme d'activité de l'entreprise,
- les moyens techniques et financiers dont la mise en oeuvre est proposée,
- l'honorabilité et la qualification des dirigeants,
- la répartition du capital social et les modalités de constitution du fonds d'établissement (pour les sociétés d'assurance mutuelles).

Le quatrième critère n'est pas prévu par les directives, qui autorisent cependant un contrôle de ce type.

D'après les informations fournies à votre rapporteur, ce critère vise les entreprises qui souhaiteraient être agréées, avec un statut de droit français, mais dont le capital serait, en réalité, entre les mains de ressortissants extra-communautaires, émanations, le cas échéant, d'entreprises d'assurance.

Afin d'éviter que la règle d'obtention d'un agrément spécial ne soit tournée, l'article 19 autorise donc implicitement le refus de l'agrément en raison de la répartition du capital social. Notons toutefois que la référence aux modalités de constitution du fonds d'établissement des sociétés d'assurance mutuelles qui, par définition, ne peut être entre les mains de sociétés étrangères, semble également permettre un contrôle sur les moyens de constitution des fonds propres ; un fonds d'établissement constitué à l'aide d'emprunts à taux excessif pourrait, par ce biais, donner lieu à refus de l'agrément.

2°- Décision de la Commission

Votre Commission des finances a adopté, dans son principe, l'article 19. Elle y a toutefois apporté un amendement dont l'objet est triple :

- apporter diverses précisions rédactionnelles,
- prévoir la délivrance de l'agrément par un comité, dénommé comité des entreprises d'assurance, pour des motifs qui seront exposés ci-dessous (cf. : commentaire des articles additionnels après l'article 19),
- préciser que le contrôle du programme d'activité ne s'effectue pas *in abstracto*, mais au regard des moyens techniques et financiers dont la mise en oeuvre est proposée ; il s'agirait donc de vérifier l'adéquation des moyens au programme ; cette solution est plus conforme aux directives de 1973 et 1979 qui interdisent de se fonder sur "les besoins économiques du marché".

Texte de l'amendement

Rédiger ainsi le texte proposé par cet article pour l'article L. 321-2-1 du code des assurances :

"Art. L. 321-2-1. Pour accorder ou refuser l'agrément prévu à l'article L. 321-1, le comité des entreprises d'assurance prend en compte :

- "- les moyens techniques et financiers dont la mise en oeuvre est proposée et leur adéquation au programme d'activité de l'entreprise,
- "- l'honorabilité et la qualification des personnes chargées de la conduire,
- "- la répartition de son capital social ou, pour les sociétés mentionnées à l'article L. 322-26-1, les modalités de constitution du fonds d'établissement."

*Articles additionnels
après l'article 19*

Création d'un comité des entreprises d'assurance

Après l'article 19, votre commission des finances a adopté **deux articles additionnels** tendant à redéfinir les autorités compétentes pour la délivrance des agréments prévus par le code des assurances.

La philosophie de ces articles additionnels est simple :

- la délivrance de l'agrément de libre prestation de services et de l'agrément administratif, qui obéit à des critères de droit, doit relever d'une instance qui ne se confonde pas avec le pouvoir exécutif,

- celui-ci, en revanche, doit rester compétent, en la personne du ministre de l'économie et des finances, pour délivrer l'agrément spécial des succursales d'entreprises non communautaires.

• Le premier article additionnel tend donc à la création d'un comité des entreprises d'assurance.

Ce comité serait à la fois compétent pour délivrer l'agrément administratif général et l'agrément de libre prestation de services. Sa création est inspirée par la structure institutionnelle prévue par la loi bancaire, qui comporte un comité des établissements de crédit.

Le Comité des établissements de crédit

(article 31 de la loi du 24 janvier 1984)

Composition :

Six membres, dont :

- le gouverneur de la Banque de France,
- le directeur du Trésor,
- un représentant de l'association française des établissements de crédit,
- un représentant des organisations syndicales,
- deux personnalités qualifiées.

Compétence :

Toutes décisions individuelles prévues par les textes applicables aux établissements de crédit (agrément, création de succursales, dérogation diverses, etc...)

La création d'un comité des entreprises d'assurance n'est pas, toutefois, fondée sur le souci mimétique de "plaquer" les dispositions de la loi bancaire sur le secteur de l'assurance.

Deux motivations plus importantes fondent cette décision de votre commission des finances :

- l'agrément administratif est délivré au vu de critères juridiques et n'est pas discrétionnaire, il n'a donc pas à relever exclusivement d'une autorité politique ;

- la présence de représentants de la profession (en nombre minoritaire) permettra à celle-ci d'amorcer une ébauche "d'autorégulation" de ses destinées.

La composition proposée pour le comité répond à ces motivations : il serait présidé par le ministre chargé de l'économie et des finances et comprendrait en outre deux autres représentants de l'Etat, incarnant ici la prise en compte de l'intérêt général, deux représentants de l'association française des entreprises d'assurance, créée par ailleurs (cf. article additionnel après l'article 17), permettant à celle-ci d'exprimer ses souhaits quant à l'évolution du secteur et une personnalité qualifiée qui pourrait, par exemple, apporter une compétence juridique.

Cette composition paraît équilibrée ; les représentants de la profession y étant minoritaires, d'éventuelles tendances malthusiennes ne sauraient triompher.

Le comité aurait, en outre, le pouvoir de retirer l'agrément, par parallélisme des formes (cf. commentaire de l'article 20) ; ses compétences pourraient, à l'avenir, être élargies à l'ensemble des décisions administratives individuelles afférentes à l'assurance.

• Le second article additionnel est la conséquence du premier ; il vise, en effet, à conférer une compétence explicite au ministre de l'économie et des finances pour accorder et retirer l'agrément spécial des entreprises extra-communautaires (cette compétence est actuellement implicite, puisque le ministre est compétent pour l'ensemble des agréments). Il est logique que le ministre conserve ce pouvoir, dont l'exercice procède d'appréciations d'opportunité, fondées pour partie sur la réciprocité.

• Par coordination, votre commission des finances a été conduite à apporter un amendement à l'article premier du projet, dont elle ne s'est pas saisie par ailleurs ; cet amendement précise que l'agrément de libre prestation de services est délivré par le comité des entreprises d'assurance.

Texte des articles additionnels

Amendement

Après l'article 19, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I.- La première phrase du premier alinéa de l'article L.321-2 du code des assurances est ainsi rédigée :

"Les entreprises établies sur le territoire d'un Etat qui n'est pas membre de la Communauté européenne ne peuvent pratiquer sur le territoire de la République française des opérations soumises au contrôle de l'Etat en vertu de l'article L.310-1 qu'après avoir obtenu un agrément spécial portant acceptation d'un mandataire général ; l'agrément est délivré par le ministre chargé de l'économie et des finances."

II.- Le troisième alinéa de l'article L.321-2 du code des assurances est supprimé.

Amendement

Après l'article 19, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section V du chapitre premier du titre II du livre III du code des assurances (première partie : législative) est remplacée par les dispositions suivantes :

"Section V - Comité des entreprises d'assurance

"Art. L.321-3-1. Il est institué un comité des entreprises d'assurance chargé de statuer sur les demandes d'agrément dans les conditions prévues aux articles L.321-1 et L.351-5 et, le cas échéant, de prononcer le retrait d'agrément dans les cas définis à l'article L.325-1.

"Le comité est présidé par le ministre chargé de l'économie et des finances ou par son représentant.

Il comprend cinq autres membres nommés par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances pour une durée de trois ans : deux représentants de l'Etat, deux représentants de l'association française des entreprises d'assurance proposés par cette association et une personnalité choisie en raison de sa compétence.

"Cinq suppléants sont nommés dans les mêmes conditions.

"En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante."

Amendement de coordination sur l'article premier du présent projet de loi

Rédiger ainsi la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L.351-5 du code des assurances.

Toutefois, une telle entreprise ne peut opérer en France en libre prestation de services qu'après avoir obtenu un agrément administratif délivré par le comité des entreprises d'assurance.

Article 20

Retrait de l'agrément administratif

1°.- Commentaire

L'article 20 introduit un article L.325-1 nouveau au chapitre V ("Retrait de l'agrément administratif") du titre II ("Régime administratif des entreprises d'assurance") du livre III ("Entreprises d'assurance") du code des assurances.

Cet article a pour objet de préciser les cas dans lesquels l'agrément administratif général peut être retiré ; il ne s'applique pas à l'agrément spécial dont le retrait peut toujours, semble-t-il, être discrétionnairement prononcé par le ministre (ce retrait emportant alors, semble-t-il encore, dans le silence du texte, celui de l'agrément administratif général).

L'autorité compétente pour prononcer le retrait serait le ministre, également compétent pour délivrer l'agrément.

Le parallélisme des formes est, en l'occurrence, partiellement rompu par le fait que la Commission de contrôle des assurances dispose également, en vertu de l'article 25 du projet de loi, de la possibilité de prononcer le retrait de l'agrément. Cette possibilité repose, toutefois, sur un pouvoir de sanction ; le fondement du retrait d'agrément prévu dans le cadre de l'article 20 est différent.

Ce fondement est précisé par le texte de l'article. Le retrait pourrait intervenir lorsque les données au vu desquelles l'octroi a été prononcé connaissent des "changements substantiels".

Par le biais de l'adverbe "notamment", suivi du terme "changements intervenus dans la composition du capital social ou dans les organes de direction", l'intention du Gouvernement est précisée ; le but de l'article est essentiellement de permettre le retrait d'agrément lorsque le capital social d'une entreprise est massivement acquis par des personnes ne ressortissant pas de la Communauté européenne.

D'autres hypothèses peuvent toutefois être envisagées : honorabilité compromise des dirigeants, rupture de l'équilibre entre les moyens financiers de l'entreprise et son activité.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté un amendement prévoyant une nouvelle rédaction de l'article 20.

Cette nouvelle rédaction apporte, en premier lieu, une coordination avec la décision prise préalablement de confier à un comité des entreprises d'assurance les décisions relatives à l'agrément ; celui-ci serait donc compétent pour décider du retrait.

En second lieu, cette rédaction précise que les changements dans la composition du capital social ne peuvent motiver le retrait d'agrément que lorsque l'intérêt national l'exige. L'intention des auteurs du projet n'est pas, en effet, de permettre le retrait d'agrément dans toutes les hypothèses où la composition du capital social d'une entreprise d'assurance change sensiblement : toute restructuration du secteur des assurances pourrait, sans quoi, être paralysée. Votre commission avait en outre pensé introduire ici la notion d'intérêt communautaire, mais celle-ci peut être d'interprétation juridique délicate. Il n'a donc pas semblé possible d'y recourir ; l'objet de l'amendement est bien, toutefois, d'éviter les prises de participation extracommunautaires.

En troisième lieu, enfin, les autres hypothèses de retrait d'agrément sont mieux définies : il s'agirait des cas d'absence prolongée d'activité ou de rupture de l'équilibre entre les moyens financiers de l'entreprise et son volume d'activité.

Texte de l'amendement

Amendement

Rédiger ainsi le texte proposé par cet article pour l'article L.325-1 du code des assurances :

"Art. L.325-1. Sans préjudice des dispositions de l'article L.310-18, l'agrément administratif prévu à l'article L.321-1 peut être retiré par le comité des entreprises d'assurance en cas d'absence prolongée d'activité, de rupture de l'équilibre entre les moyens financiers de l'entreprise et son activité ou, si l'intérêt national l'exige, de modification substantielle de la composition du capital social ou des organes de direction."

Article 21

Comptes consolidés

1°.- Commentaire

• L'article 21 vise à étendre aux entreprises d'assurance l'obligation prévue pour les sociétés commerciales d'établir dans certains cas des comptes consolidés avec ceux d'autres sociétés commerciales. Cette obligation résulte des articles 357-1 à 357-12 de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, eux-mêmes introduits dans cette loi par une loi du 12 juillet 1985, prise en application d'une directive européenne.

Deux spécificités essentielles du secteur de l'assurance au regard de l'obligation de consolidation doivent, d'emblée, être relevées :

- le secteur de l'assurance n'est, actuellement, selon les informations fournies à votre rapporteur, soumis à aucune obligation de consolidation ;

- la consolidation ne peut, pour une entreprise d'assurance, être effectuée qu'avec les comptes d'une autre entreprise d'assurance ; la spécificité des documents comptables des entreprises d'assurance interdit, en effet, d'y consolider des participations dans des entreprises relevant d'autres secteurs d'activité, également selon les informations fournies à votre rapporteur.

C'est pourquoi l'article 21 n'introduit d'obligation de consolidation pour les entreprises d'assurance qu'en tant qu'elles font partie d'un "ensemble d'entreprises d'assurance" ; le "périmètre de consolidation" ne porterait donc que sur les entreprises d'assurance de "l'ensemble" et non sur les participations qu'elles détiennent.

• Le dispositif de l'article 21 repose sur l'introduction d'un chapitre V nouveau, comprenant un article, dans le titre IV ("Dispositions comptables et statistiques") du livre III ("Entreprises d'assurance") du code des assurances.

L'article L.345-1 de ce chapitre V nouveau prévoit, en premier lieu, l'obligation de consolidation pour tout "ensemble d'entreprises d'assurance", sans préciser celles des entreprises qui, au sein de cet "ensemble", auront l'obligation d'effectuer la

consolidation (ce point étant renvoyé par le dernier alinéa de l'article à un décret en Conseil d'Etat).

La définition d'un "ensemble d'entreprises d'assurance" (et, par voie d'extension, de son "périmètre", qui sera celui de la consolidation) est ensuite précisée.

Dans trois hypothèses distinctes, des entreprises d'assurance seront considérées comme formant un ensemble.

Première hypothèse : une entreprise d'assurance exerce sur une ou plusieurs autres entreprises d'assurance :

- un contrôle exclusif,
- un contrôle conjoint,
- une influence notable.

Ces trois critères doivent s'apprécier à la lumière de l'article L.357-1 de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, aux termes duquel :

- le contrôle exclusif résulte de la détention, directe ou indirecte, de la majorité des droits de vote ou de la désignation, pendant deux exercices successifs, de la majorité des membres du conseil d'administration (ou du directoire et du conseil de surveillance) ;

- le contrôle conjoint résulte du partage du contrôle de la société par un nombre limité d'associés, liés par un accord (implicite ou explicite) ;

- l'influence notable est présumée en cas de détention du cinquième au moins des droits de vote.

Deuxième hypothèse : deux ou plusieurs entreprises d'assurance ont, soit une direction commune, soit des services communs assez étendus pour engendrer un comportement technique, commercial ou financier commun.

Cette hypothèse vise plusieurs cas :

- cas d'une société de capitaux "adossée" à une société d'assurance mutuelle ;

- cas symétrique d'une société d'assurance mutuelle qui, par définition, ne peut être contrôlée au regard des critères prévus à

l'article 357-1 de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, "adossée" à une société de capitaux ;

- cas de plusieurs mutuelles ayant, en fait, une direction commune.

- Troisième hypothèse : des entreprises (d'assurance) ont des liens durables de réassurance ; cette hypothèse vise d'abord les sociétés de capitaux, pour lesquelles les liens de réassurance sont contractuels ; elle vise ensuite les sociétés d'assurance mutuelles, qui ont avec leurs unions des liens statutaires de réassurance ; elle vise, enfin, la mutualité agricole pour laquelle les liens de réassurance sont prévus par des règlements.

Il est légitime de prévoir que des liens de réassurance "importants et durables" entraînent l'obligation de consolidation : le devenir de l'entreprise dépend en effet alors pour partie de celui de son réassureur.

• Les modalités de consolidation ne sont pas indiquées, et sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat, en raison de la spécificité de la comptabilité des entreprises d'assurance.

On peut présumer que les techniques prévues par la loi du 24 juillet 1966 et le décret du 23 mars 1967 pris en application de cette loi seront partiellement appliquées.

Ces techniques sont (article 248 du décret) :

- en cas de contrôle exclusif : l'intégration globale, c'est-à-dire le remplacement, au bilan de la société consolidante des titres de participation par l'ensemble des actifs de la société consolidée ; corrélativement, le passif de la société consolidée est ajouté à celui de la société consolidante ;

- en cas de contrôle conjoint : l'intégration proportionnelle ; cette intégration obéit à la même technique que l'intégration globale, mais les actifs et les passifs de la société consolidée ne sont retenus qu'à concurrence de la fraction du capital social de la société consolidée possédée par la société consolidante ;

- en cas d'influence notable : la mise en équivalence, qui consiste, schématiquement, à substituer la valeur intrinsèque des titres à leur valeur comptable à l'actif du bilan de la société consolidante.

S'agissant du compte de résultat, l'intégration globale implique l'addition au résultat de la société consolidante du total du

résultat de la société consolidée ; en cas d'intégration proportionnelle, seule une fraction du résultat est consolidée.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté à l'article 21 un amendement de précision. Le texte de l'article n'obéit pas, en effet, à une démarche totalement logique, dans la mesure où il fait obligation, en son premier alinéa, à "l'ensemble d'entreprises d'assurance" de publier des comptes consolidés. Or, cette obligation ne peut peser que sur l'une des entreprises, voire sur la totalité d'entre elles, mais pas sur "l'ensemble" qui n'a aucune personnalité juridique.

Cet amendement apporte en outre des améliorations rédactionnelles. Il laisse subsister l'ensemble des dispositions de fond de l'article 21.

Texte de l'amendement

Amendement

Remplacer les deux premiers alinéas du texte proposé par cet article pour l'article L.345-1 du code des assurances par trois alinéas ainsi rédigés :

"Art. L.345-1. Lorsque des entreprises d'assurance constituent un ensemble d'entreprises d'assurance, l'une d'entre elles au moins doit établir et publier les comptes consolidés de cet ensemble d'entreprises d'assurance.

"Sont considérées comme formant un ensemble d'entreprises d'assurance les entreprises d'assurance se trouvant dans l'un des cas suivants.

"1°) Une entreprise d'assurance exerce sur une ou plusieurs autres entreprises d'assurance soit un contrôle exclusif ou conjoint, soit une influence notable, au sens de l'article 357-1 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

**Article additionnel
après l'article 21**

**Amélioration de la transparence des comptes
des entreprises d'assurance-vie et adoption de règles
protégeant les assurés**

1° - Commentaire

Votre commission des finances a adopté, après l'article 21, un article additionnel tendant à mieux protéger les assurés en matière d'assurance-vie et de capitalisation.

L'étude de ce dispositif suppose, au préalable, le rappel de la structure du bilan d'une entreprise d'assurance-vie et des dispositions législatives et réglementaires afférentes à la participation aux bénéfices des assurés.

a) Problématique de la protection des assurés en matière d'assurance-vie et de capitalisation.

• Le bilan d'une entreprise d'assurance pratiquant l'assurance-vie ou la capitalisation comprend, schématiquement, les éléments suivants :

- *Au passif*

- . le capital social et les réserves,
- . les dettes à moyen et long terme,
- . les provisions techniques, dont les provisions dites mathématiques,
- . les dettes à court terme.

- *A l'actif :*

- . les placements immobiliers,
- . les titres de participation dans des sociétés filiales,
- . les valeurs mobilières de placement (actions et obligations),
- . les créances diverses (prêts aux collectivités locales, etc...),
- . les liquidités.

L'un de ces postes revêt une importance capitale : il s'agit des provisions mathématiques. Aux termes de l'article R. 331-3 du

code des assurances, ces provisions sont, pour chaque exercice, "égales à la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés".

Cette rédaction - sibylline - introduit deux éléments essentiels : la notion de "valeur actuelle" et celle "d'engagements pris par l'assureur et les assurés".

Par "valeur actuelle", il faut entendre valeur actualisée ; l'actualisation est une technique consistant à appliquer un taux d'intérêt à des sommes qui ne sont pas immédiatement disponibles (ou immédiatement dues), afin de pouvoir les comparer à des sommes immédiatement disponibles (ou immédiatement dues). L'intérêt se définissant comme le prix du temps, l'actualisation a donc pour objet de déprécier le futur, ou, *a contrario*, de valoriser le présent.

Ainsi, lorsqu'un assureur prend l'engagement de verser un capital de 100 francs dans dix ans à un assuré et que le taux d'intérêt qu'il utilise est de 5 %, la valeur actuelle de son engagement est égale à 100 que divise 1,05 élevé à la puissance 10.

Les engagements pris par l'assureur sont de verser, à terme, une rente ou un capital ; ils doivent être pondérés, pour le calcul de leur valeur actuelle, par la probabilité de vie de l'assuré au moment du (ou des) versement. Les engagements pris par l'assuré sont de verser des primes, voire une prime unique au début du contrat.

Les provisions mathématiques ont donc pour objet de constater, au passif du bilan de l'entreprise d'assurance, les engagements, évalués de manière probabiliste, que l'assureur devra tenir à terme envers l'assuré. Ces engagements constituent des charges futures ; ils doivent faire l'objet de provisions ; celles-ci sont, corrélativement, portées au débit du compte de résultat (les primes encaissées figurant à son crédit) ce qui garantit l'équilibre du bilan.

• La constitution de provisions mathématiques se traduit par une capacité de financement considérable des entreprises d'assurance-vie et de capitalisation.

Le montant total de ces provisions a, ces dernières années, évolué comme suit :

- 1984 : 199 milliards de francs,
- 1985 : 250 milliards de francs (+ 51 milliards),
- 1986 : 323 milliards de francs (+ 73 milliards).

L'actif du bilan des entreprises d'assurance-vie peut donc être, conceptuellement, séparé en deux éléments distincts :

- les placements représentatifs des fonds propres qui, en cas de liquidation, reviendraient aux actionnaires,
- les placements représentatifs des provisions techniques qui, en cas de liquidation, reviendraient aux assurés qui ont un droit de créance sur l'entreprise.

Cette séparation n'est toutefois pas juridiquement prévue par le droit actuel. Les revenus engendrés par les placements représentatifs des provisions techniques, ainsi que les plus-values constatées en cas de cession de ces placements, viennent en principe au crédit du compte de résultat et constituent donc un élément du bénéfice distribuable.

Toutefois, des règles progressivement mises en place depuis deux décennies garantissent la participation des assurés aux bénéfices engendrés par les revenus et plus-values des placements corrélatifs aux provisions mathématiques.

• Les articles L.132-29 et L.150-3 du code des assurances font en effet obligation aux entreprises d'assurance-vie et de capitalisation de faire participer les assurés aux bénéfices réalisés. Les modalités de cette participation sont fixées par la partie réglementaire du code. Celle-ci prévoit la constitution d'un "compte de participation aux résultats". Schématiquement, le solde de ce compte est égal à une part du total des produits et plus-values de l'entreprise, cette part étant déterminée par application du pourcentage que représentent les provisions mathématiques dans le total du passif. Le code des assurances fait obligation aux entreprises d'affecter au moins 85 % de la part des produits et plus-values ainsi déterminée à la "participation des assurés aux bénéfices"; cette participation aux bénéfices permet donc la revalorisation du montant des rentes et capitaux qui leur seront versés. L'affectation doit être opérée dans les cinq ans de la constatation du bénéfice.

Ce pourcentage de 85 % peut surprendre ; il pourrait en effet être soutenu que les produits et plus-values des placements corrélatifs aux provisions mathématiques devraient revenir dans leur intégralité aux assurés, la rémunération de l'assureur étant effectuée par deux autres canaux : les frais de gestion, prélevés sous forme de "chargements", distincts de la "prime pure" et les produits et plus-values engendrés par les placements corrélatifs aux fonds propres.

Le droit, pour les entreprises d'assurance, de conserver 15 % au plus des produits et plus-values engendrés par les actifs corrélatifs aux provisions techniques reçoit la justification suivante : l'assureur garantit à l'assuré le versement d'un capital ou d'une rente, dont le montant est fixé à l'avance (un taux d'intérêt implicite est donc servi de manière garantie à l'assuré). L'assureur assume ainsi un risque de taux, dont le profit prélevé sur les produits et plus-values des actifs corrélatifs aux provisions mathématiques est la rémunération ("l'assomption du risque" est d'ailleurs l'une des justifications du profit selon Schumpeter).

Au-delà du débat portant sur la quotité de cette participation aux bénéfices, l'instauration de celle-ci semble garantir la protection des assurés et a constitué un progrès décisif. Deux lacunes subsistent cependant encore aujourd'hui. D'une part, aucune règle ne préserve leurs intérêts en cas de restructuration de l'entreprise d'assurance ; d'autre part, le dispositif législatif actuel n'assure la participation aux bénéfices qu'en cas de produit ou de plus-value encaissée, les plus-values latentes ne profitant donc pas aux assurés.

• La question des plus-values latentes peut être résumée de manière relativement simple : les assureurs ont l'obligation d'affecter 85 % au moins des plus-values engendrées par les actifs corrélatifs aux provisions techniques lorsque ces plus-values sont effectivement réalisées. Les plus-values latentes, en revanche, ne donnent lieu à aucune participation.

Cette règle, au premier abord, paraît sage ; ce qui n'est pas encaissé n'a pas, en droit comptable français, à donner lieu à distribution.

Elle a pourtant des conséquences redoutablement injustes. Certains des éléments de l'actif des compagnies d'assurance ont, en effet, une rotation extrêmement lente : il s'agit des immeubles et des titres de participation dans des sociétés filiales. Dès lors, les plus-values latentes qui se dégagent peu à peu (puisque ces éléments d'actif figurent, au bilan, à leur valeur historique, c'est-à-dire leur coût d'acquisition) sont rarement, voire jamais, concrétisées. Un assuré peut ainsi ne jamais bénéficier des plus-values afférentes à un placement qui est pourtant corrélatif à un engagement pris à son égard, c'est-à-dire, en clair et en faisant abstraction de toute rigueur juridique, sa propriété. A son décès, les plus-values latentes sont, schématiquement, dévolues aux apporteurs de capitaux.

L'importance du parc immobilier des compagnies d'assurance (et sa localisation, à hauteur de 80 %, en région parisienne) confère une ampleur certaine à cette question. En 1986,

la répartition des placements des compagnies d'assurance-vie était, en effet, la suivante (1) :

- immeubles : 43 milliards de francs,
- titres de participation : 42 milliards de francs,
- valeurs mobilières : 238 milliards de francs,
- réalisable et disponible : 45 milliards de francs,
- autres : 56 milliards de francs,
- total de l'actif : 414 milliards de francs.

Les immeubles détenus (dont, il est vrai, une partie correspond à des immobilisations des entreprises destinées à assurer leur fonctionnement et non à des placements) ont une valeur vénale probablement égale à plusieurs fois leur valeur comptable, sauf cas de réévaluation du bilan. Les plus-values que susciterait leur cession seraient considérables.

• La question des restructurations d'entreprises d'assurance a été pour la première fois évoquée lors de la tentative de mise en oeuvre de la privatisation, en 1987, de deux entreprises publiques d'assurance, l'U.A.P. et les A.G.F.

Il est apparu, à cette occasion, que la ventilation des plus-values latentes entre les assurés et l'Etat actionnaire se heurtait à d'importantes difficultés ; cette ventilation était pourtant nécessaire, car seul l'actif corrélatif aux fonds propres était susceptible de fonder la valeur des actions devant être offertes au public.

Un rapport a été confié à M. Jacques Mayoux, dans le but de tenter de résoudre cette question. Ce rapport, resté longtemps confidentiel, (et constitué en réalité d'une lettre de huit pages, accompagnée de deux annexes de démonstrations mathématiques, adressée à M. Edouard Balladur, ministre de l'économie et des finances de l'époque), effectuait le double constat suivant :

- certaines des plus-values latentes n'étaient pas susceptibles d'être affectées aux assurés selon la règle de partage à 85 %, dans la mesure où elles correspondaient à des actifs corrélatifs à des engagements pris à une époque où les règles de participation n'étaient pas entrées en vigueur,

- la rotation des actifs immobiliers était si lente, qu'elle était très inférieure à la cadence de renouvellement des contrats ; les plus-values latentes sur ces actifs ne pouvaient donc être affectées à

(1) Source : rapport annuel de la direction des assurances.

la participation (et, dans le cas d'une privatisation, être dévolues aux assurés), puisqu'elles n'avaient pas été réalisées avant le terme des polices.

M. Jacques Mayoux préconisait donc l'utilisation d'une "méthode historique", aux éléments complexes, pour arriver à déterminer la part des plus-values latentes revenant aux assurés.

Cette méthode n'était pas réellement satisfaisante, dans la mesure où elle aboutissait à admettre que des plus-values non affectées à la participation de certains assurés, qui auraient dû en bénéficier aux termes de la législation actuelle, puissent profiter à l'actionnaire.

Quelles que soient les conclusions adoptées à l'époque, le régime actuel de l'assurance-vie française n'apporte, à l'évidence, pas toutes les garanties nécessaires aux assurés.

b) Les solutions envisageables

- La première solution susceptible d'être mise en oeuvre pour améliorer la situation des assurés est celle dite du "cantonement généralisé".

Le cantonnement est une technique comptable qui consiste à isoler dans des comptes distincts des opérations engagées pour le compte de personnes différentes. Dans l'état actuel de la législation française, le cantonnement est un simple moyen de gestion, dépourvu d'efficacité juridique, la notion de patrimoine d'affectation n'existant pas dans le droit positif.

En matière d'assurance-vie, il est toutefois d'ores et déjà possible d'affecter un bien et les produits qu'il suscite à la couverture des engagements pris envers un assuré ; tel est le cas pour les contrats assis sur des parts d'organisme de placement collectif en valeurs mobilières ; tel est également le cas pour certains contrats assis sur des éléments d'actifs déterminés, une fraction d'immeuble par exemple. Les contrats à taux dit majoré (c'est-à-dire garantissant un taux d'intérêt supérieur à celui réglementairement prévu) donnent également lieu à isolement, au sein du bilan de l'entreprise d'assurance, des éléments d'actifs corrélatifs aux engagements pris par l'assureur. Selon certaines informations, 50 % des contrats nouveaux se traduiraient ainsi par l'affectation comptable des placements corrélatifs.

Faut-il, dans ces conditions, instaurer l'obligation, pour les entreprises d'assurance, d'isoler systématiquement au sein de

leurs bilans les actifs représentatifs d'engagements pris envers les assurés ?

Cette solution (que recommandait le rapport de M. Jacques Mayoux) a plusieurs avantages :

- elle permet d'effectuer rapidement et sans contestation possible les restructurations d'entreprises d'assurance-vie (fusion, scission, privatisation, nationalisation) ; les transferts de portefeuille de contrats qui accompagnent ces restructurations s'opéreraient automatiquement avec ceux des actifs afférents aux engagements pris envers les assurés, puisqu'ils seraient déjà isolés au sein du bilan ;

- elle permet de résoudre le problème des plus-values latentes ; en effet, ces plus-values seraient définitivement acquises à la collectivité des assurés, à laquelle elles bénéficieraient automatiquement le jour de leur réalisation, que l'entreprise d'assurance n'aurait plus aucun intérêt à différer.

Cette méthode suscite également des critiques :

- elle introduirait un élément de complexité dans la gestion des placements ;

- elle ferait perdre le bénéfice des "économies d'échelle" liées à la gestion globale d'une masse unique d'actifs ;

- elle ramènerait le rôle de l'assureur à celui d'un établissement financier, par exemple un O.P.C.V.M. qui aurait en outre la possibilité de réaliser des placements immobiliers ;

- elle supprimerait la solidarité qui existe actuellement entre l'assureur et l'assuré.

Certaines de ces critiques ne résistent pas réellement à l'examen.

En premier lieu, l'exemple britannique, fondé il est vrai, sur des usages très différents, démontre que le cantonnement peut être concrètement réalisé : en Grande-Bretagne, les placements corrélatifs des provisions techniques sont regroupés dans le "fonds des assurés" distinct du "fonds des assureurs", les deux masses d'actifs étant relativement étanches.

En second lieu, les techniques informatiques actuelles permettent, sans difficulté majeure, la gestion de deux masses d'actifs sans complexité excessive. Les entreprises d'assurance parviennent d'ailleurs déjà à gérer de multiples actifs cantonnés.

En troisième lieu, le cantonnement laisserait subsister une spécificité majeure des entreprises d'assurance : la mutualisation du risque entre assurés, qui découlerait du fait que les assurés survivants disposeraient des placements corrélatifs aux engagements pris envers les assurés décédés.

L'argument de la solidarité entre assureurs et assurés apparaît, en revanche, plus facilement recevable. Il est exact que l'assureur, en garantissant un rendement certain à l'assuré (très faible, il est vrai, sauf contrat à taux majoré), assume un risque, qu'il couvre avec ses fonds propres. Dans ces conditions, il peut apparaître légitime qu'il "facture" ce risque, en prélevant une fraction des produits engendrés par les placements corrélatifs aux engagements pris envers les assurés.

Cet engagement prend tout son sens avec les perspectives d'ouverture européenne : la concurrence qui s'instaurera alors à l'échelle européenne entre entreprises d'assurance-vie devrait amener à fixer le prélèvement de cette fraction au niveau le plus bas qui puisse être compatible avec la nécessité d'apporter une rémunération minimale aux actionnaires.

En outre, il convient de ne pas préjuger de la décision qui pourrait être prise sur ce point à l'échelon communautaire ; un élément aussi substantiel du statut des entreprises d'assurance et des conditions de concurrence doit en effet faire l'objet d'une norme européenne commune.

Convient-il, dès lors, de laisser la situation en l'état ? La réponse ne peut qu'être négative. *Seule une solution conférant aux assurés autant de garanties que le cantonnement généralisé des actifs peut conduire à renoncer à celui-ci, compte tenu de ses inconvénients.*

• Cette autre solution doit prendre en considération trois impératifs :

- promouvoir la clarté totale des documents comptables des compagnies d'assurance-vie afin de permettre à la concurrence de s'exercer pleinement ;

- garantir intégralement les droits des assurés en cas de transfert de portefeuille de contrats, consécutif à une restructuration ;

- éviter que les entreprises d'assurance ne s'approprient les plus-values latentes dégagées par ceux de leurs actifs dont la rotation serait insuffisamment rapide.

L'objectif de clarté des documents comptables peut être aisément atteint : il suffit, pour ce faire, de prévoir l'obligation, pour les entreprises d'assurance-vie ou de capitalisation, de publier la valeur de réalisation (c'est-à-dire la valeur vénale) de l'ensemble de leurs placements ; cette publication devrait également comprendre mention de l'écart entre la valeur de réalisation des placements corrélatifs aux engagements pris envers les assurés et la valeur comptable de ces placements. Les engagements devraient être calculés selon les méthodes qui seraient applicables en cas de transfert de portefeuille de contrats.

L'objectif de protection des assurés en cas de transfert de portefeuille serait ainsi également atteint. Au moment du transfert de portefeuille de contrats, celui-ci serait en effet automatiquement accompagné des actifs corrélatifs. Les règles d'affectation des plus-values latentes n'ont pas à être fixées par le législateur, en raison de leur extrême complexité technique, qui implique le recours à de multiples textes réglementaires. Votre rapporteur souhaite néanmoins que la "méthode historique", qui aurait été utilisée en cas de privatisation des groupes publics d'assurance, soit remplacée par une autre méthode plus favorable aux assurés. Cette méthode devrait permettre la dévolution à ceux-ci d'une fraction des plus-values latentes calculée d'après le taux minimal de participation aux bénéfices, c'est-à-dire 85 %, sur la fraction des actifs corrélatifs aux engagements pris par l'assureur.

S'agissant, enfin, de la question des plus-values latentes résultant d'une rotation insuffisamment rapide des actifs, la solution pourrait consister à adopter une règle impliquant la conversion obligatoire d'une fraction des plus-values latentes en plus-values réalisées. Il suffit, pour ce faire, de prévoir que l'obligation de distribution est étendue chaque année à une fraction de la différence entre la valeur vénale des actifs de l'année et la valeur vénale des actifs de l'année précédente. La valeur vénale des actifs de l'année serait, naturellement, augmentée des plus-values effectivement réalisées et diminuée de la valeur vénale des actifs correspondant à des engagements nouveaux. *Ainsi, les entreprises auraient l'obligation implicite de transformer une fraction des plus-values latentes en plus-values réalisées ; cette fraction bénéficierait automatiquement aux assurés, à concurrence d'au moins 85 %, taux minimal de la participation aux bénéfices.*

Le même objectif peut d'ailleurs être atteint sans qu'il soit besoin de recourir à un dispositif aussi contraignant. Grâce aux mesures de transparence des documents comptables préconisées ci-dessus, la concurrence entre

entreprises d'assurance-vie, qui se déroulera désormais dans la clarté, amènera ces entreprises à ne plus accumuler de plus-values latentes aussi substantielles et à céder plus rapidement leurs actifs, sous peine de perdre rapidement leur clientèle.

2°.- Décision de commission

Votre commission des finances a adopté un article additionnel après l'article 21 comprenant trois paragraphes.

• **Le premier paragraphe (codifié sous l'article L.344-1 du code des assurances) instaure une transparence totale dans les comptes des entreprises d'assurance-vie. A cet effet, ces entreprises devront :**

- **publier chaque année un état annexé à leurs comptes (qui sera donc certifié par les commissaires aux comptes et vérifié par la Commission de contrôle des assurances) ;**

- **lequel devra indiquer la valeur de réalisation de l'ensemble de leurs placements, ainsi que la valeur de réalisation des placements corrélatifs à des engagements pris envers les assurés, tels que ces placements seraient déterminés en cas de transfert de portefeuille.**

Par ailleurs, le pouvoir réglementaire est habilité, par le troisième alinéa de l'article L.344-1 nouveau, à fixer les règles relatives à la détermination des placements dont le montant devrait accompagner un transfert de portefeuille.

• **Le second paragraphe dispose que l'approbation d'un transfert de portefeuille ne peut intervenir que si les actifs transférables en vertu de l'état créé par le paragraphe I sont effectivement transférés avec le portefeuille des contrats.**

L'article L.324-1 du code des assurances, qui fixe les règles d'approbation (par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances) des transferts de portefeuille de contrats, est modifié à cet effet.

Par ailleurs, le paragraphe II prévoit qu'en cas de scission n'emportant pas transfert de portefeuille, cette opération ne peut avoir pour conséquence la diminution des actifs corrélatifs aux engagements pris envers les assurés. L'article L.324-3, qui prévoit un pouvoir d'opposition du ministre (dans un délai d'un mois) est modifié en conséquence.

• **Le troisième paragraphe, enfin, prévoit le cantonnement des actifs après transfert de portefeuille.**

Cette règle a une double motivation :

- rendre inopérantes les fraudes aux dispositions relatives à la participation aux bénéfices ; celle-ci n'étant exigée qu'au bout d'un délai de huit années pour les entreprises qui créent ; il suffit d'opérer au bout de ce délai un transfert de portefeuille pour éluder la participation aux bénéfices ; avec le cantonnement des actifs transférés, une telle attitude deviendra sans objet, puisque les plus-values resteront, quoi qu'il en soit, acquises aux assurés ;

- mettre en oeuvre le cautionnement là où il n'entraîne aucune difficulté particulière, puisqu'à l'issue du transfert, les actifs afférents aux engagements pris envers les assurés ont déjà été isolés.

Quoique isolés, les actifs transférés continuaient à donner lieu à participation aux bénéfices selon la règle des 85 % - 15 %. En revanche, le calcul de cette participation n'aurait plus à intégrer la part respective des fonds propres et des provisions mathématiques.

Texte de l'article additionnel

Après l'article 21, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

I.- Il est inséré, au chapitre IV du titre IV du livre III du code des assurances un article L. 344-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 344-1.- Les entreprises pratiquant des opérations d'assurance-vie ou de capitalisation établissent, à la clôture de chaque exercice, un état annexé à leurs comptes retraçant la valeur de réalisation de l'ensemble des placements figurant à leur actif.

"Cet état indique, en outre, la valeur comptable et la valeur de réalisation des placements correspondant à des engagements pris envers les assurés et bénéficiaires de contrats, telles qu'elles seraient constatées en cas de transfert de portefeuille de contrats.

"Les règles permettant la détermination de ces placements sont fixées par décret en Conseil d'Etat."

II.- 1. Il est inséré, au troisième alinéa de l'article L.324-1 du code des assurances, après la première phrase, une phrase ainsi rédigée :

"Pour les transferts concernant les entreprises d'assurances-vie ou de capitalisation, cette approbation est en outre fondée sur les données de l'état prévu à l'article L 344-1."

2. Le début de la seconde phrase de l'article L. 324-3 du code des assurances est ainsi rédigé :

"Durant ce délai, le ministre peut s'opposer à l'opération s'il juge qu'elle n'est pas conforme à l'intérêt des assurés ou des créanciers ou qu'elle a pour conséquence de diminuer la valeur de réalisation des placements correspondant à des engagements pris envers les assurés, déterminée conformément aux dispositions de l'article L. 344-1; il peut également demander les documents complémentaires..."

III.- Il est inséré au chapitre IV du titre II du livre III du code des assurances (partie législative) une section III nouvelle ainsi rédigée :

"Section III

"Règles relatives à l'affectation comptable des actifs transférés avec un portefeuille de contrats.

"Art. L 324-7.- Les actifs transférés avec un portefeuille de contrats par une entreprise d'assurance-vie ou de capitalisation sont affectés à une section comptable distincte du bilan de l'entreprise cessionnaire des contrats.

"Pour le calcul de la participation aux bénéfices afférents à ces actifs prévue aux articles L. 132-29 et L. 150-3, il n'est pas tenu compte de l'importance respective des fonds propres et des engagements pris envers les assurés figurant au bilan de l'entreprise".

Article 22

Définition juridique des sociétés d'assurance du secteur mutuel

1°.- Commentaire

Cet article a pour objet de fournir une définition juridique unique des sociétés d'assurance mutuelles.

Actuellement, quatre formes de sociétés d'assurance du secteur mutuel coexistent (sociétés à forme mutuelle, sociétés mutuelles d'assurance, assurance mutuelle agricole et sociétés à forme tontinière); en dépit des similitudes de leurs statuts respectifs, ces quatre types de sociétés du secteur mutuel n'étaient pas intégrées dans un cadre juridique commun (cf. exposé général, chapitre premier, II).

L'article 22 crée donc une forme juridique nouvelle, la "société d'assurance mutuelle", qui pourra revêtir l'une des quatre formes actuellement prévues.

Les traits caractéristiques de la "société d'assurance mutuelle" sont :

- un objet non commercial,
- un but exclusif, l'assurance des risques apportés par les sociétaires,
- la possibilité, pour les sociétés d'assurance dommages uniquement, de recevoir des cotisations variables en fonction du risque présenté par les sociétaires.

En raison de leurs caractéristiques, les sociétés d'assurance mutuelles n'ont pas de capital social, mais un fonds d'établissement constitué par l'emprunt ou par les premiers versements des sociétaires. Ce principe est rappelé, de manière originale, par la formule: "ces sociétés fonctionnent sans capital actions".

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances vous propose d'adopter sans modification l'article 22 du projet de loi.

Article 23

Participation des salariés au conseil d'administration des sociétés d'assurance mutuelles

1°.- Commentaire

L'article 23, qui modifie totalement le texte de l'article L.322-26-2 du code des assurances, crée la possibilité pour les salariés des sociétés d'assurance mutuelles de siéger au conseil d'administration de celles-ci.

Cette possibilité serait prévue par les statuts qui détermineraient le nombre des salariés administrateurs, sous une double limite :

- ce nombre ne pourrait être supérieur à quatre,
- ni excéder le tiers du nombre des autres administrateurs, désignés par les sociétaires.

Les salariés administrateurs seraient élus par l'ensemble du personnel salarié. La représentation des cadres est expressément prévue pour le cas où le nombre de ces salariés administrateurs serait supérieur à deux.

2°.- Décision de la commission

Votre commission a adopté deux amendements à l'article 23. Ces amendements prévoient une présence obligatoire des salariés au conseil d'administration des sociétés d'assurance mutuelles. La communauté d'intérêts qui unit sociétaires et sociétés d'assurance mutuelles semble en effet devoir naturellement - et donc automatiquement - s'étendre aux salariés de ces sociétés.

Texte des amendements

Amendement

Rédiger ainsi le début de la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L.322-26-2 du code des assurances :

Le conseil d'administration comprend, outre les administrateurs

Amendement

Rédiger ainsi le début de la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L.322-26-2 du code des assurances :

Le nombre de ces administrateurs, qui est fixé par les statuts, ne peut être supérieur

Article 24

Unions de sociétés d'assurance mutuelles

1°.- Commentaire

L'article 24 introduit deux articles nouveaux dans la section IV ("Sociétés d'assurance mutuelles") du chapitre II ("Règles de constitution et de fonctionnement") du titre II ("Régime administratif des entreprises d'assurance") du livre III ("Les entreprises d'assurance") du code des assurances.

• *L'article L.322-26-3* du code des assurances généralise à toutes les formes de sociétés d'assurance mutuelles la possibilité, actuellement offerte aux seules sociétés mutuelles d'assurance, de constituer des unions qui auraient pour seul objet de réassurer intégralement les contrats souscrits par les sociétés d'assurance mutuelles constituant ces unions. Celles-ci auraient une personnalité morale distincte.

Les unions seraient soumises aux règles applicables aux sociétés qui les constituent ; elles seraient donc soumises, selon l'interprétation de votre rapporteur, au contrôle de l'Etat, en dépit de leur objet (la réassurance est exonérée de ce contrôle).

Cet article apporte un élargissement des possibilités offertes aux sociétés d'assurance mutuelles : seules les sociétés à forme mutuelle, dont le champ d'action est étroitement limité, avaient jusqu'à présent cette faculté de constituer des unions regroupant l'ensemble des risques assurés par une série de sociétés.

- *L'article L.322-26-4* est de coordination avec l'article 23 du projet de loi. Il indique que les "sociétés d'assurance mutuelles", forme générique créée par l'article 23, peuvent emprunter le statut de société mutuelle, de société à forme tontinière et de société d'assurance ou de réassurance mutuelle agricole.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances vous propose d'adopter sans modification l'article 24 du projet de loi.

TITRE V

Le contrôle des entreprises d'assurance

Le titre V du projet de loi comprend trois articles (25,26 et 27) qui créent onze articles nouveaux dans le code des assurances et en modifient sept autres par coordination.

L'élément essentiel de ce dispositif est constitué par l'article 25, qui instaure une commission de contrôle des assurances, lui assigne ses missions assorties de moyens juridiques. L'article 26 complète l'article 25 par la création d'un délit nouveau, le délit d'entrave à l'exercice de leurs fonctions par la commission de contrôle ou par les commissaires contrôleurs dont elle dispose. L'article 27, enfin, apporte diverses coordinations à des articles du code des assurances déjà en vigueur.

Le titre V du projet propose donc la rénovation d'une des pièces maîtresses du dispositif de surveillance par l'Etat du secteur de l'assurance.

L'état actuel de ce dispositif et la philosophie des nouveaux mécanismes proposés ont déjà été traités par votre rapporteur (voir chapitre premier, I, de l'exposé général et chapitre III de celui-ci).

Celui-ci rappellera donc simplement le caractère cohérent et opportun des dispositions proposées par le titre V du projet, auquel votre commission des finances a donné son adhésion sous réserve des diverses modifications.

Article 25

Commission de contrôle des assurances

L'article 25 du projet de loi insère dix articles nouveaux dans le code des assurances (articles L.310-12 à L.310-21). Ces articles constitueront une section 2 du chapitre unique du titre premier (intitulé "Dispositions générales et contrôle de l'Etat) du livre III du code des assurances (intitulé "Les entreprises d'assurance").

Le plan de ce titre premier deviendrait ainsi, schématiquement :

- **Titre premier : dispositions générales et contrôle de l'Etat**

- *Chapitre unique,*

. *Section 1 : dispositions générales (avec plusieurs articles importants, dont l'article L.310-1, qui fonde le contrôle de Etat sur la notion d'intérêt des assurés, l'article L.310-7, qui autorise l'édition de clauses -type et l'article L.310-8 qui permet le contrôle des contrats) ;*

. *Section 2 : Commission de contrôle des assurances.*

* *

*

Article L.310-12

1°.- Commentaire

L'article L.310-12 fixe à la fois le **champ d'intervention** de la commission de contrôle (deux premiers alinéas) et sa **composition** (alinéas trois à neuf).

Le **champ d'intervention** de la commission de contrôle serait le suivant :

- le respect, par les entreprises d'assurance, des dispositions législatives et réglementaires les concernant,
- le contrôle de la marge de solvabilité,

- la situation financière des entreprises,
- leurs conditions d'exploitation.

Etant un organe de l'Etat, la commission devra, naturellement, conduire sa mission "dans l'intérêt des assurés", selon l'article L.310-1 du code, qui s'applique implicitement à elle. Elle devra d'ailleurs veiller à ce que les entreprises soient toujours en mesure de remplir leurs engagements envers ceux-ci.

La compétence de la commission de contrôle serait ainsi similaire à celle de la commission bancaire, qui a toutefois également la faculté de veiller au respect des règles de bonne conduite ; celles-ci, n'existant pas formellement en matière d'assurance, n'ont pas été visées. Cette compétence serait également similaire à celles des commissaires contrôleurs (qui s'exerce aujourd'hui sous l'autorité du ministre de l'économie et des finances).

La commission de contrôle n'aurait pas à surveiller les entreprises de réassurance, qui ne relèvent pas du contrôle de l'Etat actuellement.

La composition de la commission serait la suivante :

- un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller, président,
- un conseiller à la Cour de cassation,
- un conseiller-maître à la Cour des comptes,
- deux personnalités qualifiées.

Ces cinq membres seraient nommés par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances, sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat et des premiers présidents de la Cour de cassation et de la Cour des comptes pour les trois premiers. La commission comprendrait en outre le directeur des assurances, membre de droit.

La commission comprenant un nombre pair de membres, la voix du président serait prépondérante en cas de partage.

L'article L.310-12 apporte en outre trois précisions :

- cinq suppléants seraient nommés, également par arrêté du ministre de l'économie et des finances ; le directeur des assurances, en revanche, pourrait déléguer un représentant non nommé par arrêté ;
- les membres ne pourraient être révoqués ;
- le secrétariat de la commission serait assuré par le chef du service du contrôle des assurances.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a, en premier lieu, approuvé le champ de compétence de la commission de contrôle, défini par les deux premiers alinéas de l'article L.310-12.

Elle a, toutefois, apporté un amendement précisant que le contrôle des conditions d'exploitation et de la situation financière des entreprises d'assurance a pour seule finalité de vérifier que le respect des engagements à l'égard des assurés et de la marge de solvabilité n'est pas menacé. Il n'entre pas, en effet, dans la vocation de la commission de contrôle de porter des jugements d'opportunité sur la gestion des entreprises.

S'agissant de la composition de la commission, votre commission des finances a souhaité apporter deux modifications, traduites par deux amendements.

En premier lieu, elle a estimé que le directeur des assurances ne devrait pas siéger à la commission de contrôle en qualité de membre, mais en celle de commissaire du Gouvernement. Cette solution paraît préférable au regard de l'indépendance de la commission ; elle est même juridiquement indispensable, puisque les membres (dont le directeur des assurances) sont, selon le texte de l'article, inamovibles pendant cinq ans ; or, le directeur des assurances occupe un emploi à la discrétion du Gouvernement. Il serait donc possible, dans le texte de l'article L.310-12 proposé au Sénat, qu'il soit démis de ses fonctions de directeur tout en restant membre de la commission de contrôle.

En second lieu, il lui a paru opportun de confier la présidence de la commission au membre de la Cour des comptes ; les fonctions de la commission consistant principalement à contrôler le respect des règles comptables et prudentielles, cette solution est en effet la plus adaptée ; par le biais du contrôle des entreprises publiques, les membres de la Cour des comptes sont, en outre particulièrement formés à ce type de mission. Votre commission des finances a également envisagé de prévoir la nomination du président par décret en conseil des ministres. Cette solution ne lui a pas, *in fine*, paru s'imposer.

L'amendement, enfin, prévoit la désignation de l'un des membres par l'association française des entreprises d'assurance, créée par ailleurs, et précise que ce membre et le membre choisi en raison de sa compétence ne peuvent, durant leur mandat, recevoir de rétribution d'une entreprise d'assurance.

Texte des amendements

Amendement

Remplacer le texte proposé par cet article pour le deuxième alinéa de l'article L. 310-12 du code des assurances par deux alinéas ainsi rédigés :

"La commission veille au respect, par les entreprises d'assurance, des dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'assurance.

"La commission s'assure que les entreprises d'assurance sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés et présentent la marge de solvabilité prescrite ; à cette fin, elle examine leur situation financière et leurs conditions d'exploitation."

Amendement

Remplacer les alinéas trois à sept du texte proposé par cet article pour l'article L.310-12 du code des assurances par sept alinéas ainsi rédigés :

"La commission de contrôle des assurances comprend cinq membres nommés par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances pour une durée de cinq ans ;

1°) un membre de la Cour des comptes ayant au moins le rang de conseiller-maître, président, proposé par le premier président de la Cour des comptes ;

"2°) un membre du Conseil d'Etat proposé par le vice-président du Conseil d'Etat ;

"3°) un membre de la Cour de cassation proposé par le premier président de la Cour de Cassation ;

"4°) un membre proposé par l'association française des entreprises d'assurance ;

"5°) un membre choisi en raison de sa compétence en matière d'assurance et de questions financières ;

"Les membres prévus aux 4°) et 5°) ci-dessus ne peuvent, pendant la durée de leur mandat, recevoir de rétribution d'une entreprise d'assurance.

Amendement

Après le dixième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L.310-12 du code des assurances, insérer un alinéa additionnel ainsi rédigé :

"Le directeur des assurances au ministère de l'économie et des finances ou son représentant siège auprès de la commission en qualité de commissaire du Gouvernement."

Article L.310-13

1°.- Commentaire

L'article L.310-13 nouveau du code des assurances apporte trois précisions :

- le contrôle des entreprises d'assurance sera organisé par la commission de contrôle ;
- il sera effectué par les commissaires contrôleurs des assurances, mis à cette fin à sa disposition ;
- ce contrôle sera un contrôle sur pièces et sur place.

Cette dernière précision signifie, en réalité, que les commissaires contrôleurs doivent avoir accès aux locaux des entreprises d'assurance. Elle n'implique pas, en revanche, que les pièces doivent obligatoirement être contrôlées sur place, puisque l'article L.310-14 prévoit un droit général de communication de tous documents comptables.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté sans modification le texte proposé pour l'article L.310-13 du code des assurances.

Article L.310-14

1°.- Commentaire

L'article L.310-14 nouveau du code des assurances contient deux types de dispositions.

- **Les deux premiers alinéas de l'article prévoient un droit de communication général de la commission pour les documents comptables de l'entreprise. La commission pourra en outre demander des "informations" aux entreprises contrôlées ; ces informations pourraient, par exemple, concerner les modalités d'élaboration des documents comptables ou l'explication de certains de leurs éléments.**

La commission pourra, en outre, obtenir communication des rapports des commissaires aux comptes ; ceux-ci, en vertu d'un article ultérieur (article L.310-19), sont d'ailleurs déliés à son égard du secret professionnel.

La commission pourra, enfin, demander aux commissaires aux comptes de certifier les documents comptables qui ne le seraient pas déjà ; la certification est systématique, selon la loi du 24 juillet 1966, pour le bilan, le compte de résultat, l'annexe et, le cas échéant, les comptes consolidés ; par la certification, le commissaire aux comptes garantit, en engageant sa responsabilité, que les documents sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations et de la situation financière de la société (décret du 23 mars 1967, article 193).

Ces prérogatives de la Commission de contrôle sont identiques à celles dévolues à la Commission bancaire par l'article 40 de la loi du 24 janvier 1984.

- **Le dernier alinéa de l'article enjoint à la Commission de contrôle de vérifier que "les publications auxquelles sont astreintes les entreprises d'assurance sont régulièrement effectuées". Ces publications obligatoires sont, par exemple, le relevé détaillé de l'ensemble des valeurs mobilières détenues en portefeuille (article**

L.341-1 du code des assurances) ou l'ensemble des comptes sociaux pour les sociétés faisant appel public à l'épargne ; en ce cas, la compétence de la Commission de contrôle s'exercera conjointement avec celle de la Commission des opérations de bourse.

Cet alinéa prévoit, par ailleurs, que la Commission de contrôle peut ordonner aux entreprises concernées de "procéder à des publications rectificatives dans le cas où des inexactitudes ou des omissions auraient été relevées". Il dispose, enfin, que la Commission de contrôle peut porter à la connaissance du public "toutes informations qu'elle estime nécessaires".

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté, à l'article L.310-14 nouveau, un amendement supprimant la possibilité, pour la Commission de contrôle, de "porter à la connaissance du public toutes informations qu'elle estime nécessaires".

Ce pouvoir conféré à la Commission de contrôle est en effet apparu soit inutile, soit excessif.

Inutile, car la Commission a déjà la possibilité d'ordonner aux entreprises, le cas échéant, de procéder à des publications rectificatives en cas d'erreur ou d'omission ; elle peut également ordonner la publication des sanctions qui frapperaient les entreprises d'assurance (cf. article L.310-18 ci-dessus).

Excessif, car la Commission de contrôle, en dehors de deux cas évoqués ci-dessus, n'a pas à communiquer d'informations au public, ce rôle n'étant pas celui d'une instance quasi juridictionnelle.

Texte de l'amendement

Amendement

Supprimer la dernière phrase du texte proposé par cet article pour l'article L.310-14 du code des assurances.

Article L. 310-15

1°- Commentaire

L'article L. 310-15 prévoit la possibilité pour la commission de contrôle d'étendre le champ de ses investigations, par rapport à ses attributions normales, dans trois types de cas.

Premier cas : extension du contrôle opéré sur une entreprise d'assurance à une société autre que d'assurance dont l'entreprise d'assurance détient, directement ou indirectement, plus de la moitié des droits de vote ou du capital social. Il s'agit donc de permettre à la commission de contrôle d'étendre sa surveillance à des entreprises filiales d'entreprises d'assurance. Le contrôle pourrait également être étendu aux organismes de toute nature dont l'autonomie de décision est altérée, au profit d'une entreprise d'assurance, par une convention quelconque ; cette hypothèse vise notamment le cas d'une société d'assurance mutuelle adossée à une société d'assurance de capitaux ; la société mutuelle ne peut être contrôlée par la société de capitaux, puisqu'elle n'a pas de capital social. Elle peut, en revanche, être sous son étroite dépendance.

Deuxième cas : extension du contrôle pratiqué sur une entreprise d'assurance à sa société mère, même si celle-ci n'est pas une entreprise d'assurance. L'extension peut également concerner une entreprise faisant partie du même "ensemble d'entreprises d'assurance", qui n'aurait pas le caractère de société mère ; cette hypothèse vise principalement le cas d'une entreprise de réassurance (non soumise, normalement, au contrôle de la commission), qui entretiendrait des liens privilégiés avec une entreprise d'assurance et acquerrait de ce fait une influence dominante sur elle.

Ce second cas d'extension du contrôle ne peut intervenir que si l'entreprise d'assurance fait l'objet de mesures de redressement ou de sauvegarde (plan de financement et plan de redressement).

Troisième cas : extension du contrôle aux succursales et filiales implantées à l'étranger d'entreprises d'assurance de droit français ; cette extension ne pourrait intervenir que dans le cadre de conventions internationales.

2°- Décision de la Commission

Votre commission des finances a adopté à l'article L. 310-15 deux amendements précisant les possibilités d'investigation de la commission en cas d'extension du contrôle.

Le premier amendement assigne un objet exclusif au contrôle des filiales d'entreprises d'assurance : la vérification de la situation financière réelle de l'entreprise d'assurance contrôlée, c'est-à-dire l'évaluation de l'élément patrimonial que constituent les titres de la filiale, qui figurent à l'actif du bilan de l'entreprises d'assurance.

Le second amendement confère également une finalité unique à l'extension du contrôle aux sociétés mères : la vérification de la capacité de ces sociétés mères à participer au plan de financement ou de redressement de l'entreprise d'assurance, par exemple par souscription d'une augmentation de capital.

Texte des amendements

Amendement

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 310-15 du code des assurances par la phrase suivante :

Cette extension du contrôle ne peut avoir d'autre objet que la vérification de la situation financière réelle de l'entreprise d'assurance contrôlée.

Amendement

Rédiger ainsi la fin du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 310-15 du code des assurances :

... ou qui font partie d'un même ensemble au sens de l'article L. 345-1, afin de vérifier si ces personnes morales ont la capacité de participer aux mesures de redressement et de sauvegarde.

Article L. 310-16

1°- Commentaire

L'article 310-16 nouveau du code des assurances fixe quatre règles de procédure applicables aux contrôles sur place.

Première règle : tout contrôle sur place donne lieu à l'établissement d'un rapport par le vérificateur.

Deuxième règle : si le vérificateur formule des observations (ces termes signifiant probablement ici des critiques), ces observations sont transmises à l'entreprise contrôlée.

Troisième règle : la commission de contrôle, lorsque des observations sont formulées, prend connaissance de celles-ci accompagnées des réponses de l'entreprise ; la procédure est donc, dès ce stade, contradictoire.

Quatrième règle : les "résultats" des contrôles sont communiqués aux instances de direction de l'entreprise d'assurance contrôlée (conseil d'administration ou, le cas échéant, directoire et conseil de surveillance).

2°- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté sans modification le texte proposé pour l'article L.310-16 du code des assurances.

Votre commission s'est toutefois interrogée sur la portée réelle du deuxième alinéa de l'article, qui prévoit la transmission aux organes de direction de l'entreprise des "résultats du contrôle" ; soit les "résultats du contrôle" sont constitués par les observations formulées par le vérificateur et l'alinéa est redondant ; soit ces "résultats" sont constitués par les conséquences que la commission de contrôle tire des observations (mise en garde, injonction, etc..) et l'alinéa est superfétatoire, puisque des procédures de communication de ces décisions à l'entreprise sont par ailleurs prévues.

Article L. 310-17

1°.- Commentaire

• Le texte proposé pour l'article L.310-17 du code des assurances confère deux pouvoirs à la commission de contrôle : le pouvoir d'adresser une mise en garde à l'entreprise contrôlée et celui de lui enjoindre de cesser des pratiques illicites ou de prendre des mesures destinées à rétablir son équilibre financier au cas où il est compromis.

• La possibilité, pour la commission de contrôle, d'adresser une mise en demeure ou une injonction, est subordonnée à la réalisation de l'une des deux conditions suivantes :

- soit l'entreprise a enfreint une disposition législative ou réglementaire,

- soit elle a un comportement qui met en péril sa marge de solvabilité ou les engagements qu'elle a contractés à l'égard des assurés.

• La mise en garde est une mesure dépourvue de conséquence juridique ; l'injonction, en revanche, qui constitue un acte susceptible de recours a une issue juridique : si l'entreprise ne se conforme pas à cette injonction, elle pourra être sanctionnée par la commission de contrôle (voir commentaire de l'article L.310-18 ci-dessous).

L'article L.310-17, tel qu'il est proposé par le projet, est différent des articles 42 et 43 de la loi du 24 janvier 1984 qui confèrent à la commission bancaire la capacité d'adresser des mises en garde et des injonctions ; la mise en garde est adressée, dans le cadre de la loi bancaire, lorsqu'il y a "manquement aux règles de bonne conduite de la profession" ; l'injonction intervient lorsque l'établissement de crédit compromet sa situation financière.

Dans le cadre du présent projet, la mise en garde et l'injonction auront le même fondement : la violation de la loi ou du règlement ou un comportement mettant en péril la marge de solvabilité ou les engagements envers les assurés.

On peut donc estimer que le recours à l'une ou l'autre des procédures sera fonction de la gravité du manquement.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté sans modification le texte proposé pour l'article L.310-17 du code des assurances.

Article L. 310-18

1°.- Commentaire

Le texte proposé pour l'article L. 310-18 du code des assurances est important. Cet article nouveau prévoit, en effet :

- la possibilité, pour la commission de contrôle, d'infliger des sanctions disciplinaires et le fondement de ces sanctions,
- la nature des sanctions qui pourront être prononcées,
- la possibilité, pour la commission, d'ordonner l'insertion de sa décision dans des journaux et publications,
- le principe d'une procédure contradictoire devant la commission et l'ouverture, aux personnes sanctionnées, de la possibilité de former un recours de plein contentieux.

• Le fondement des sanctions serait le refus, par une entreprise d'assurance, d'obéir à une injonction adressée par la commission de contrôle. Cette rédaction constitue à l'évidence une erreur (cf. : ci-dessous, décision de la Commission des Finances).

• La nature des sanctions est variée, puisque la commission pourrait infliger six sanctions à caractère disciplinaire pur et, en outre, des sanctions pécuniaires.

La liste des sanctions proposées est de facture classique ; elle est cependant quelque peu hétérogène, dans la mesure où elle comprend à la fois des sanctions qui ne peuvent concerner que les dirigeants de l'entreprise (avertissement, blâme, suspension temporaire, démission d'office) et d'autres qui ne sont susceptibles d'affecter que l'entreprise (interdiction d'effectuer certaines

opérations, retrait total ou partiel d'agrément, sanctions pécuniaires).

Les sanctions pécuniaires, qui devront être fonction de la gravité du manquement commis, ne pourront excéder :

- 3 % du chiffre d'affaires hors taxe du dernier exercice clos,
- et 5 % de ce chiffre d'affaires en cas de violation réitérée d'une obligation.

A titre d'exemple, 3 % du chiffre d'affaires représentent, pour une entreprise telle que UAP-IARD, la plus grosse entreprise française d'assurance dommage, 528 millions de francs en 1987, soit un chiffre supérieur au résultat net global (384 millions de francs).

A titre de comparaison, les sanctions susceptibles d'être infligées par la Commission bancaire, le Conseil de la concurrence et la COB sont les suivantes :

	Sanctions disciplinaires "pures"	Sanctions pécuniaires
Commission bancaire	. Avertissement . Blâme . Interdiction d'effectuer certaines opérations . Suspension temporaire des dirigeants . Démission d'office . Retrait d'agrément	. Maximum : montant minimal du capital social pour un établissement de crédit
Conseil de la concurrence (sanction prononcée par les ministres concernés)	Néant	. Maximum : - 10 millions de francs pour les personnes physiques - 5 % du CA hors taxe du dernier exercice clos pour les entreprises
Commission des opérations de bourse (projet de loi sur la transparence du marché financier)	Néant	. Maximum : - 10 millions de francs, - ou le décuple du profit illicite réalisé

• La commission disposerait en outre du pouvoir d'ordonner, aux frais de l'entreprise sanctionnée, la publication ou l'affichage de sa décision.

Ce pouvoir peut avoir des conséquences redoutables pour l'entreprise ; il s'agira donc d'un élément très efficace de dissuasion.

Il conviendrait cependant d'encadrer cette possibilité donnée à la commission de contrôle. Votre commission des finances s'en remet, sur ce point, à votre commission des lois.

. La procédure devant la commission de contrôle serait contradictoire, les "intéressés" pouvant en outre se faire assister ou représenter.

Les recours contre les décisions de la commission seraient portés devant le Conseil d'Etat, qui statuerait ainsi en dernier ressort. Le recours ne serait ni un appel (la commission n'a donc pas, au regard de la loi, la qualification de juridiction administrative), ni un recours pour excès de pouvoir (lequel ne permet que l'annulation de la décision mais pas sa réformation).

Voire rapporteur, constatant la tendance actuelle du législateur à confier au juge judiciaire le contentieux de ce type d'instance, ne s'estime pas compétent pour statuer sur l'option, en l'occurrence, entre juge administratif et juge judiciaire. Il rappellera simplement les arguments qui militent pour le choix de l'un ou l'autre des ordres juridictionnels :

- pour la juridiction administrative :
 - . la commission est une instance administrative,
 - . qui recueille des compétences auparavant exercées par le ministre de l'économie,
 - . et pourra infliger des sanctions disciplinaires pour partie inspirées du droit de la fonction publique ;
- pour le juge judiciaire :
 - . les sanctions pécuniaires ne sont pas des sanctions disciplinaires classiques,
 - . le fond du droit relève, pour partie, du droit privé (contrôle indirect des contrats, règles comptables...),
 - . les délais sont généralement plus brefs.

2°.- Décision de la commission

Votre commission a adopté deux amendements au texte proposé pour l'article L. 310-18.

Le premier amendement précise que les sanctions peuvent être prononcées non seulement en cas de non respect d'une injonction, mais aussi dès lors qu'il y a violation d'une disposition législative ou réglementaire, comme c'est la règle pour toutes les sanctions de ce type. En revanche, les "comportements mettant en péril la marge de solvabilité" ne donneraient lieu à sanction que si l'injonction qui vise à les conjurer n'est pas respectée.

Le second amendement, de pure forme, prévoit que le produit des sanctions est versée "au Trésor public" et non "à l'Etat".

Texte des amendements

Amendement

Rédiger ainsi le début du texte proposé par cet article pour l'article L.310-18 du code des assurances :

Lorsqu'une entreprise d'assurance n'a pas respecté une disposition législative ou réglementaire dans le domaine relevant du contrôle de la commission ou n'a pas déféré à une injonction, celle-ci...

Amendement

Rédiger ainsi la quatrième phrase du huitième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L.310-18 du code des assurances :

Les sommes correspondantes sont versées au Trésor public.

Article L. 310-19

1°.- Commentaire

Le texte proposé pour l'article L. 310-19 du code des assurances par l'article 25 prévoit que les commissaires aux comptes d'une entreprise d'assurance sont déliés, à l'égard de la commission de contrôle, du secret professionnel, auquel les assujettit leur statut.

Cette disposition paraît opportune et n'appelle pas de commentaire particulier.

2°.- Décision de la Commission

Votre commission a adopté sans modification le texte proposé pour l'article L. 310-19 du code des assurances.

Article L. 310-20

1°.- Commentaire

L'article L. 310-20 dispose que, nonobstant le secret professionnel auquel leurs membres sont assujettis, la commission de contrôle des assurances, la commission bancaire et la commission des opérations de bourse sont autorisées à se communiquer les renseignements nécessaires à l'exercice de leurs missions respectives.

Des dispositions similaires sont prévues par :

- la loi bancaire (article 49) qui autorise les échanges de renseignements entre la Banque de France et la commission bancaire,

- la loi du 22 janvier 1988 sur les bourses de valeurs, qui autorise, en son article 21, les échanges de renseignements entre :

celles en vigueur en France et la législation de son pays doit prévoir la réciprocité.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté sans modification le texte proposé pour l'article L. 310-21 du code des assurances.

Article 26

Création d'un délit d'entrave à l'action de la commission de contrôle ou des commissaires contrôleurs

1°- Commentaire

L'article 26 crée un délit nouveau, le délit d'entrave à l'action de la commission de contrôle des assurances ou des commissaires contrôleurs mis à la disposition de celle-ci.

Le délit serait susceptible d'être commis par les dirigeants des entreprises d'assurance, de leurs filiales et de leurs sociétés-mères. Il serait puni d'un emprisonnement de quinze jours à deux ans et d'une amende de 15.000 à 2 millions de francs.

L'article 26 crée donc un dispositif similaire à celui prévu par la loi du 22 janvier 1988 sur les bourses de valeurs pour la répression des entraves à l'action des agents de la commission des opérations de bourse ; les peines prévues pour ce dernier délit sont identiques à celles instaurées par l'article 26.

En revanche, la répression de l'entrave à l'action de la commission bancaire est moins sévère : la peine d'emprisonnement prévue par l'article 79 de la loi du 24 janvier 1984 n'est notamment que de un mois à deux ans.

2°- Décision de la commission

Votre commission des finances vous propose d'adopter sans modification l'article 26.

Article 27

Coordinations diverses

1° - Commentaire

L'article 27 apporte diverses coordinations consécutives à la création de la commission de contrôle des assurances.

Il s'agit d'abord de prévoir que le retrait d'agrément peut résulter désormais d'un arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances, mais aussi d'une décision de la commission de contrôle.

Il s'agit également de conférer à celle-ci un pouvoir de proposition au ministre de l'économie et des finances pour toutes les décisions résultant d'un retrait d'agrément.

Votre rapporteur s'est d'ailleurs interrogé sur l'opportunité de donner à terme compétence à la commission de contrôle pour prendre diverses décisions qui demeurent actuellement dans le champ d'intervention du ministre de l'économie et des finances (autorisation des transferts de portefeuilles de contrats, notamment).

2° - Décision de la commission

Votre commission des finances a adopté à l'article 27 un amendement de coordination avec les amendements adoptés aux articles 19 et 20 conférant compétence à un comité des entreprises d'assurance pour accorder et retirer l'agrément.

Texte de l'amendement

Amendement

Rédiger ainsi la fin du deuxième alinéa de cet article :

... sont remplacés par les mots : "la décision du comité des entreprises d'assurance ou de la commission de contrôle des assurances prononçant le retrait."

*Article additionnel
après l'article 27*

Le contrôle des documents relatifs à l'assurance

Votre commission vous propose un article additionnel après l'article 27 ayant pour objet de clarifier le régime de contrôle des documents relatifs à l'assurance : contrats, ou documents assurant leur promotion.

La situation actuelle

Une récente décision du ministre de l'économie et des finances vient de modifier le système, largement prétorien, existant depuis une vingtaine d'années pour le contrôle des documents.

- **Les textes**

Le code des assurances contient deux articles, l'un législatif, l'autre réglementaire, qui prévoient le contrôle des documents d'assurance, et dont l'articulation ne paraît pas absolument logique.

- **l'article L.310-8 prévoit :**

- la possibilité pour le ministre de l'économie et des finances de modifier "la présentation ou la teneur" de tous les documents faisant état d'une opération d'assurance ou de capitalisation, qu'il s'agisse de contrats ou de supports publicitaires. Ce contrôle n'est pas limité dans le temps ;

- la possibilité, pour le ministre, d'exiger la communication préalable de ces documents : dès lors, un "visa" tacite est accordé en l'absence d'opposition dans un délai de 21 jours. Toutefois, au-delà de ce délai, le ministre conserve le pouvoir de demander, à tout moment, la modification des documents en circulation.

- **l'article R.310-6 prévoit l'obligation de communiquer, avant usage, au ministre de l'économie et des finances, les contrats et documents publicitaires destinés à la diffusion. Le ministre peut prescrire toutes rectifications nécessitées par la réglementation en vigueur.**

Par ailleurs, une obligation de visa préalable existe pour :

- les modifications aux statuts des entreprises,

- l'application de nouveaux tarifs.

Ce visa peut d'ailleurs être révoqué à tout moment.

Une première incohérence apparaît donc dans les textes eux-mêmes : alors que le L.310-8 prévoit une possibilité de contrôle, au niveau législatif, le R.310-6 rend ce contrôle obligatoire, au niveau réglementaire.

- La pratique

Un accord entre le ministre de l'économie et des finances et la profession a institué en 1966 un dispositif de visa des documents qui a, dans les faits, remplacé celui qui était prévu dans les textes.

Deux procédures étaient ainsi mises en place :

- une communication des documents à l'administration, ne faisant pas obstacle à leur usage immédiat. Dans un délai de trois mois, le ministre pouvait toutefois manifester son opposition à cet usage, si les documents ne respectaient pas les prescriptions législatives ou réglementaires, et exiger les rectifications correspondantes. Par ailleurs, des observations pouvaient être faites sur des dispositions peu claires ou semblant contraires à l'intérêt des assurés ;

- un contrôle des documents dans un délai de six mois après communication, et avant usage, matérialisé par l'apposition d'un visa, et effectué "non seulement au regard de leur conformité à la réglementation en vigueur mais également de l'intérêt général et notamment de celui des assurés et bénéficiaires de contrats".

C'est cette deuxième procédure qui a été le plus largement utilisée.

Une très récente décision du ministre de l'économie et des finances a supprimé ce dispositif de visa pour les contrats et documents relatifs à l'assurance-dommages.

Votre commission se félicite de cette décision, qui responsabilise la profession à quelques mois de l'entrée en vigueur de la libre prestation de services communautaire en assurance-dommage. Toutefois, il lui paraît nécessaire de clarifier les règles relatives au contrôle des documents, puisque les articles L.310-8 et R.310-6 du code des assurances restent en vigueur.

La nouvelle version de l'article L.310-8 qui vous est proposée obéit à trois impératifs :

- les règles relatives au contrôle des documents doivent être fixées dans la loi ;

- le contrôle des documents doit être effectué par la commission de contrôle, avec le concours de l'administration ;

- un contrôle a priori ne doit plus subsister, à titre transitoire, que sur les documents relatifs à l'assurance-vie et à la capitalisation. S'agissant de produits d'épargne proposés au public, ce contrôle paraît devoir être maintenu : il devra lui aussi être supprimé avant l'instauration de la libre prestation de services de ces produits, et la profession devra s'y préparer avec le concours de l'administration.

Texte de l'amendement

Amendement

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L.310-8 du code des assurances est ainsi rédigé :

"Art. L.310-8.- Les entreprises mentionnées à l'article L.310-1 doivent, avant usage, communiquer au ministre chargé de l'économie et des finances, les documents faisant état d'une opération d'assurance ou de capitalisation destinés à être remis aux souscripteurs ou adhérents de contrats d'assurance, ou à faire l'objet de publicité.

"La commission de contrôle des assurances, sur demande motivée du ministre chargé de l'économie et des finances, peut prescrire toute modification de ces documents, nécessitée par la législation et la réglementation en vigueur, dans les conditions prévues à l'article L. 310-17.

"Sans préjudice des dispositions de l'alinéa ci-dessus, l'usage des documents faisant état d'une opération d'assurance-vie ou de capitalisation destinés à être remis aux souscripteurs ou adhérents de contrats d'assurance ou à faire l'objet de publicité est subordonné à un visa préalable du ministre chargé de l'économie et des finances. En l'absence d'opposition dans un délai de trois mois, ce visa est réputé acquis."

*Article additionnel
après l'article 27*

**Suppression du contrôle de la tarification
des contrats d'assurance**

Votre commission vous propose d'adopter un article additionnel après l'article 27, ayant pour objet de supprimer la possibilité, pour l'autorité administrative, de fixer les montants maximaux et minimaux des tarifications des contrats.

En effet, cette fixation de fourchettes de tarifs paraît tout à fait contradictoire avec l'esprit qui préside au projet de loi, et qui inspire d'ailleurs d'autres propositions de votre commission. Plusieurs exemples peuvent en être donnés :

- suppression du visa généralisé sur les contrats (article additionnel après l'article 27 proposé par votre commission) ;
- suppression de la possibilité donnée à l'autorité administrative d'imposer des mesures de concertation d'entreprises d'assurance, des cabinets de courtage et des agences, et de l'information préalable de l'administration avant tout accord passé entre entreprises d'assurance (article 35) ;

Par ailleurs, il faut rappeler que l'ordonnance du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence a pour effet de soumettre le secteur des assurances au droit commun de la concurrence, ce qui n'était pas le cas dans le régime déterminé par l'ordonnance du 30 juin 1945.

Il est donc logique de supprimer la possibilité pour l'autorité administrative d'intervenir sur les prix.

Toutefois, la spécificité de l'activité d'assurance-vie et de capitalisation nécessite de maintenir la possibilité, pour l'administration, de fixer les règles de calcul actuariel qui leur sont applicables. Ces règles, purement techniques, ne font en aucun cas obstacle au jeu de la concurrence, et sont indispensables pour que soit respecté l'intérêt des assurés.

Texte de l'amendement

Amendement

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le texte de l'article L 310-7 du code des assurances, les mots :

"... de contrats et fixer les montants maximaux et minimaux des tarifications, ainsi que les montants des taux de rétribution des intermédiaires et des règles applicables au paiement de ces rétributions."

sont remplacés par les mots :

"...de contrats et, pour les contrats d'assurance-vie ou de capitalisation, fixer les règles de calcul actuariel qui leur sont applicables."

TITRE VI

Dispositions diverses

Le titre VI comporte les articles 28 à 47 dont l'objet et l'importance sont divers.

Votre commission commentera, parmi ces dispositions, celles qui ont une implication économique ou financière directe, soit :

- L'article 28 : dispositions relatives aux grandes entreprises nationales.
- L'article 30 : possibilité de souscrire des contrats d'assurance en devises.
- L'article 31 : unification du régime des sociétés d'assurance à caractère mutuel.
- L'article 32 : opérations annexes des entreprises d'assurance.
- L'article 34 : possibilité pour les entreprises d'assurance de procéder au démarchage financier.
- L'article 35 : abrogation de diverses possibilités d'intervention de l'Etat sur le marché de l'assurance.

Par ailleurs, votre commission vous propose d'insérer deux articles additionnels dans ce titre VI.

Article 28

Organisation des groupes nationaux d'assurance.

L'article 28 procède à plusieurs abrogations d'articles du code des assurances concernant les entreprises nationales d'assurance.

Ces abrogations répondent à deux préoccupations :

- rapprocher le droit des grandes entreprises nationales du droit commun ;
- supprimer plusieurs dispositions devenues caduques.

Toutefois, avant de présenter les mesures contenues dans cet article, il semble souhaitable de rappeler brièvement l'organisation du secteur public de l'assurance, telle qu'elle résulte de la loi du 4 janvier 1973 relative à la participation dans les banques et les compagnies d'assurance nationalisées.

En effet aujourd'hui, ce secteur comprend trois grands groupes d'entreprise dont la structure est identique et qui comporte deux niveaux :

- une société centrale, constituée sous forme de société anonyme et dont 75 % au moins des actions appartiennent à l'Etat ;
- les sociétés d'assurance, membres du groupe et dont le capital est, de manière directe ou indirecte, intégralement détenu par la société centrale.

Le présent projet ne remet pas en cause ce schéma global. Il propose seulement d'introduire quelques assouplissements dans ses modalités d'application.

1. Trois grandes séries de dispositions relatives à l'organisation et à la gestion des groupes nationalisés

Plusieurs des abrogations proposées par le présent article tendent à supprimer quelques unes des règles spécifiques qui pèsent sur les diverses catégories d'actionnaires tant des sociétés centrales

que des sociétés nationales d'assurance. De manière schématique, les dispositions ainsi envisagées s'articulent autour de trois grands thèmes :

- aménager le dispositif autorisant la cession d'une fraction du capital des sociétés centrales ;
- assouplir les conditions dans lesquelles les sociétés centrales doivent détenir l'intégralité du capital des sociétés de leur groupe ;
- remettre en cause certaines contraintes jusqu'alors imposées pour la gestion des entreprises nationales et notamment celles concernant la représentation des actionnaires.

A) Un aménagement du dispositif autorisant la cession d'une fraction des actions des sociétés centrales

1°.- Commentaire:

a) La situation actuelle

L'article L.322-13 du code des assurances apparaît comme la disposition essentielle permettant d'assurer le contrôle de l'Etat sur le secteur public des assurances. A cet effet, il pose une règle générale : les actions des sociétés centrales d'assurance appartiennent à l'Etat.

Ce principe connaît cependant une exception importante. En effet, depuis 1973, le même article prévoit que, sous certaines conditions, 25 % au plus du capital des sociétés centrales peut être transmis à des tiers.

a1) Un dispositif juridique strictement encadré

Répondant au souci de promouvoir l'actionnariat du personnel des compagnies d'assurance, cette faculté qui, par construction, ne porte que sur les titres de sociétés centrales, reste enserrée dans des règles juridiques très précises.

L'article L.322-22 du code des assurances prévoit que ces actions ne peuvent être transmises que sous forme :

- soit de distributions gratuites aux membres du personnel des entreprises nationales,

- soit de cessions à titre onéreux, celles-ci ne pouvant alors être consenties qu'à des acquéreurs énumérés par la loi et qui sont le personnel ou les agents généraux des compagnies nationales d'assurance, la Caisse des dépôts et consignations, et des caisses de retraite ou de prévoyance agréées à cet effet.

L'article L.322-23 précise que les modalités de ces distributions ou cessions de titres sont arrêtées par décret en Conseil d'Etat.

L'article L.322-24 pose les règles applicables lorsqu'une personne ayant reçu directement des actions de sociétés centrales souhaite les céder à des tiers. Il indique en premier lieu que les titres restent nominatifs. Il autorise leur négociation sur le marché financier mais limite les catégories d'intervenants susceptibles de les acquérir. En fait, les seuls acheteurs autorisés par la loi sont les personnes physiques de nationalité française, et quelques sociétés ou organismes au nombre desquelles figurent la Caisse des dépôts et consignations, le Crédit foncier de France, le Crédit national, les sociétés d'investissement et les sociétés ou organismes d'assurance, de prévoyance et de retraite. Enfin, il interdit à un même acquéreur de détenir plus d'une certaine fraction du capital d'une société centrale d'assurance, fraction fixée par décret à 0,05 % pour une personne physique et 1 % pour une personne morale.

a2) une faculté inégalement utilisée

Cette possibilité légale de distribuer ou céder 25 % du capital des sociétés centrales d'assurance n'a pas été complètement utilisée, comme l'indique les tableaux suivants :

	U.A.P.	G.A.N.	A.G.F.
Part du capital des sociétés centrales non détenue par l'Etat au 30.04.89	14,77 %	16,44 %	25 %

	U.A.P.	G.A.N.	A.G.F.
Part du capital des sociétés distribuée au personnel	10,2 %	9,2 %	10,7 %
Part du capital des sociétés cédée à titre onéreux	4,6 %	7,24 %	14,3 %
Effectifs du personnel au 31.12.88	17.282	8.695	12.005

Il apparaît en outre que le personnel des sociétés d'assurance n'a pas conservé toutes les actions qu'il avait reçues. A l'U.A.P., alors que 10,2 % du capital a été distribué aux salariés, ceux-ci n'en détenaient plus que 0,97 % le 30 avril dernier. Au G.A.N. et aux A.G.F., la place du personnel est plus élevée, mais reste cependant inférieure à celle résultant théoriquement des distributions gratuites.

Répartition du capital des sociétés centrales (au 30.04.89)

	U.A.P.		G.A.N.		A.G.F.	
	En nombre	en %	En nombre	en %	En nombre	en %
Nombre d'actions	67.200.000		8.500.000		22.000.000	
dont :						
Etat	57.274.560	85,23	7.102.447	83,56	16.500.000	75
Personnel	651.840	0,97	154.637	1,82	323.400	1,47
Autres personnes physiques (1)	1.982.400	2,95	216.945	2,55	754.600	3,43
Fonds d'épargne du personnel	651.840	0,19			180.100	0,8
Caisse des dépôts et consignations (2)	1.384.320	2,06	84.700	1	75.853	0,3
Caisses de retraite et de prévoyance	181.440	0,27	65.875	0,77	315.000	1,43
Entreprises publiques d'assurance	1.901.760	2,83				
Autres personnes morales	3.763.200	5,50	605.707	7,13	3.737.800	16,99
Fonds communs de placement			150162	1,76		
Crédit foncier, Crédit national, CEPME)			119.850	1,41		
Retraités					127.600	0,58

(1) Dont agents généraux (G.A.N. : 3.081 - 0,04 %).

(2) Total détenu par le groupe.

D'une manière générale, on constate que les personnes physiques détiennent peu d'actions de sociétés centrales d'assurance.

b) Les mesures proposées dans le projet de loi

Certaines dispositions de l'article 28 proposent d'assouplir les règles de cession des titres détenus par l'Etat sans remettre en cause le principe fondamental posé par l'article L.322-13 du code des assurances et aux termes duquel la puissance publique doit demeurer propriétaire de 75 % au moins du capital des sociétés centrales d'assurance.

En fait, la principale innovation consiste en la modification de l'article L.322-22 du code des assurances, en vue de supprimer la liste limitative des personnes morales ou physiques autorisées à acheter directement des actions de sociétés centrales d'assurance. En d'autres termes, tout investisseur sera désormais susceptible d'acheter directement soit à l'Etat, soit à l'émetteur lors d'une augmentation de capital, des titres de sociétés centrales.

La faculté de distribuer ou céder 25 % du capital des sociétés concernées n'ayant pas été totalement utilisée à ce jour, la disposition ainsi proposée devrait ouvrir de nouvelles opportunités. De ce fait, elle facilitera la mobilisation de fonds au profit des sociétés centrales en permettant notamment de procéder à des augmentations de capital plus largement ouvertes à des tiers.

Cette disposition, qui se traduit par la suppression d'un membre de phrase dans l'article L.322-22 du code des assurances, s'accompagne en outre de deux mesures complémentaires :

- une modification de l'article L.322-23 afin de préciser que le décret en Conseil d'Etat fixe uniquement les modalités des distributions gratuites d'actions ;

- la suppression de deux paragraphes dans l'article L.322-24 en vue de faire disparaître :

- toute restriction sur la nature ou la qualité des personnes autorisées à acheter sur le marché financier des titres de sociétés centrales d'assurance ;

- l'interdiction, pour un même détenteur, de posséder plus d'une certaine fraction du capital des sociétés concernées.

L'abrogation de ces deux restrictions permet ainsi de créer un contexte favorable au développement d'un véritable marché pour les titres de sociétés centrales d'assurance non détenus par l'Etat, et autorise l'apparition d'actionnaires disposant d'une fraction plus significative du capital des sociétés concernées.

2°.- Décision de la commission

D'une manière plus générale, l'assouplissement des règles relatives à l'acquisition et à la transmission des actions de sociétés centrales d'assurance pouvant être diffusées dans le public est une nécessité pour favoriser des rapprochements entre

institutions financières et pour créer un dispositif susceptible d'aider les compagnies à renforcer leurs fonds propres.

Votre commission des finances approuve donc ces dispositions rendues nécessaires par l'échéance européenne.

Mais elle souhaite également introduire une modification dans l'article L.322-13 du code des assurances.

En effet, celui-ci dispose que les actions des sociétés centrales sont détenues par l'Etat, sans toutefois préciser la forme que doit prendre cette participation.

Il semble alors utile de compléter ce texte afin de prévoir que la fraction du capital détenue par l'Etat s'apprécie au vu des participations tant directes qu'indirectes que celui-ci possède dans la société centrale d'assurance. Une telle mesure permettra de faciliter le recours aux augmentations de capital, de même que les opérations du type de celle qui a été réalisée entre la B.N.P. et l'U.A.P.

Tel est donc l'objet de l'amendement que vous propose votre commission et qui vise à réécrire l'article L.322-13 du code des assurances. Par mesure de coordination, il appelle une modification rédactionnelle dans l'article L.322-22 du même code.

B). Un assouplissement des conditions dans lesquelles une société centrale doit détenir la totalité du capital des sociétés de son groupe.

1°.- Commentaire :

a) Le régime actuel

Le premier paragraphe de l'article L.322-12 du code des assurances, issu de la loi de 1973, dispose que les sociétés centrales d'assurances ont pour objet de détenir, directement ou indirectement, la totalité des actions des entreprises placées sous leur autorité.

En conséquence, le deuxième paragraphe du même article organise les modalités de contrôle du capital. Il comporte deux dispositions essentielles :

- d'une part, il interdit à une société centrale de céder les titres qu'elle a reçus de l'Etat au moment de sa création,

- d'autre part, il autorise les entreprises du groupe à détenir des participations dans le capital des autres sociétés appartenant au même groupe.

b) La mesure proposée par l'article

Une telle organisation introduit cependant de fortes rigidités. En fait, elle revient à geler la participation directe détenue par la société centrale, interdisant ainsi des reclassements de titres pourtant nécessaires dans la vie des groupes d'entreprises.

Pour supprimer cet obstacle, le présent article propose d'abroger une partie du deuxième paragraphe de l'article L. 322-12 afin de lever l'interdiction faite aux sociétés centrales de céder les actions reçues de l'Etat. Dès lors, il deviendra possible de procéder à toute nouvelle répartition du capital entre les entreprises du groupe si une telle opération paraît souhaitable pour des motifs économiques ou stratégiques. Toutefois, cette faculté de reclassement des participations s'arrêtera aux frontières du groupe, la société centrale devant, par définition, posséder de façon directe ou indirecte, l'intégralité des actions des sociétés placées sous son autorité.

2°.- Décision de la commission

Cette disposition étant destinée à assouplir le fonctionnement des groupes de sociétés nationales d'assurance, votre commission des finances émet donc un avis favorable à son adoption.

c) Une remise en cause de certaines règles de gestion spécifiques aux entreprises nationales d'assurance

1°.- Commentaire.

a)) le droit actuel.

La loi du 4 janvier 1973 a introduit dans le code des assurances plusieurs règles spécifiques de gestion pour les entreprises nationales de ce secteur :

- l'article L.322-14 prévoit que les entreprises nationales sont gérées par le conseil d'administration de la société centrale de leur groupe ;

- l'article L.322-12, 4ème alinéa, précise que les sociétés centrales ont le même président directeur général que les entreprises constituant le groupe ;

- l'article L.322-12, 3ème alinéa, dispose que la société centrale répartit à ses actionnaires les dividendes qui lui ont été versés par les sociétés du groupe au cours de l'exercice de l'encaissement ;

- les articles L 322-18 et L.322-19 prévoient que les pouvoirs de l'assemblée générale des actionnaires pour chacune des sociétés centrales d'assurance sont exercés par un collège, composé comme suit :

- le président de la section des finances du Conseil d'Etat, ou un conseiller d'Etat nommé à cet effet par décret, président ;

- le directeur des assurances ;

- trois représentants de l'Etat, désignés par le ministre de l'économie et des finances ;

- un représentant du personnel, nommé par arrêté du ministre de l'économie et des finances sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives ;

- un ou deux représentants des actionnaires autres que l'Etat, selon que la part de ces actionnaires dans le capital de la société dépasse ou ne dépasse 10 %. L'un au moins de ces membres représente les personnes physiques détentrices d'actions ;

- le président du conseil d'administration de la société centrale concernée.

b) le projet de loi.

Le présent article propose d'abroger ces dispositions. En conséquence, les sociétés centrales d'assurance seront désormais régies par le droit commun des sociétés en ce qui concerne la composition de leurs institutions et les modalités de distribution des dividendes.

2°.- Décision de la commission :

Votre commission approuve le principe du rapprochement des entreprises nationales d'assurance avec les entreprises

nationales des autres secteurs. Il lui apparaît notamment qu'il importe de faciliter la constitution de réserves pour les sociétés holdings des groupes publics d'assurance.

Il lui paraît toutefois justifié de maintenir dans un souci de simplicité de gestion, l'unicité du conseil d'administration et du président-directeur général entre la société centrale et les filiales de celle-ci lorsqu'elles sont directement détenues à 100 % par elle. Votre commission vous proposera donc un amendement tendant à réécrire l'article L.322-14 du code des assurances au lieu de le supprimer comme le prévoit le présent projet.

2. L'abrogation de diverses dispositions devenues sans objet, ou caduques

Le présent article propose en outre d'opérer un certain "toiletage" des dispositions du code des assurances relatives aux entreprises nationales afin d'abroger des mesures spécifiques, qui, en droit, ne se justifient plus.

A). Suppression des dispositions relatives à la Mutuelle générale française

1°.- Commentaire

1°) Le droit actuel

Le groupe de la Mutuelle générale française était un groupe nationalisé ayant conservé son caractère de mutuelle. Trois articles du code des assurances adaptent donc les dispositions relatives aux entreprises nationales à ce groupe : L.322-11 (détention du capital), L.322-16 (composition du conseil d'administration), L.322-20 (pouvoirs de l'assemblée générale).

2°) Apport du projet de loi

La Mutuelle générale française a quitté le secteur public : un décret du 23 juillet 1987 a prononcé son transfert au secteur privé, sur habilitation expresse de la loi n° 86-153 du 2 juillet 1986.

Dès lors, les articles L.322-11, L.322-16, L.322-20 n'ont plus d'objet et le présent article propose de les supprimer.

2°.- Décision de la commission

Votre commission approuve ces dispositions.

B). Abrogation des obligations spécifiques des entreprises nationales d'assurance en matière de publication des comptes sociaux.

1°.- Commentaire

a) Le droit actuel

L'article L.322-6 prévoit la présentation annuelle par les entreprises nationales d'un rapport de leur conseil d'administration, ainsi que d'un rapport de leurs commissaires aux comptes.

Par ailleurs, les entreprises nationales doivent publier leur bilan, la composition de leur actif, le détail de leur portefeuille, ainsi que leur compte d'exploitation générale et leur compte général de pertes et profits : ces mêmes documents sont publiés au Journal officiel chaque année.

L'article L.322-21 dispose que les actionnaires des sociétés centrales d'assurance ont droit d'accès, dans les délais fixés par décret, aux documents qui dans les sociétés anonymes sont mis à la disposition des actionnaires avant l'assemblée générale.

b) L'apport du projet de loi

Le présent article abroge ces dispositions qui deviennent caduques du fait du rapprochement des grandes entreprises nationales d'assurance avec les autres entreprises nationales effectué au même article : désormais, les entreprises nationales d'assurance seront soumises aux obligations de droit commun en matière de publication des comptes sociaux, telles qu'elles sont définies par l'article 293 du décret du 23 mars 1967 pris pour l'application de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

2°.- Décision de la commission

Votre commission vous propose d'adopter ces dispositions.

C) *Suppression de la référence au contrôle de la commission de vérification des comptes des entreprises publiques*

1°.- Commentaire

Dans sa rédaction actuelle, l'article L.322-17 du code des assurances prévoit que la gestion des entreprises nationales de ce secteur est soumise au contrôle de la commission de vérification des comptes des entreprises publiques.

Or, cette disposition est devenue caduque, l'article 7 de la loi n° 76-539 du 22 juin 1976 portant loi de finances rectificative pour 1976 ayant transféré à la Cour des comptes les compétences de la commission précitée.

Dans un souci de cohérence, il est donc proposé de supprimer l'article L.322-17 du code des assurances.

2°.- Décision de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cette disposition.

3. Récapitulation des décisions de la commission

Dans l'ensemble, votre commission des finances émet un avis favorable sur les dispositions de l'article 28 du présent projet de loi. Elle considère en effet que les adaptations ainsi proposées permettront aux entreprises d'assurance du secteur public de se restructurer et de renforcer leurs fonds propres avant d'affronter directement la concurrence européenne.

Votre commission des finances approuve donc l'abrogation des articles L.322-6, L.322-11, L.322-16, L.322-17, L.322-18, L.322-19, L.322-20 et L.322-21 du code des assurances, ainsi que la suppression de phrases ou membres de phrases dans les articles L.322-22, L.322-23 et L.322-24 du même code.

Elle estime toutefois souhaitable d'introduire deux modifications dans ce dispositif général :

- d'une part, elle vous proposera d'aménager l'article L.322-13 du code des assurances pour tenir compte du fait que 25 % des actions des sociétés centrales d'assurance peuvent être détenus par des personnes autres que l'Etat, et pour préciser que la participation de l'Etat s'apprécie en retenant les titres que celui-ci possède soit directement, soit par l'intermédiaire d'autres entités juridiques qu'il contrôle.

Cette réécriture de l'article L.322-13 du code des assurances appelle alors une mesure de coordination dans l'article L.322-22 du même code ;

- d'autre part, dans un souci de simplification, elle vous demandera de conserver la possibilité d'avoir le même président-directeur général et le même conseil d'administration entre la société centrale du groupe et les filiales dont celle-ci détient directement l'intégralité du capital. A cet effet, il devient nécessaire de réécrire l'article L.322-14 du code des assurances et non de le supprimer.

Tel est l'objet des deux amendements que votre commission vous demande d'adopter.

Texte des amendements

Amendement

Compléter cet article par un III et un IV ainsi rédigés :

III - L'article L.322-13 du code des assurances est ainsi rédigé :

"Art. L.322-13.- Les sociétés centrales sont des sociétés anonymes dont l'Etat détient, directement ou indirectement, les trois quarts au moins du capital social."

IV - Le premier alinéa de l'article L.322-22 du code des assurances est ainsi rédigé :

"Art. L.322-22.- Sous réserve des dispositions de l'article L.322-13, les actions des sociétés centrales d'assurance peuvent :"

Amendement

A. Compléter cet article par un V ainsi rédigé :

V.- L'article 322-14 du code des assurances est ainsi rédigé :

"Art. L. 322-14.- Les entreprises nationales d'assurance dont l'intégralité du capital est détenue directement par une société centrale peuvent être gérées par le conseil d'administration de cette société. Elles peuvent également avoir le même président directeur général que la société centrale."

B. En conséquence, dans le I de cet article, supprimer la mention : L. 322-14.

Article 30

Autorisation de souscrire des contrats d'assurance-dommages en devises

1°.- Commentaire

La situation actuelle

L'article L.160-3 du code des assurances interdit aux personnes physiques résidant en France et aux personnes morales pour leurs établissements en France, de souscrire des contrats d'assurance en monnaie étrangère, sauf autorisation de l'autorité administrative.

L'apport du projet de loi

L'article 30 prévoit expressément la possibilité de souscrire des contrats d'assurance-dommages en devises : cette mesure nouvelle accompagne la libre prestation de services pour ce type de contrat.

Il est certain que cette possibilité nouvelle doit faciliter la souscription de contrats auprès d'entreprises de la C.E.E., qui pourront opérer directement en France, et dans leur propre monnaie.

S'agissant d'assurance-dommages, il n'est pas évident que cette faculté soit largement utilisée, parce qu'elle apparaîtra le plus

souvent comme un facteur de risque et de complication dans une opération que déjà l'assuré a le sentiment de ne pas maîtriser tout à fait.

Toutefois, elle constitue une avancée réelle, par rapport à une situation où la seule possibilité de souscription de contrats d'assurance-dommages en devises est la souscription du contrat dans un pays étranger lui-même.

Cette mesure est présentée par le Gouvernement comme un choix témoignant de la confiance dans la monnaie nationale.

En ce qui concerne l'assurance-vie et la capitalisation, cette faculté de souscription des contrats en devises n'est pas ouverte, sauf autorisation du ministre - en fait dans des situations particulières, telles que celle des travailleurs français expatriés.

Comment s'explique cette limitation ?

Il est vrai que la directive communautaire sur la libre prestation de services en assurance-vie n'est pas encore adoptée.

Toutefois, la directive du 24 juin 1988 prévoit quant à elle la libération des mouvements de capitaux à partir du 1er juillet 1990 : les assurés français pourront donc souscrire librement auprès d'un assureur établi hors de France un contrat libellé en monnaie locale.

Il y a ainsi un risque indéniable de délocalisation des capitaux investis dans les contrats d'assurance-vie et de capitalisation, lié à une préférence des assurés pour certaines devises étrangères.

On pourrait donc imaginer que le Gouvernement français fasse le choix d'autoriser les assureurs nationaux, ou étrangers, à contracter en devises, pour tirer les conséquences de cette situation : c'est ce qu'a déjà décidé, par exemple, le Gouvernement italien.

Toutefois, cette autorisation n'est pas encore donnée, l'article 30 le dit expressément, et ce choix est lié à l'aspect financier prédominant des produits d'assurance-vie ou de capitalisation.

En effet, au nom de la congruence, les provisions correspondant aux risques nationaux souscrits en devises devraient être représentées par des actifs dans les mêmes devises : le respect de cette règle nécessite donc des assouplissements préalables à la réglementation des placements.

2°.- Décision de la commission

Votre commission approuve le choix opéré dans le domaine de l'assurance-dommages, qui repose sur la confiance dans le comportement des assurés français, le risque pour la monnaie nationale n'étant pas démesuré comme on l'a vu.

En matière d'assurance-vie, il est évident que l'enjeu est différent : à la fois pour les assureurs, puisque c'est la liberté de placement qui est en jeu, et pour les assurés, parce que le risque de change peut avoir des conséquences très grandes sur des produits qui sont des produits d'épargne.

C'est pourquoi votre commission est favorable au choix qui a été fait de différer la souscription en devises de contrats d'assurance-vie ou de capitalisation. Il lui apparaît par ailleurs que ce problème ne peut être traité indépendamment de l'harmonisation fiscale européenne qui devrait accompagner la libre circulation des capitaux.

Elle vous propose de préciser dans l'article 30 les cas visés par la dérogation à l'interdiction de souscrire des contrats d'assurance-vie et de capitalisation : il doit s'agir de situations particulières : travailleurs expatriés, notamment.

Texte de l'amendement

Amendement

Remplacer la seconde phrase du texte proposé par cet article pour l'article L.160-3 du code des assurances par la phrase suivante :

Ces personnes ne peuvent user de cette faculté pour les contrats d'assurance sur la vie et de capitalisation, sauf autorisation du ministre chargé de l'économie et des finances justifiée par leur situation particulière.

**Article additionnel
après l'article 30**

**Suppression de la taxe sur les conventions d'assurance
pour les contrats d'assurance-vie**

Cet article additionnel, proposé par votre commission, tend à exonérer les contrats d'assurance-vie de la taxe sur les conventions d'assurance à compter du 1er juillet prochain.

A l'heure actuelle, en effet, ce type de contrat supporte la taxe sur les conventions d'assurance au taux de 5,15 %. Toutefois, le code général des impôts prévoit deux régimes particuliers :

- les contrats de rente viagère immédiate ou différée de moins de trois ans bénéficient du taux réduit de 2,40 % si le souscripteur est âgé de plus de 60 ans au moment de la conclusion du contrat ;

- les assurances de groupe sont exonérées de la taxe, sous réserve que 80 % au moins du montant des primes soient affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine.

Malgré ces aménagements, la fiscalité indirecte qui, en France, pèse sur les contrats d'assurance-vie s'avère globalement lourde lorsqu'on la compare à celle pratiquée chez nos principaux concurrents. Ainsi, en République fédérale d'Allemagne et en Grande-Bretagne, ces contrats sont exonérés d'impôt indirect alors que l'Italie et le Luxembourg pratiquent des taux largement inférieurs aux nôtres (respectivement 2,5 % et 2 %).

A la veille de la libéralisation des mouvements de capitaux, une telle distorsion fiscale devient difficilement supportable et entretient un risque important de délocalisation des contrats. Les règles retenues par les autorités de Bruxelles, à savoir l'application de la fiscalité du lieu du risque, seront à l'évidence très difficiles à mettre en oeuvre, et à contrôler, pour des assurances ne présentant pas un caractère obligatoire et souscrites auprès de compagnies ne disposant pas d'installation stable en France.

L'attrait fiscal des produits étrangers d'assurance-vie a d'ailleurs largement été mis en évidence dans le cadre des travaux du groupe "LEBEGUE". Selon les estimations réalisées à cette occasion, ces contrats présentent, à législation inchangée, un risque maximum de délocalisation. Une telle perspective est d'autant plus grave que parallèlement le secteur de l'assurance-vie recèle encore de très fortes potentialités de développement. Les données de l'année 1988, récemment publiées, apportent sur ce point un témoignage sans ambiguïté.

Dans la compétition qui va s'ouvrir à partir du 1er juillet 1990, il est donc nécessaire d'éviter que les assureurs français ne soient pénalisés vis-à-vis de leur clientèle naturelle. En fait, une seule réponse paraît possible : exonérer les contrats d'assurance-vie de la taxe sur les conventions d'assurance, pour que les produits diffusés par les entreprises françaises se trouvent à parité avec ceux proposés par leurs concurrentes les plus redoutables : les compagnies allemandes et britanniques.

Le principe d'une telle mesure semble d'ailleurs acquis. Préconisée à de nombreuses occasions et en dernier lieu par le rapport LEBEGUE, elle figure désormais parmi les priorités fiscales retenues par le Gouvernement.

Dès lors, votre commission des finances estime que l'étape doit être franchie rapidement. En effet, il convient d'éviter que la perspective d'un allègement fiscal, dont l'échéance ne saurait, en tout état de cause, être lointaine compte tenu des impératifs européens, ne conduise à un certain attentisme de la part des souscripteurs potentiels, ceux-ci souhaitant bénéficier pleinement d'une disposition dont les modalités précises demeurent aujourd'hui inconnues. A contrario, la disparition de la taxe, dès le milieu de 1989, donnerait aux compagnies françaises un délai précieux pour consolider leurs positions sur un marché national qui, en matière d'assurance-vie, est souvent considéré comme peu développé par rapport à celui de la Grande-Bretagne, de l'Allemagne ou même des Pays-Bas.)

Texte de l'amendement

Amendement

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

"I.-A compter du 1er juillet 1989, les contrats d'assurance sur la vie et assimilés, y compris les contrats de rente viagère, sont exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance.

II.-La perte de ressources résultant du I ci-dessus est compensée par une majoration à due concurrence des taux du droit de consommation sur les tabacs visés à l'article 575 A du code général des impôts".

Article 31

Unification du régime des sociétés d'assurance à caractère mutuel. Coordination

1°.- Commentaire

L'article 31 apporte une simple coordination avec les dispositions proposées par le projet de loi à l'article 22. L'article 22 tend à la création d'une forme juridique unique, regroupant les quatre formes de sociétés du secteur mutualiste de l'assurance, la société d'assurance mutuelle.

Il convenait donc, par coordination, de prévoir que "les entreprises d'assurance doivent être constituées sous forme de société anonyme ou de société d'assurance mutuelle" dans l'article L.312 du code des assurances. Cet article, dans son état actuel, vise en effet les quatre formes de sociétés du secteur mutuel.

2°.- Décision de la commission

Votre commission des finances vous propose d'adopter sans modification l'article 31.

Article 32

Activités annexes des entreprises d'assurance

1°. Commentaire

a) *La situation actuelle*

L'activité d'assurance n'est pas définie en tant que telle par le code des assurances. Mais le champ des opérations pratiquées par les entreprises est déterminé :

- par la définition des entreprises soumises au contrôle de l'Etat en vertu de l'article L.310-1 ;

- par l'interdiction qui leur est faite à l'article R.322-1 de pratiquer d'autres opérations que celles mentionnées à l'article R.21-1, ainsi que celles qui en découlent directement, à l'exclusion de toute autre activité commerciale.

Ces opérations sont définies par branche : accidents, maladie, corps de véhicules, marchandises, et aussi vie-décès, capitalisation, prévoyance collective, réassurance (vingt-sept branches en tout).

b) *Le projet de loi*

L'article 32 ouvre la possibilité aux entreprises d'assurance de réaliser des opérations autres que celles mentionnées à l'article L.310-1, et que les opérations de démarchage en vue du placement en valeurs mobilières, prévues à l'article 34 du présent projet de loi.

Il s'agit d'opérations annexes telles que commercialisation de logiciels, édition, etc...

En aucun cas, il ne peut s'agir d'opérations bancaires : celles-ci sont réservées aux établissements de crédit par l'article 10 de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit.

Ces opérations devront conserver une importance limitée par rapport aux activités de l'entreprise : une disposition similaire existe pour les établissements de crédit (article 7 de la loi n° 84-46).

2°.- Décision de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article : en effet, il convient que les opérations annexes des entreprises d'assurance ne prennent pas trop d'importance afin, notamment, de ne pas peser sur les prix des contrats.

Le décret en Conseil d'Etat, prévu par l'article, devra veiller à établir à ce que ces opérations ne dépassent pas un pourcentage du chiffre d'affaires ou des actifs de l'entreprise.

Article 34

Démarchage en valeurs mobilières

1°.- Commentaire

a) Le droit actuel

Actuellement, les opérations de démarchage relatives aux transactions sur valeurs mobilières ne peuvent être effectuées que par :

- les banques et les établissements financiers,
- les agents de change,
- les auxiliaires des professions boursières, en application de l'article 3 de la loi précitée.

La loi du 17 juin 1987 sur l'épargne a de plus précisé, dans son article 4.II, que les organismes d'assurance ou leurs mandataires, ne pouvaient se livrer à des opérations de démarchage sur valeurs mobilières en vue de "placer" des plans d'épargne retraite auprès de leur clientèle.

b) Le projet de loi

Le présent article vise à permettre aux entreprises d'assurance de faire du démarchage pour les opérations de ce type.

Il procède donc par :

- inscription des organismes d'assurance sur la liste des intermédiaires financiers susceptibles de procéder à ce démarchage et précisée par l'article 3 de la loi de 1972 susmentionnée ;

- abrogation de la disposition de la loi sus-visée interdisant aux organismes d'assurance le démarchage dans le cadre du P.E.R.

Il convient d'observer que les entreprises d'assurance ont déjà la possibilité d'effectuer des opérations sur valeurs mobilières pour le compte de leur clientèle. Elles ne peuvent cependant pas faire de démarchage sur ce point afin de ne pas concurrencer les autres intermédiaires financiers et notamment leur réseau de filiales bancaires.

2°.- Décision de la commission

L'interdiction faite aux entreprises d'assurance de démarcher en vue de placer des valeurs mobilières paraît particulièrement pénalisante, dans le contexte de développement des produits d'assurance-vie et de capitalisation, et dans la perspective d'une concurrence européenne.

Votre commission vous propose donc d'adopter cet article.

Article 35

Abrogation de dispositions diverses

Le présent article a pour objet d'abroger certaines dispositions actuelles du code des assurances, soit parce que celles-ci sont devenues désuètes, soit parce qu'elles sont contraires aux modifications introduites par le présent projet de loi.

L'économie du dispositif d'abrogation proposé vise plusieurs domaines: le régime des assurances-vie en temps de guerre, certaines obligations contractuelles des parties à la convention d'assurance, ainsi que plusieurs dispositions relatives au contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurance et les procédures et obligations comptables imposées à celles-ci.

Votre commission commentera les dispositions de cet article ayant une incidence plus spécifiquement économique.

1. Abrogation des dispositions concernant certains modes de contrôle par l'Etat des entreprises d'assurance

Abrogation des articles L.310-4, L.310-5 et L.310-6 du code des assurances.

1°.- Commentaire

a) Le régime actuel

L'ensemble de ces articles donne la possibilité à l'autorité administrative d'imposer par décret en Conseil d'Etat des mesures de concentration d'entreprises d'assurance, des cabinets de courtage et des agences. Il prévoit, en outre, l'information préalable de l'administration avant tout accord passé entre entreprises d'assurance y compris pour les traités de réassurance. Enfin, il permet à l'autorité administrative de procéder à des vérifications ou à des constatations auprès des groupements professionnels institués entre les sociétés d'assurance, des agents et des courtiers d'assurance.

Ces dispositions sont tombées progressivement en désuétude et ne sont plus appliquées depuis plusieurs années.

b) Apport du projet de loi

Le présent article propose d'abroger ces articles, ce qui paraît normal afin de "responsabiliser" la profession dans le contexte d'ouverture européenne.

2°.- Décision de la commission

Votre commission considère que l'étendue des pouvoirs de contrôle confiés à la Commission de contrôle devra compenser les conséquences attachées à l'abrogation d'un dispositif légal tombé en désuétude.

Au bénéfice de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cette disposition.

2. Abrogations relatives à l'activité de coassurance

Abrogation des articles L.321-4 et L.321-5 du code des assurances.

1°.- Commentaire

a) Le régime actuel

La coassurance communautaire a pour objet de diviser la garantie d'un gros risque (risques maritime, aérien, immobilier ou industriel) entre plusieurs assureurs établis dans des Etats membres de la Communauté économique européenne.

Cette technique d'assurance permet à l'assuré d'obtenir la couverture suffisante d'un risque important, sans souffrir des inconvénients d'une prise en charge par de multiples assureurs. Elle se traduit par la rédaction d'un seul contrat et la désignation d'un mandataire, l'apériteur, qui représente auprès de l'assuré l'ensemble des assureurs, parties à la convention de coassurance.

A la suite de la directive des communautés européennes du 30 mai 1978 sur la coassurance, la loi du 7 janvier 1981 a profondément modifié les dispositions nationales applicables sur ce point.

Tenant compte de la directive, les articles L.321-4 et L.321-5 ont organisé un nouveau régime en y introduisant cependant une distinction attachée à la nationalité de l'apériteur.

Ainsi, lorsque les sociétés d'assurance européennes, dont le siège social était établi sur le territoire de la Communauté, satisfaisaient aux dispositions de la législation des pays où elles étaient établies, elles étaient dispensées d'agrément pour l'exercice de l'activité de coassurance exercée en France dès l'instant où elles n'assumaient pas le rôle d'apériteur.

Par contre, lorsqu'une entreprise d'assurance française ou étrangère assumait pour un contrat de coassurance communautaire le rôle d'apériteur, elle devait être agréée et traitée comme l'assureur qui couvrirait la totalité du risque.

Cette différence de traitement a été sanctionnée par un arrêt du 4 décembre 1986, rendu par la Cour de justice européenne reprochant à la France de manquer sur ce point aux obligations du traité de Rome.

b) Apport du projet de loi

Tirant les conséquences attachées à la décision de la Cour de justice européenne et compte tenu des dispositions contenues dans le projet de loi sur la nouvelle forme de la coassurance communautaire, le présent article propose d'abroger le dispositif ancien fixé par les articles L.321-4 et L.321-5, qui est par ailleurs mis en conformité avec la directive sous des articles différents du code des assurances par l'article premier du présent projet.

2°.- Décision de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cette disposition.

3. Abrogations relatives à certaines règles de fonctionnement

Abrogation de l'article L.322-1 du code des assurances.

1°.- Commentaire

a) Le régime actuel

Cet article précisait que toute entreprise d'assurance est soumise au contrôle d'un ou plusieurs commissaires aux comptes.

b) Apport du projet de loi

Cette obligation n'étant pas remise en cause par la loi nouvelle, la suppression de cet article est motivée par le souci d'alléger le dispositif légal qui ne fait que reprendre les dispositions relatives au contrôle des sociétés énoncées à la fois par la législation sur les sociétés commerciales et par les textes réglementaires édictés par le code des assurances en matière de fonctionnement des sociétés d'assurance.

2°.- Décision de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cette disposition.

Abrogation des articles L.323-3 à L.323-7 du code des assurances.

1°.- Commentaire

a) Le régime actuel

Ces articles organisent une procédure particulière de redressement et de sauvegarde des entreprises pratiquant des opérations d'assurance obligatoire en matière de circulation des véhicules terrestres à moteur.

Ainsi, lorsque dans une entreprise concernée un déséquilibre est constaté ou lorsque l'entreprise se trouve dans une situation de nature à entraîner à son encontre une procédure de retrait d'agrément administratif, le ministre de l'économie et des finances doit faire procéder à un examen de l'entreprise par une commission composée de représentants de l'administration et de la profession.

b) Apport du projet de loi

L'institution de la Commission de contrôle des assurances et des larges pouvoirs qui lui sont dévolus ne justifient plus le maintien du dispositif ancien. Le présent article préconise l'abrogation des articles L.323-3 à L.323-7.

2°.- Décision de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification sur ce point.

Article additionnel après l'article 35

**Suppression de l'obligation
d'assurance dommages construction**

Votre commission des finances vous propose un article additionnel après l'article 35, ayant pour objet de supprimer l'obligation de souscrire à une assurance de dommages pour le maître d'ouvrage des travaux de bâtiment.

La loi n° 78-12 du 4 janvier 1978 a institué deux assurances obligatoires pour les travaux de bâtiment :

Une assurance de responsabilité, pour toute personne physique ou morale, dont la responsabilité peut être engagée sur le fondement de la présomption établie par les articles 1792 et suivants du code civil à propos de travaux de bâtiment, ainsi que pour toute personne faisant réaliser pour le compte d'autrui ces travaux.

Une assurance de dommages pour toute personne physique ou morale qui, agissant en qualité de propriétaire de l'ouvrage ou de son mandataire, au lieu de vendeur de l'ouvrage, fait réaliser des travaux de bâtiment.

Cette assurance de dommages a pour objectif d'assurer le préfinancement des travaux destinés à remédier aux dommages ou malfaçons de nature décennale, qui peuvent apparaître dans les ouvrages, avant même que ne soit déterminée la responsabilité des personnes participant à la construction, auteurs des dommages constatés.

Elle s'applique notamment aux collectivités locales et à leurs établissements publics, avec toutefois des possibilités de dérogation pour les collectivités locales répondant à certaines conditions.

L'objet de cette assurance était à l'origine louable : il s'agissait de permettre à tout maître d'ouvrage de faire financer automatiquement toutes les réparations relevant de la garantie décennale "en dehors de toute recherche des responsabilités" à charge pour l'assureur de se faire rembourser par le véritable responsable des dommages.

Toutefois, la mise en oeuvre de l'assurance dommages construction s'est révélée très peu satisfaisante, en effet :

- Le champ d'application n'en est pas clairement défini, on ne peut pas déterminer notamment la portée de l'obligation d'assurance pour les travaux d'entretien.

- Les modalités ne sont pas suffisamment rigoureuses ; ainsi les contrats souscrits révèlent souvent une franchise qui n'a pas lieu d'être.

De même, les délais prévus par la loi sont, dans la moitié des cas, dépassés.

Enfin, les compagnies d'assurance se retranchent derrière de nombreux arguments pour refuser la garantie, ce qui aboutit à détourner l'assurance-dommages de son objet : un coût de la construction majoré, sans préfinancement des dommages.

Votre commission vous propose donc, dans un article additionnel à l'article 40, de supprimer l'obligation, pour le maître d'ouvrage, de souscrire une assurance-dommages pour les travaux de bâtiment.

Texte de l'amendement

Amendement

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

- 1) L'article L.242-1 du code des assurances est abrogé.
- 2) Dans les articles L.242-2, L.243-2, les mots "et L.242-1" sont supprimés.
- 3) Dans l'article L.243-3, les mots "à L.242-1" sont remplacés par les mots "et L.241-2".

TROISIEME PARTIE

EXAMEN EN COMMISSION

I. AUDITION

Réunie le 23 mai 1989 sous la présidence de M. Christian Poncelet, président, votre commission des finances a entendu M. Jacques Lallement, président de la Fédération française des sociétés d'assurance, sur les perspectives du marché de l'assurance et sur le présent projet de loi.

M. Jacques Lallement a indiqué que le projet de loi portant diverses mesures relatives aux assurances comportait deux objets : d'une part, l'introduction en droit français de la directive européenne du 22 juin 1988 relative à la libre prestation de services en matière d'assurance dommages et, d'autre part, la modernisation des dispositions applicables à l'assurance, qui n'ont pas fait l'objet de réformes récentes.

Présentant les principes de la libre prestation de services, il a relevé la distinction effectuée entre les grands risques (risques industriels, notamment) et les risques de masse ; pour les premiers, aucun contrôle ne sera opéré en France sur les prestations fournies à un assuré français par une société établie dans un autre pays membre de la Communauté ; pour les seconds, en revanche, les sociétés d'assurance établies dans un autre Etat membre devront être agréées par le ministre de l'économie et des finances.

M. Jacques Lallement a ensuite indiqué que la fiscalité applicable serait celle du pays du risque ; cette disposition élimine une partie des handicaps des entreprises françaises, mais pourra être fraudée de manière relativement aisée, ce qui doit conduire à l'abaissement ou à l'élimination des prélèvements pesant, en France, sur les produits d'assurance.

Puis il a observé que les dispositions modernisant le secteur de l'assurance prévues par le projet de loi étaient globalement satisfaisantes.

Un certain manque d'audace peut toutefois être relevé ; ainsi, les assurances sont toujours soumises au contrôle des tarifs ; la possibilité, pour l'administration, d'imposer des clauses-types dans les contrats et le contrôle a priori de ceux-ci sont maintenus.

S'agissant du droit du contrat, il a notamment regretté que le projet permette une résiliation annuelle de celui-ci, qui avantagera les entreprises des autres pays membres de la Communauté, dans lesquels la durée des contrats est généralement plus élevée.

Il a, enfin, indiqué que les entreprises françaises devraient pouvoir affronter sans difficultés l'ouverture européenne, pourvu que les conditions de concurrence soient égales ; à cet égard, la fiscalité pesant sur les produits d'assurance constitue un handicap certain : alors qu'en France l'assurance automobile supporte une taxation d'environ 30 %, celle-ci est d'environ 9 % en Allemagne fédérale et est inexistante en Grande-Bretagne ; de même, les produits d'assurance-vie supportent une taxe de 5,15 % qui n'a pas d'équivalent à l'étranger.

Concluant son propos, M. Jacques Lallement a regretté que le projet n'étende pas aux entreprises régies par le code de la mutualité certaines contraintes qui pèsent sur les sociétés d'assurance.

M. Hubert Haenel, rapporteur de la commission des lois sur ce projet de loi, a interrogé le président de la Fédération française des sociétés d'assurance sur le nombre élevé des assurances obligatoires en France, sur l'opportunité d'instaurer un fonds de garantie afférent aux activités des courtiers d'assurance et sur les pouvoirs de la commission de contrôle des assurances, instaurée par le projet.

En réponse, M. Jacques Lallement a indiqué que le nombre d'assurances obligatoires était excessif en France et devrait être allégé avec discernement ; il a relevé que l'instauration d'une commission de contrôle n'était pas nécessairement opportune, en raison de l'absence de responsabilité politique de ce type d'institution ; il a, enfin, souhaité l'institution d'un fonds de garantie des activités des courtiers.

M. Paul Loridant, rapporteur pour avis de la commission des finances, s'est interrogé sur les relations de la profession avec les usagers, sur l'étendue des pouvoirs de la commission de contrôle, sur les sanctions que celle-ci pourra infliger, sur l'agrément des entreprises d'assurance, sur l'osmose de la profession et de sa tutelle et sur l'opportunité de cantonner à l'avenir les actifs des compagnies d'assurance représentatifs des provisions techniques.

En réponse, **M. Jacques Lallement** a indiqué que les relations étroites entre la profession et la direction des assurances étaient la résultante de l'importance de la réglementation de l'activité d'assurance.

Il a ensuite exprimé le souhait que les instances de concertation avec les usagers ne soient pas multipliées.

Puis il a indiqué que le contrôle ne devrait pas s'étendre aux conditions d'exploitation et devrait être limité au respect de la réglementation et que l'appel des décisions de la commission devrait être remis à la juridiction judiciaire et non à la juridiction administrative, comme le prévoit le projet.

Il a, enfin, estimé que le "cantonnement" des actifs risquait de rendre moins efficiente la gestion des sociétés.

M. André Fosset a estimé que l'impossibilité de contracter une assurance maladie illimitée était abusive.

M. Jean-Pierre Masseret s'est interrogé sur les perspectives de rapprochement entre les banques et les assurances et sur l'opportunité d'une réforme du plan d'épargne en vue de la retraite.

M. Jacques Descours Desacres a souhaité que les modalités du calcul de l'indemnisation versée par les assurances soient indiquées dès le paiement des indemnités et que les délais dont disposent les collectivités locales pour recenser les dégâts indemnifiables en cas de catastrophe naturelle soient allongés.

M. Christian Poncelet, président, a demandé quels étaient les critères auxquels obéissaient les placements des entreprises d'assurance ; il s'est interrogé sur le sort des contrats qui seraient déclarés contraires à la réglementation, en cas de suppression du visa préalable.

Répondant aux intervenants, **M. Jacques Lallement** a indiqué :

- que la garantie viagère était désormais quasi systématique en matière d'assurance maladie ;

- que les métiers de la banque et de l'assurance demeuraient très spécifiques, ce qui autorise des accords en matière de commercialisation mais n'implique pas un rapprochement trop poussé de ces deux métiers ;

- que les mécanismes actuels du plan d'épargne en vue de la retraite procédaient d'une confusion entre l'épargne et la retraite et devaient être réformés ;

- que la méfiance des assureurs lors des indemnisations était, pour partie, la conséquence de la fraude dont sont victimes les compagnies d'assurance ;

- que le montant des actifs des sociétés d'assurance s'élevait à plus de 800 milliards de francs et devrait augmenter mécaniquement du fait du développement de l'assurance-vie ;

- que les risques de délocalisation de l'épargne imputables à la fiscalité de l'assurance-vie étaient considérables ;

- qu'en cas d'annulation d'un contrat, les engagements pris à l'égard des assurés devaient naturellement être respectés.

II. EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 21 juin 1989, sous la présidence de **M. Christian Poncelet, président**, puis de **M. Jacques Descours Desacres, vice-président**, la commission des finances a procédé à l'examen pour avis du projet de loi portant diverses dispositions relatives aux assurances (Sénat, n° 234, 1988-1989), sur le rapport de **M. Paul Loridant, rapporteur pour avis**.

M. Paul Loridant a en premier lieu présenté les principales conclusions de son rapport.

La commission est ensuite passée à l'examen des amendements proposés par le rapporteur pour avis, qui a rappelé que la saisine de la Commission ne portait que sur les articles 17 à 28 et, 30, 31, 32, 34 et 35 du projet de loi.

A l'article 17, relatif aux attributions du Conseil national des assurances, elle a adopté *trois amendements* précisant pour le premier la composition de ce Conseil, pour le second, le champ de ses compétences et pour le troisième la périodicité de ses réunions, après une intervention de **M. René Monory** indiquant qu'il n'était pas favorable à la présence de parlementaires au sein de ce type d'institution.

Après l'article 17, elle a, après intervention de **M. Jacques Descours Desacres**, qui a estimé que la proposition du rapporteur pour avis comportait des aspects corporatistes, adopté *un article additionnel* créant une association regroupant obligatoirement l'ensemble des entreprises d'assurances.

A l'article 18, qui crée un comité consultatif des usagers, elle a adopté *deux amendements* tendant à préciser les modalités de saisine du comité ainsi que sa composition.

A l'article 19, qui traite des conditions de délivrance de l'agrément des entreprises d'assurances, elle a adopté *un amendement* de caractère rédactionnel.

Après l'article 19, elle a adopté, après intervention de **M. Ernest Cartigny**, *trois articles additionnels* ayant pour objet de

conférer à un comité des entreprises d'assurances la compétence d'accorder et de retirer l'agrément des entreprises d'assurances.

A l'article 20, qui précise les conditions de retrait de l'agrément des entreprises d'assurances, elle a, après intervention de **M. Christian Poncelet, président**, adopté *un amendement* prévoyant que le retrait d'agrément fondé sur la modification de la composition du capital d'une entreprise ne peut intervenir que si l'intérêt national, apprécié à la lumière des normes communautaires, l'exige.

A l'article 21, relatif à l'obligation, pour les ensembles d'entreprises d'assurances, d'établir des comptes consolidés, elle a adopté *un amendement* de précision.

Après l'article 21, elle a adopté *un article additionnel* tendant à mieux protéger les droits des assurés en matière d'assurance-vie. Présentant cet article additionnel, **M. Paul Loridan** a souligné qu'il était impératif d'établir un principe de transparence des comptes des entreprises d'assurances, ce principe devant conduire à l'instauration d'une obligation de publication de la valeur vénale des actifs des entreprises d'assurances qui correspondent à des engagements pris envers les assurés ; il convient également de prévoir des règles précises en cas de restructuration d'une entreprise d'assurances, afin d'assurer la protection de ceux-ci. **MM Christian Poncelet, président, Jacques Descours Desacres et Ernest Cartigny** se sont déclarés en accord avec les propositions du rapporteur.

La commission a ensuite adopté sans modification l'article 22 du projet de loi qui instaure une forme juridique nouvelle appelée à regrouper les quatre types actuellement existant de sociétés d'assurances du secteur mutualiste.

A l'article 23, qui crée une faculté pour les sociétés d'assurances du secteur mutuel de prévoir dans leurs statuts la présence de salariés au sein de leurs conseils d'administration, elle a adopté *deux amendements* transformant cette faculté en obligation.

Puis elle a adopté sans modification l'article 24 relatif aux unions de mutuelles.

A l'article 25, qui instaure une commission de contrôle des assurances et insère pour ce faire onze articles nouveaux dans le code des assurances, elle a adopté, après interventions de **M. Jacques Descours Desacres**, *huit amendements* tendant à préciser le champ de compétence de la commission de contrôle, modifier sa composition en conférant au directeur des assurances la qualité de commissaire de Gouvernement et non de membre, conférer au membre issu de la Cour des comptes sa présidence, limiter les possibilités d'extension de

son contrôle aux sociétés mères et aux sociétés filiales d'entreprises d'assurances et à apporter deux précisions rédactionnelles.

Elle a ensuite adopté sans modification l'article 26, qui crée un délit d'entrave à l'action de la Commission de contrôle et les commissaires contrôleurs.

A l'article 27, qui apporte diverses coordinations, elle a adopté un amendement de coordination avec sa décision, prise à l'article 19, de confier à un comité des entreprises d'assurances compétence pour accorder l'agrément aux entreprises qui se créent.

Après l'article 27, elle a adopté, après interventions de M. Jacques Descours Desacres, deux articles additionnels tendant à supprimer, pour partie, le contrôle de la tarification des contrats d'assurances et à améliorer le régime du contrôle opéré sur les contrats et les documents qui les présentent.

A l'article 28, qui modifie le statut des entreprises publiques d'assurance, elle a, après intervention de M. Jacques Descours Desacres, adopté deux amendements tendant à conserver la faculté pour les entreprises publiques d'avoir des conseils d'administration identiques pour les sociétés centrales et leurs filiales, ainsi qu'à préciser que la détention par l'Etat de 75 % du capital des sociétés centrales peut s'effectuer directement ou indirectement.

A l'article 30, relatif à la possibilité de souscrire des contrats libellés en devises pour les risques dommages, elle a adopté un amendement de précision.

Après l'article 30, elle a adopté, après intervention de M. Jacques Descours Desacres et de M. Ernest Cartigny, un article additionnel supprimant, à compter du 1er juillet 1989, la taxe de 5,15 % sur les contrats d'assurance-vie.

Elle a ensuite adopté sans modification les articles 31, qui apporte une coordination, 32, relatif aux opérations accessoires des entreprises d'assurances, 34, qui traite du démarchage financier par les entreprises d'assurances, et 35, qui porte abrogations diverses.

Après l'article 35, elle a adopté un article additionnel supprimant le caractère obligatoire de l'assurance dommages ouvrages.

Elle a, enfin, décidé de recommander au Sénat d'adopter ainsi modifiés les articles du projet de loi dont elle s'est saisie pour avis.