

DEPENDANCE
SOLVABILITE
ASSURANCE
PERSPECTIVES
HANDICAP
RISQUES
SINISTRALITE
DE **P**RESSE

“Résultats 2009
des mutuelles
du GEMA et
tour d’horizon
de l’actualité”

Sommaire

1	Les chiffres d'activité 2009 des mutuelles du GEMA	3
2	Les mutuelles du GEMA dans la conjoncture économique de début 2010	7
3	Réforme des autorités de contrôle prudentiel	9
4	Proposition de loi Lefrand	11
5	La protection juridique, sujet pour 2010 ?	13
6	Les retraites, chantier de l'année 2010	15
7	La dépendance, les assureurs dans l'attente	17
8	Solvabilité 2	19
9	Normes comptables, où en est-on ?	21
10	Une initiative en faveur des personnes handicapées demandeuses d'emploi	23

Annexe 1 Les chiffres-clés du GEMA au 31 décembre 2009

Annexe 2 Les groupes adhérents au GEMA

Les chiffres d'activité 2009 des mutuelles du GEMA

L'année 2009 se caractérise par un moindre développement en assurances de dommages et une progression spectaculaire en assurance vie.

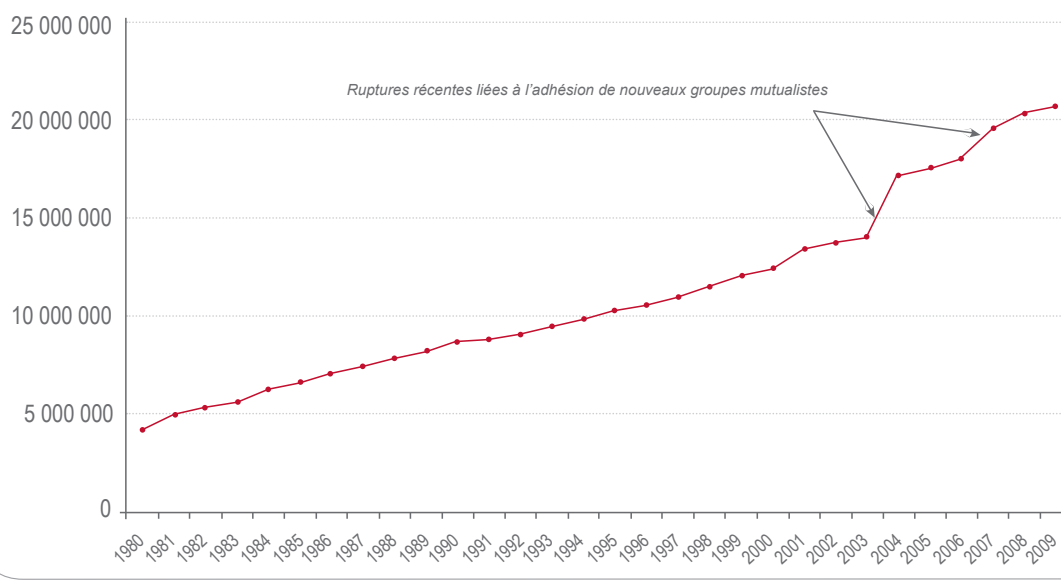
■ ASSURANCES DE DOMMAGES, MOINDRE CROISSANCE

La part des mutuelles du GEMA se développe d'année en année, même si la progression de 2009 a été moins forte que les années précédentes.

- + Le nombre de sociétaires assurés auprès des mutuelles du GEMA a atteint **20,60 millions à fin 2009**, soit un gain net de **350 000 sociétaires** (net des résiliations qui sont intervenues durant ce même exercice).

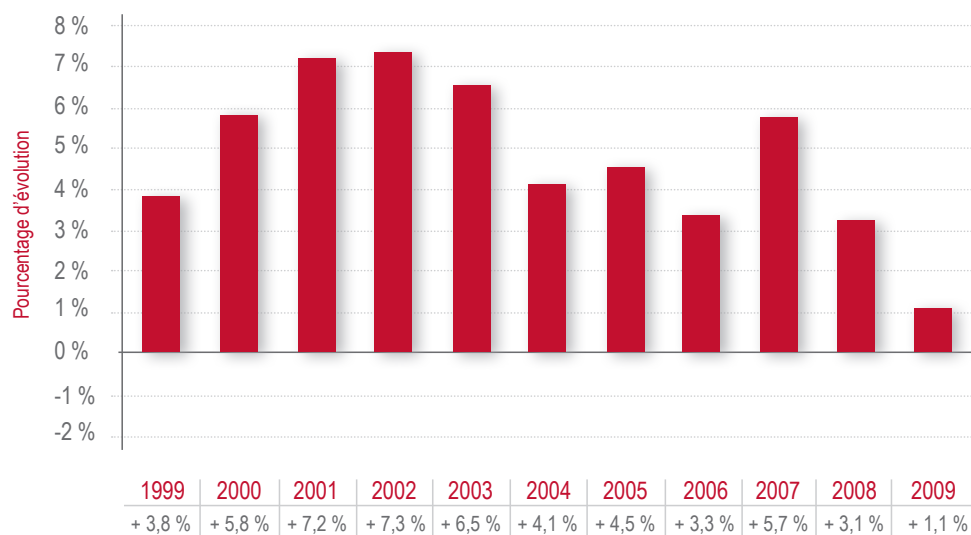
Ce chiffre de + 350 000 sociétaires est à rapprocher des + 650 000 sociétaires de 2009 et des + 630 000 sociétaires de 2007. On aurait pu espérer que la bonne tenue du marché automobile profite davantage aux mutuelles du groupement. Mais la pression concurrentielle qui s'exerce notamment de la part des réseaux bancaires se fait sentir dans tous les domaines.

Évolution du sociétariat des sociétés dommages du GEMA



Les mutuelles et sociétés dommages du GEMA ont réalisé un chiffre d'affaires de **11,60 milliards d'euros en 2009**, soit une **progression de 1 %** comparable à l'évolution de marché estimée par nos services à 1 %. Le chiffre d'affaires a tendance à stagner alors même que le nombre de sociétaires continue à croître. Ce constat confirme l'analyse développée ci-dessus, d'un renforcement de la contrainte concurrentielle et, s'agissant de vendre des produits relativement standardisés, le prix constitue le principal élément de différenciation entre les opérateurs.

Ensemble des cotisations des sociétés non-vie françaises du GEMA



Les chiffres d'activité 2009 des mutuelles du GEMA

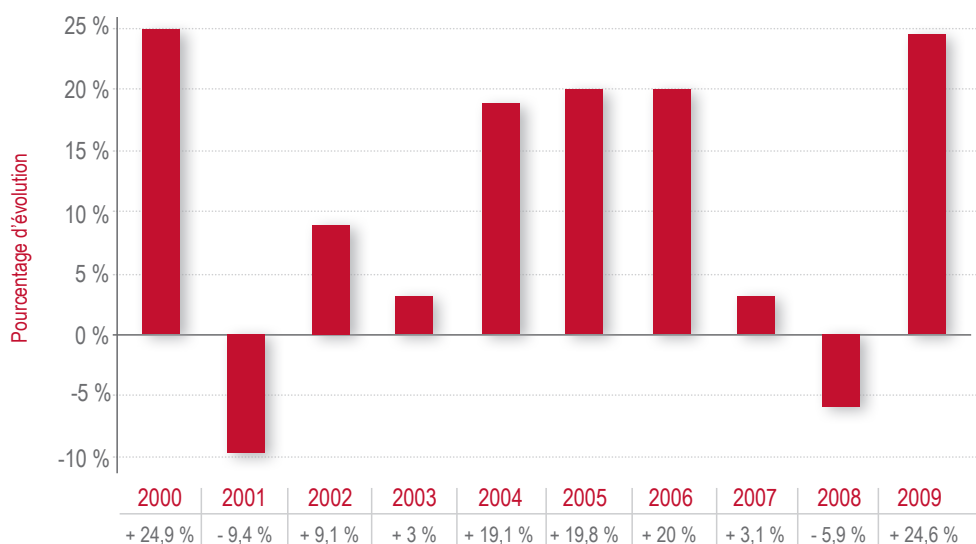
■ ASSURANCE VIE, FORTE CROISSANCE

Les dix mutuelles ou sociétés d'assurance vie du groupement ont réalisé un superbe exercice 2009, après deux années plutôt moroses.

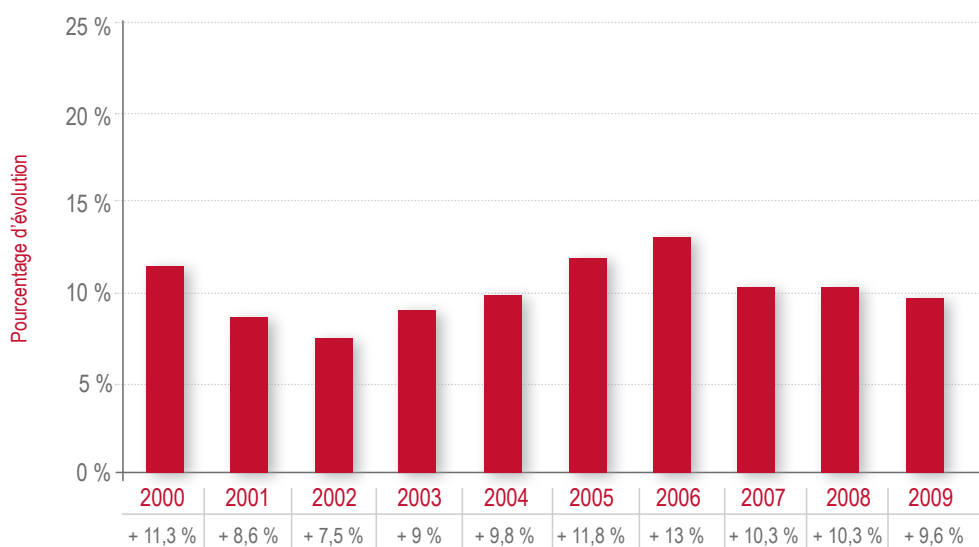
Leur dynamisme commercial se vérifie dans tous les domaines :

- + en nombre de clients, elles ont gagné **230 000 clients nouveaux**, soit une augmentation de près de 6 % du nombre de clients en portefeuille ; au total elles couvrent plus de **4,1 millions d'assurés** ;
- + en termes de collecte d'épargne, leur encaissement 2009 a progressé de près de 25 %, passant de **7,7 milliards d'euros à 9,7 milliards d'euros**. Ce chiffre de progression de + 25 % est à comparer à la progression globale du marché, estimée par les services de la FFSA à + 12 %. Les assureurs vie du GEMA représentent plus de 7 % du marché sur lequel ils opèrent ;
- + enfin les fonds gérés ont progressé de près de 10 %, passant de **71,8 milliards d'euros à 78,7 milliards**.

Ensemble des cotisations des sociétés vie françaises du GEMA



Provisions techniques brutes des sociétés vie françaises du GEMA



Certes la collecte d'assurance vie est assez variable d'une année sur l'autre. Mais l'année 2009 est la première année, dans l'histoire du GEMA, où le chiffre d'affaires de l'assurance vie se rapproche aussi près du chiffre d'affaires de l'assurance dommages.

Les mutuelles du GEMA dans la conjoncture économique de début 2010

Les mutuelles françaises du GEMA traversent la crise sans encombres : ainsi, elles manifestent la même solidité que les autres sociétés d'assurance du marché français.

■ EN 2009, DÉGRADATION DES RÉSULTATS TECHNIQUES EN IARD

L'exercice 2009 devrait être marqué par une dégradation des résultats techniques en dommages. Même si les comptes ne sont pas arrêtés, le sentiment général des présidents et directeurs généraux de mutuelles est que la rentabilité de l'exercice 2009 sera moindre qu'en 2008, et dans certaines mutuelles mauvaise, voire négative.

- + En assurance automobile, la charge de sinistres a fortement augmenté dans un contexte où les cotisations n'ont pas augmenté.
- + En MRH, l'exercice 2009 a été marqué par deux tempêtes dont Klaus pour laquelle les mutuelles du GEMA ont ouvert 242 000 dossiers et ont payé (ou provisionné) près de 370 millions d'euros.

Dans ces conditions, il ne faut pas s'attendre à des miracles du côté des mutuelles du GEMA pour les résultats 2009.

Bilan de la tempête Klaus

BRANCHES	NOMBRE DE DOSSIERS	COÛT ESTIMATIF GLOBAL
Habitation particulier	251 591	308 671 784 €
Automobile particulier	19 554	21 261 535 €
Entreprises	6 900	39 535 150 €
TOTAL	242 045	369 468 469 €

■ EN 2010, AUGMENTATION TARIFAIRE EN VUE

Pour 2010, et compte tenu de l'analyse développée ci-dessus, un certain nombre de mutuelles ont annoncé devoir procéder à des augmentations de tarif, parce qu'elles doivent préserver leurs fonds propres, notamment dans la perspective de l'entrée en vigueur de Solvabilité 2. Par ailleurs, elles n'ont aucun élément leur permettant d'espérer une baisse des fréquences de sinistres ou de coût moyen des indemnisations en 2010.

Les augmentations tarifaires, lorsqu'elles ont lieu, sont décidées par chaque mutuelle. Elles sont généralement globales et uniformes en MRH mais elles sont beaucoup plus sélectives et modulées en assurance auto. Elles ne sont ni inexorables, ni automatiques : les mutuelles du GEMA espèrent que la sinistralité (routière ou autre) diminuera en 2010 et qu'elles pourront à nouveau dès 2011 proposer à leurs sociétaires des tarifs stabilisés, voire en baisse.



Réforme des autorités de contrôle prudentiel

La réforme des autorités de contrôle prudentiel intervient au moment même où, avec Solvabilité 2, le cadre prudentiel de l'assurance va être bouleversé. L'assurance française va donc avoir deux challenges à gérer en même temps : le premier –et le plus lourd– est de s'adapter au nouveau cadre de Solvabilité 2, le second est d'être contrôlé par la même autorité que les banques.

■ UN POSTE STRATÉGIQUE

Les assureurs ont collectivement obtenu que le gouverneur de la Banque de France –de droit président de l'Autorité de contrôle prudentiel– soit assisté d'un vice-président « disposant d'une expérience professionnelle en matière d'assurance » pour suivre les questions d'assurance. La question s'est posée au cours des semaines passées de savoir qui devrait exercer cette fonction et, sur ce sujet, le secteur a affiché au grand jour ses divisions.

Tous les professionnels du secteur sont unanimes à penser que ce poste de vice-président est un poste central à la fois parce que le vice-président anime et oriente les travaux du contrôle des assurances et parce qu'il discute avec les autres contrôleurs européens, aujourd'hui de l'architecture de Solvabilité 2, demain de l'harmonisation des pratiques de contrôle.

Dans les circonstances présentes, où la directive Solvabilité 2 doit entrer en application dans les deux à trois ans à venir, le vice-président de l'Autorité de contrôle aura dès demain un droit de vie, ou de mort, sur la quasi-totalité du secteur puisqu'il est certain que la quasi-totalité des opérateurs va être touchée dans ses fondamentaux par cette réforme.

■ UNE PROCÉDURE OPAQUE

Dans ce contexte bien particulier, le GEMA pensait que le choix du vice-président donnerait lieu, au cours du dernier trimestre 2009, à des échanges de vues, avec les ministères concernés et les autres fédérations professionnelles pour réfléchir posément et discrètement aux missions à remplir par ce nouveau vice-président, aux qualités requises pour postuler à ce poste avec les meilleures chances de réussite, enfin pour faire un tour des candidats potentiels. Le fait est que le GEMA n'a jamais été invité ou associé à aucune discussion sur le sujet ni avec le ministère des finances, ni à l'AFA, ni nulle part ailleurs. C'est par la presse que le GEMA a compris qu'un candidat se dégageait investi par Bercy et soutenu par la FFSA et que les organisations mutualistes avaient soigneusement été tenues à l'écart de cette opération. Face à la situation ainsi créée, le GEMA avait le choix soit de ne rien dire et donc de soutenir par son silence le candidat officiel, soit de réfléchir –seul ou avec d'autres fédérations professionnelles– à proposer un autre candidat.

■ UNE CANDIDATURE MUTUALISTE

Comme chacun sait, le GEMA et la Mutualité française sont assez rapidement tombés d'accord pour proposer une autre candidature et, ce faisant, ils ont voulu rappeler à la fois qu'il faut encore compter avec le secteur mutualiste et qu'ils ont des conceptions et convictions qui les distinguent de leurs concurrents. Il faut voir que dans un secteur aussi hétérogène et divisé que l'assurance, le choix d'un professionnel est un exercice délicat. En proposant un candidat, la Mutualité française et le GEMA ont voulu montrer que le marché français des assurances n'est pas uniforme ; des modèles d'entreprise, des sensibilités, des profils contrastés s'y opposent et tous y ont droit de cité.

■ AU GOUVERNEMENT DE CHOISIR

La balle est maintenant dans le camp du gouvernement. Le moins que l'on puisse dire est qu'il a le choix, il a même la possibilité de désigner un autre candidat que ceux dont on parle jusqu'à présent.

Proposition de loi Lefrand

L'assemblée nationale a examiné en première lecture, le mardi 16 février, la proposition de loi Lefrand visant à améliorer la situation des victimes d'accidents de la circulation et, plus largement pour certaines dispositions, la situation de l'ensemble des victimes d'accidents corporels.

Ce texte vient compléter la loi dite « Badinter » du 5 juillet 1985 (qui a constitué une grande avancée pour les victimes) en y apportant comme principale amélioration, la mise en place d'outils communs d'évaluation du préjudice permettant, nous l'espérons, de lever progressivement les disparités et inégalités importantes dans l'indemnisation des victimes.

La proposition de loi prévoit par exemple l'instauration d'un barème médical unique et de missions types d'expertise médicale, l'officialisation de la nomenclature Dintilhac, la publication d'un barème de capitalisation. Une commission *ad hoc* est chargée de contribuer à l'élaboration de ces différentes mesures.

Ces évolutions devraient apporter la garantie d'une meilleure équité entre toutes les victimes mais aussi d'une meilleure transparence souhaitées par la profession de l'assurance dans le cadre du Livre Blanc.

Nous nous félicitons que ces mesures soient applicables à l'ensemble des accidents corporels et non aux seuls accidents de la circulation.

Nous regrettons cependant que l'un des éléments permettant l'égalité de traitement entre les victimes, à savoir la mise en place d'un référentiel national d'indemnisation indicatif, n'ait pas été intégré dans ces dispositions. Comme cela a été indiqué par M. Lefrand et Mme Lévy, rapporteurs devant les commissions de l'Assemblée nationale, nous espérons que l'idée même d'un référentiel ne sera pas abandonnée, et qu'avec le temps l'ensemble des acteurs finira par admettre que cette mesure constitue une avancée considérable pour les victimes.

Ce texte confie également aux assureurs la constitution, sous le contrôle de l'État, d'une base de données recensant toutes les transactions et l'ensemble des décisions de cour d'appel ayant trait à l'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'accident de la circulation.

Cette nouvelle base recensera les transactions effectuées par les assureurs et les décisions prises par les cours d'appel. Il serait souhaitable que les Tribunaux de grande instance aient eux aussi l'obligation d'alimenter cette base des décisions définitives qu'ils rendent, puisqu'elles constituent près de 80 % des décisions judiciaires rendues dans ce domaine.

Le texte adopté en première lecture comporte donc des avancées importantes pour l'avenir. Nous espérons que les prochaines discussions parlementaires ainsi que les futurs textes d'application permettront de confirmer celles-ci

La protection juridique, sujet pour 2010 ?

La presse a récemment livré le contenu d'un rapport destiné à Mme la ministre de la justice et qui conclurait à la nécessité d'augmenter la taxe qui pèse sur les contrats de protection juridique. Comme cette information paraît fondée, les mutuelles du GEMA voudraient rappeler un certain nombre de faits.

- + Les avocats sont depuis quelque temps en guerre avec beaucoup d'autres professions et notamment avec les assureurs de protection juridique pour des raisons commerciales : ils souhaitent que le législateur intervienne pour rendre obligatoire leur présence dans les plus de 300 000 dossiers réglés chaque année à l'amiable par les assureurs PJ, ce qui transformerait les assureurs en simple tiers payeurs et mettrait au chômage les centaines de juristes compétents qui travaillent dans nos entreprises.
- + La protection juridique est une assurance très largement pratiquée en Europe, qui a fait l'objet d'une directive d'harmonisation en 1987 et, à en juger par la jurisprudence produite par la Cour de Luxembourg, les tensions entre avocats et assureurs de protection juridique ne sont pas spécifiques à la France.
- + Les assureurs français contestent toujours la loi du 19 février 2007 et la plainte qu'ils ont déposée devant la Commission européenne est pendante : pour nous, la loi de 2007 a été adoptée au mépris de la directive de 1987 et nous n'avons pas l'intention de lâcher prise sur ce qui nous paraît être une question de principe.
- + Tous les gouvernements qui se succèdent sont confrontés au problème de l'explosion du budget de l'aide juridictionnelle : les assureurs n'y sont pour rien, et la récente décision du gouvernement d'augmenter les honoraires des avocats qui participent au service public de l'aide juridictionnelle ne fait qu'accroître la charge budgétaire.
- + L'assurance PJ ne peut pas se substituer à l'aide juridictionnelle comme l'ont suggéré certains rapports car leurs domaines d'intervention sont différents. L'essentiel des dossiers traités par l'aide juridictionnelle concerne les divorces et les affaires pénales, que les assureurs PJ refusent, en général de couvrir parce qu'ils ne relèvent ni de l'assurance, ni d'une demande de leurs assurés.

Si maintenant il faut trouver de l'argent pour couvrir les charges de l'aide juridictionnelle, il conviendrait que, comme le suggérait le rapport Darrois, toutes les professions judiciaires soient mises à contribution.

En ce qui concerne les assureurs de protection juridique, nos contraintes sont simples : la protection juridique n'est pas obligatoire, c'est un produit de marché qui permet à nos sociétaires d'avoir accès au droit mais qui doit être attractif pour être commercialisé. Plus on augmente avec des taxes le prix de ce produit de marché et plus il est difficile à vendre.

C'est ce raisonnement qui a conduit les autorités belges à réduire le taux de taxe sur leurs contrats de protection juridique, pour inciter les consommateurs belges à financer par eux-mêmes ce moyen incomparable d'accès à la justice et aux tribunaux qu'est la protection juridique.

Les retraites, chantier de l'année 2010

Sur le financement des retraites, nul ne peut se réjouir de la dégradation des comptes des régimes obligatoires de retraite et on ne peut que souscrire par avance aux mesures en préparation si elles permettent de sauvegarder la retraite par répartition dans notre pays.

Au GEMA, où nous avons le souci et le devoir de penser aux intérêts des sociétaires et des consommateurs, nous n'avons pas attendu la crise financière actuelle pour dénoncer les dangers de la pure capitalisation et pour souhaiter une bonne combinaison entre répartition généralisée et obligatoire et capitalisation facultative et plus ou moins individuelle.

Ceci étant rappelé, on constate que le développement des produits de retraite peine à se développer dans notre pays, alors même que les Français continuent à épargner, en assurance vie notamment.

Le bilan mitigé du PERP montre que les Français ont beaucoup de mal à s'engager, en dehors du cadre professionnel, dans des purs produits de retraite. Les ménages choisissent probablement d'autres véhicules de placement (comme l'immobilier) pour financer leur retraite et l'assurance vie, qui occupe la part que l'on sait dans les choix d'épargne des Français, n'est pas gérée comme un produit de préparation à la retraite.

Dans ces conditions, le gouvernement a une gamme limitée de solutions à sa disposition s'il veut inciter nos concitoyens à se constituer une retraite par capitalisation :

- + il peut pousser les épargnants à abandonner l'assurance vie pour souscrire à de purs produits de retraite mais il faut faire attention que la substitution de l'un à l'autre se fasse sans déperdition d'épargne ;
- + ou bien l'État réinvente un nouveau produit d'épargne-retraite, ce qui reviendrait à modifier les règles du PERP : notre analyse est que le PERP peut certes être amélioré et simplifié mais nous nous méfions des produits qui sont créés par l'administration et qui ne correspondent ni aux besoins des épargnants ni aux contraintes de gestion des assureurs ;

- + ou bien le gouvernement essaie de transformer l'assurance vie, en en faisant un instrument d'épargne à 10 ou 12 ans, comme le proposent nos collègues de la FFSA depuis quelques temps.

Les mutuelles du GEMA ne sont pas opposées à cette idée mais elles disent que même portée à 10 ou 12 ans, l'assurance vie n'est pas un produit d'épargne-retraite. Pour le devenir, il faudrait obliger les épargnants à bloquer leur épargne jusqu'au jour de leur départ en retraite et imposer une sortie en rentes pour compléter les régimes obligatoires de base : en somme il s'agirait de réinventer le PERP.

Dans ces conditions, les mutuelles du GEMA s'interrogent sur les décisions à venir du gouvernement : certes le sujet des retraites est sur la table des discussions et un projet de loi devra venir entériner l'accord des partenaires sociaux. Mais y aura-t-il place dans ce projet pour développer la retraite par capitalisation ? Ou seulement une amélioration des dispositifs existants ?



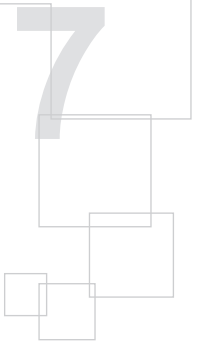
7 La dépendance, les assureurs dans l'attente

Le président de la République a annoncé que le gouvernement allait, en 2010, prendre des mesures pour la prise en charge de la dépendance. Dans la foulée, le ministère des affaires sociales a lancé une vaste concertation pour préparer lesdites mesures et les services du GEMA participent activement à cet exercice.

Les mutuelles du GEMA, qui ont des assurés dans leurs conseils d'administration, sont bien conscientes que la dépendance répond à un besoin avéré, urgent et croissant de la population. La couverture du risque de dépendance peut se faire soit par le biais des contrats d'assurance complémentaire santé, soit par le biais de contrats de prévoyance, soit par le biais de contrats d'assurance vie : il se trouve que les mutuelles du GEMA se développent rapidement dans ces trois branches.

En santé et en prévoyance, de plus en plus de mutuelles proposent des couvertures à leurs sociétaires, soit par des contrats maisons (comme la MAPA, l'AGPM, bientôt GCE Assurances, Natixis Assurances ou la GMF), soit par le biais de mutuelles santé partenaires de mutuelles du GEMA (comme MAAF Santé, Macif Mutualité, SMACL Santé). En assurance vie, les chiffres d'activité de 2010 montrent que les mutuelles du GEMA ont des atouts à faire valoir sur le marché de l'épargne et qu'elles ont, elles aussi, une capacité de distribution non négligeable.

Certaines mutuelles du GEMA se sont déjà lancées dans l'offre de produits d'assurance-dépendance. L'expérience plus ou moins récente acquise par MAAF Vie, par l'AGPM, par Natixis Assurances, Macif Mutualité montre combien il est difficile de convaincre nos concitoyens de souscrire les produits qui sont aujourd'hui disponibles sur le marché. Il est probable que le rapport qualité/prix leur paraît insuffisant mais, dans le même temps, l'opinion doit comprendre que les assureurs doivent être extrêmement prudents dans les engagements qu'ils peuvent prendre, s'agissant d'un risque nouveau, viager, évolutif : avec l'allongement de l'espérance de vie, la probabilité de tomber en dépendance partielle ou totale croît rapidement. Il est frappant de constater que nos voisins européens ont apporté des solutions très hétérogènes à la couverture de ce risque : les Allemands ont institué une couverture universelle financée par une cotisation sociale assise sur les salaires et les Anglais, pourtant pionniers en matière d'assurance, semblent s'orienter eux aussi dans la voie du financement par l'impôt.



Les assureurs en général, et les mutuelles du GEMA en particulier, attendent que l'État jette les bases d'un nouveau partenariat public/privé pour proposer aux personnes âgées, et même plus jeunes, des produits attractifs. Certains parlent d'aides fiscales à la souscription de contrats labellisés, d'autres songent à un système d'assurance obligatoire ; tout est possible, mais à ce stade les mutuelles du GEMA voudraient rappeler quelques vérités :

- + les assureurs sont prêts à nouer un véritable partenariat avec l'État pour couvrir un risque qui est de mieux en mieux connu et donc de plus en plus assurable ;
- + dès lors que les approches techniques pour couvrir la dépendance sont variées (santé, prévoyance ou épargne ; contrats individuels ou collectifs), les aides de l'État ne devront pas fausser le jeu de la concurrence ;
- + les travaux sur les grilles et les méthodes d'évaluation de la perte d'autonomie doivent être relancés avec toutes les parties concernées (CNAM, corps médical, services sociaux, CNSA...) ;
- + les réassureurs sont des partenaires incontournables des assureurs dans la couverture du risque de dépendance et il importe de les associer aux discussions à venir ;
- + le traitement de la dépendance ne doit pas passer seulement par des compléments de ressources mais elle devra aussi prendre la forme de services à la personne étudiés et adaptés à la situation des personnes âgées dépendantes, notamment en cas de dépendance partielle et de maintien à domicile ;
- + les assureurs privés ne peuvent pas lancer de nouveaux produits tant qu'ils ne connaissent pas les aides, ou la batterie d'aides que l'État ou les régions sont décidés à mettre en place. Tous les assureurs pensent qu'il y a urgence à ce que l'État fasse connaître ses décisions en la matière.

Il est difficile de parler d'assurance aujourd'hui sans parler de Solvabilité 2 : où en est-on ? Que fait le GEMA ? Que pense le GEMA ?

■ LA CRISE NE JUSTIFIE PAS TOUT

Depuis que la directive a été adoptée le 22 avril 2009, la Commission, les contrôleurs nationaux et l'industrie travaillent à préciser les conditions d'application du texte qui seront testées pour de vrai à l'été 2010 dans ce qu'on appelle le QIS5.

Quand on parle d'industrie, on désigne les organisations professionnelles reconnues au niveau européen, parmi lesquelles l'AMICE (l'Association des mutuelles et coopératives d'assurance) dont les mutuelles du GEMA sont membres actifs.

Pour faire simple dans un dossier très complexe, disons que les assureurs européens, qui dans leur grande majorité ont accepté le nouveau régime Solvabilité 2, ont découvert que les autorités de contrôle sont en train de modifier le calibrage des risques et qu'à les suivre c'est près de la moitié de l'assurance européenne qui risque de disparaître à cause de Solvabilité 2. Il est difficile d'imaginer que le travail qui a servi à l'accord du Parlement européen l'année dernière (à savoir les résultats du QIS4) puisse être considéré comme obsolète l'année suivante, au motif que la crise bancaire a fragilisé la confiance des contrôleurs dans les outils de contrôle qu'ils avaient eux-mêmes bâtis en concertation avec l'industrie de l'assurance.

On peut comprendre que la grave crise financière que nous connaissons actuellement conduise les contrôleurs nationaux à modifier certains calibrages, à constater par exemple que les risques tenant à la volatilité de certains actifs, ou à la fragilisation de certaines contreparties soient plus élevés que ce qui avait été estimé avant la crise. La crise n'a cependant pas modifié tous les risques auxquels est exposée une société d'assurance et nombre de rehaussements de calibrage proposés par les contrôleurs paraissent excessifs, voire injustifiés. La crise financière ne justifie pas par exemple un alourdissement du risque de souscription en assurance santé.

Le fait que la grande majorité des assureurs aient passé la crise sans grande difficulté ne montre-t-il pas que le calibrage actuel est suffisant ?

■ UN DURCISSEMENT TRÈS FRAGILISANT

Les experts se livrent actuellement à d'intenses travaux, et à d'intenses tractations, pour essayer de trouver des calibrages qui fassent consensus, et qui donnent lieu au QIS5 : mais il est fort probable qu'aucun accord ne soit possible dans les semaines à venir et au final ce sont les responsables politiques (la Commission européenne) qui vont devoir arbitrer, et mettre les bons chiffres dans les bonnes cases.

Les autorités publiques devront bien tenir compte de la réalité des chiffres et cette réalité est aujourd'hui connue. Si les nouveaux calibrages proposés par les contrôleurs étaient intégralement retenus, il en résulterait la nécessité pour la plupart des sociétés d'assurance française de doubler le montant de leurs fonds propres durs pour atteindre le niveau de capital souhaitable (le SCR). Il va sans dire que pour les structures mutualistes, qui doivent autofinancer leurs fonds propres, cette perspective n'est pas seulement préoccupante : elle serait dramatique.

Les mêmes autorités publiques peuvent être tentées de ménager à la fois les contrôleurs et l'industrie en retenant les calibrages des contrôleurs mais en accordant un délai pour permettre à l'industrie de se mettre à niveau des nouvelles exigences. Il est difficile de se prononcer sur cette perspective tant qu'on ne connaît pas précisément les paramètres à atteindre.

Sur le principe, et puisque Solvabilité 2 se veut une méthode d'analyse des risques scientifique et objective, il nous semble que l'Europe a aujourd'hui le choix entre :

- + garder des règles prudentielles compatibles avec la gestion actuelle des entreprises d'assurance,
- + renforcer la sécurité du secteur en durcissant les exigences prudentielles mais en fragilisant nombre d'entreprises.

Eu égard à la crise financière actuelle et à la relative résistance du secteur, il nous semble que la première solution serait, et de loin, la meilleure pour tout le monde. De toutes les façons, le propre de Solvabilité 2 est de pouvoir être aisément adapté et si le calibrage retenu apparaissait inadapté dans le futur, il sera toujours possible aux États et aux contrôleurs de le corriger en tant que de besoin.

Normes comptables : où en est-on ?

Deux sujets intéressent particulièrement les assureurs dans ce domaine : à l'actif la norme sur les instruments financiers (IAS 39 devenue en 2009 la norme IFRS 9) et pour le passif le projet de norme sur les contrats d'assurances.

■ LA NORME IFRS 9

En réponse aux demandes du G20, l'IASB a revu et tenté de simplifier sa norme sur les instruments financiers. S'il est vrai qu'au départ cette réforme était plutôt destinée aux banquiers, les effets collatéraux impactent également profondément les assureurs. Beaucoup en Europe sont assez critiques sur cette évolution (empêchant d'ailleurs son adoption dès 2009 pour les entreprises européennes) au motif que la nouvelle norme fait encore davantage de place à une évaluation des instruments financiers à la juste valeur par résultat, avec pour effet de propager la volatilité des marchés financiers aux résultats des entreprises. Si cela est vrai en général, au cas particulier des assureurs qui sont plutôt massivement investis en obligations, l'effet devrait être au contraire une baisse de la volatilité car il est prévu que les obligations détenues en direct puissent désormais être comptabilisées au coût amorti (ou d'achat) sans pour autant que l'on soit contraint de détenir l'obligation jusqu'à son échéance. Le seul bémol est que l'IASB envisage de changer également de modèle de provisionnement pour ces titres obligataires. Jusqu'à présent on retenait le modèle de pertes encourues (on provisionne le jour où l'emprunteur fait défaut) ; le modèle en discussion à l'IASB reflète plutôt les pertes attendues (on anticipe les défauts de paiement à survenir dès la clôture des comptes). Ainsi, fin 2008, l'écartement des spreads aurait sans doute conduit à provisionner massivement (sans doute à tort) des pertes totalement virtuelles.

■ LA NORME SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE

On peut noter le fait que l'IASB repousse depuis plusieurs mois la publication de son exposé sondage sur le sujet ce qui témoigne de la difficulté à trouver « la vérité » sur ce produit particulier qu'est le contrat d'assurance.

Bien évidemment, en tant qu'européens, nous souhaitons un maximum de points communs entre la future norme comptable et les principes retenus dans Solvabilité 2. Qui dit convergence ne dit pas nécessairement identité. D'abord, l'objectif n'est pas le même : l'un est purement prudentiel quand l'autre vise à informer les assurés, les tiers ou les investisseurs sur la situation de l'entreprise. Ensuite, Solvabilité 2 s'intéresse exclusivement à l'évaluation bilantielle des contrats d'assurance alors qu'une norme comptable, particulièrement sur des produits de long terme comme l'assurance vie, doit également s'occuper de l'émergence des résultats dans le temps. Enfin, la norme devra prendre en compte le fait qu'un contrat d'assurance n'est pas un produit financier comme l'est une action ou une obligation. Son résultat ne s'appréhende pas au moment de sa signature entre les parties mais au fur et à mesure qu'il remplit son objet et que le risque qu'il couvre s'amenuise.

Une initiative en faveur des personnes handicapées demandeuses d'emploi

Les mutuelles du GEMA ont créé fin 2009 l'association GEMA Handicap destinée à favoriser la formation, le recrutement et l'intégration dans leurs équipes de personnes handicapées à la recherche d'un emploi.

La méthode suivie par cette association est de sélectionner des personnes handicapées, de leur faire suivre une pré-formation professionnelle de 5 mois, puis de les intégrer dans une mutuelle du GEMA en contrat de professionnalisation de 12 mois pour obtenir le certificat de qualification professionnelle « chargé de relation clientèle assurance ».

Les mutuelles du GEMA espèrent pouvoir ainsi recruter dès 2010 une cinquantaine de personnes handicapées : vu le nombre de candidatures reçues à ce jour (plus de 200) cet objectif devrait être atteint au terme du planning suivant :

- + *janvier à fin février 2010* : recueil des candidatures,
- + *mars 2010* : sélection des candidats,
- + *à partir d'avril 2010* : 5 mois de pré-formation dispensée dans 5 centres de réadaptation professionnelle (Evry, Lille, Niort, Pau et Saint-Etienne),
- + *octobre 2010* : embauche en contrat de professionnalisation de 12 mois par les mutuelles du GEMA,
- + *octobre 2011* : obtention du CQP.



Les chiffres-clés du GEMA au 31 décembre 2009

49 SOCIÉTÉS ADHÉRENTES

SOCIÉTÉS D'ASSURANCE MUTUELLE OU SOCIÉTÉS ANONYMES FILIALES DE MUTUELLES
OU AUTRES ENTREPRISES AYANT UN STATUT COOPÉRATIF OU MUTUALISTE.

+ 36 000 salariés en vie et non-vie

■ ACTIVITÉ D'ASSURANCE NON-VIE

37 ENTREPRISES, DONT 17 SOCIÉTÉS D'ASSURANCE MUTUELLE ET 20 SOCIÉTÉS ANONYMES

+ 20,6 millions de sociétaires en auto, MRH et RC générale, soit un gain de 350 000 sociétaires
(+ 1,7 %).

+ 23,3 millions d'assurés au total dont 2,7 millions de bénéficiaires d'âge scolaire.

+ 11,6 milliards d'euros de cotisations, en croissance de + 1,1 %.

■ ACTIVITÉ D'ASSURANCE VIE

10 ENTREPRISES, DONT 3 SOCIÉTÉS D'ASSURANCE MUTUELLE ET 7 SOCIÉTÉS ANONYMES

+ 4,1 millions d'assurés en augmentation de 5,8 % (soit 230 000 assurés supplémentaires).

+ 9,7 milliards d'euros de cotisations émises, en hausse de + 24,6 %.

+ 78,7 milliards d'euros de provisions mathématiques en progression de + 9,6 %.

Les groupes adhérents au GEMA

