

# NOTE SUR LA PARTICIPATION AUX BENEFICES EN ASSURANCE VIE

-----

## I. PRINCIPE DE LA PARTICIPATION AUX BENEFICES

Selon les réglementations rencontrées, le régime de la participation des assurés aux bénéfices des sociétés d'assurances vie est soit « libre », régi par les dispositions contractuelles entre l'assureur et l'assuré (régimes à inspiration anglo-saxon), soit encadré par des dispositions réglementaires contenues dans la législation des assurances (exemple de la France, de la zone CIMA).

### 1. Participation aux bénéfices sur bases contractuelles

Dans les systèmes à inspiration anglo-saxons, toute liberté est laissée aux sociétés d'assurance vie pour mettre en place leur politique de participations aux bénéfices ou bonus.

Dans ces législations, la tarification des contrats d'assurance-vie repose en général sur un principe de liberté, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de note technique et qu'aucune table de mortalité ni aucun taux d'actualisation ne sont imposés aux sociétés. Les tarifs ne sont en général pas soumis à un visa préalable.

Les contrats d'assurances vie se subdivisent en deux grandes catégories, les contrats sans participation aux bénéfices (non-profit policies) et ceux avec participations aux bénéfices (with-profit policies).

Le principe des contrats sans participation est que le capital garanti à la souscription est intangible quels que soient les résultats que réalise la société. En contrepartie, le taux de rendement garanti est relativement élevé. Le taux d'intérêt, utilisé pour calculer les primes en fonction du capital garanti, est librement choisi par la société. En pratique, il correspond plus ou moins aux taux de rendement des actifs obtenus par les compagnies, à peu près aux taux de rendement du marché financier net d'impôt.

Les contrats avec participation aux bénéfices sont revalorisés en fonction des résultats financiers réalisés par la société. Chaque année, le capital garanti au terme du contrat est majoré d'un bonus. A la fin du contrat ou au décès de l'assuré, le capital acquis est augmenté d'un « super-bonus » (terminal bonus) suivant la libre décision de l'assureur et sans aucune garantie donnée à l'avance aux assurés.

La législation ne prescrit aucun seuil minimum annuel de participation aux bénéfices.

Il n'est pas imposé non plus de clef de répartition de la participation aux bénéfices entre les différents contrats. Il est de la responsabilité des actuaires des sociétés et, à un degré moindre, des courtiers de veiller à ce que la répartition des

bénéfices entre les assurés soit équitable. En plus, l'autorité de supervision se donne les moyens juridiques pour intervenir, s'il juge que les « attentes raisonnables » (reasonable expectations) des assurés ne sont pas respectées. Bien que la participation des assurés-vie aux bénéfices repose sur la seule initiative des compagnies (stimulée, il est vrai, par la concurrence), elle est encadrée par la réglementation, même si elle reste souple, sur le partage des bénéfices entre assurés et la société. Toute liberté est laissée, en théorie, aux sociétés pour adopter des règles de partage qu'elles souhaitent. Cependant, l'usage veut qu'une importante partie, en général 90% au moins, des bénéfices réalisés chaque année par le fonds des assurés soient attribués aux assurés, la société ne pouvant en récupérer qu'au plus 10%. Toutefois, une règle qui serait trop défavorable aux assurés compte tenu des normes du marché (exemple : 50% - 50%) conduirait l'autorité de supervision à intervenir auprès de la société pour qu'elle modifie sa politique. Les « attentes raisonnables » (reasonable expectations) des assurés doivent être protégées.

## **2. Participation aux bénéfices réglementée**

Dans les juridictions où la participation aux bénéfices est réglementée, les paramètres de détermination des tarifs et des provisions des contrats d'assurance vie sont fixés par la loi. Les contrats, notes techniques et tarifs doivent être soumis aux visas des autorités de supervision. Les éléments retenus pour l'élaboration des tarifs des contrats sont évalués sur des bases prudentes, à travers la limitation du taux technique utilisé pour l'actualisation des garanties et l'usage de tables de mortalités qui ont tendance à surestimer le risque. Ce qui conduit à sous-évaluer les produits financiers futurs et surévaluer les charges futures.

Dans la mesure où l'assureur exécute sa prestation longtemps après que les assurés aient réglé leurs cotisations, il est en général amené à réaliser des bénéfices plus ou moins importants, aussi bien financiers que techniques, auxquels il faudrait associer les assurés.

Pour donner une sorte de contrepartie à l'assuré des avantages que tire l'assureur de l'application des règles prudentielles imposées par la réglementation et rendre plus intéressant financièrement les produits d'assurance vie qui sont souvent des moyens d'épargne, la loi impose aux assureurs d'associer les assurés aux bénéfices de la gestion technique et financière qu'ils réalisent. C'est la participation aux bénéfices. Elle consiste à ristourner :

- une partie des revenus de placements : les taux d'intérêts des placements dépassent généralement le taux d'intérêt technique et l'assureur réalise des bénéfices financiers ;

- une partie des cotisations de risque qui n'a pas été utilisée pour payer les sinistres. Les tables utilisées prévoyant en général plus de décès ou de survie que la réalité, l'assureur réalise un bénéfice de mortalité ;
- une partie des chargements théoriques pris en compte dans le calcul des cotisations qui n'a pas servi à la couverture des dépenses effectives de l'assureur. C'est le bénéfice de gestion.

La loi impose aux assureurs non seulement la pratique de la participation aux bénéfices, mais fixe également un montant minimum déterminé globalement pour l'ensemble des contrats concernés.

Elle fixe en outre les règles de partage des bénéfices entre les assurés et la société d'assurance. Cette redistribution des bénéfices ne s'opère pas individuellement pour chaque contrat, mais globalement pour l'ensemble des assurés. La répartition des bénéfices reste discrétionnaire, selon la seule volonté de l'assureur si elle n'est pas précisément stipulée par les contrats. Elle peut être immédiate, sous forme usuellement d'augmentations des garanties, ou différée. Dans cette dernière option, le montant de la participation aux bénéfices reporté est conservé en provision pour être distribué dans un délai fixé par la réglementation.

### **3. Exemples de quelques pays africains**

#### **a. Réglementations d'inspiration francophone**

Au Maroc, l'article 100 du code des assurances prescrit que les assureurs doivent faire participer leurs assurés, dans le cadre des contrats d'assurances sur la vie, aux bénéfices techniques et financiers qu'ils réalisent au titre de ces contrats. Il en exclut toutefois les contrats ne comportant pas de valeur de réduction.

Aux termes de l'article 16 de l'arrêté N° 1548-05 du 6 ramadan 1426 (10 octobre 2005) du ministre des finances et de la privatisation, relatif aux entreprises d'assurances et de réassurance, les entreprises pratiquant les opérations d'assurances vie, doivent constituer à leur passif des provisions mathématiques calculées au minimum d'après les bases ci-après :

- la table de mortalité PF 60-64 annexée au présent arrêté (annexe 2) ;
- taux d'intérêt de 3,5% ;
- ...

La redistribution des bénéfices n'est pas laissée à la discrétion de l'assureur. L'article 12 de l'arrêté N° 2240-04 du 14 kaada 1425 (27 décembre 2004) du ministre des finances et de la privatisation, relatif au contrat d'assurance, précise que le contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation doit prévoir que la répartition entre les contrats, des bénéfices techniques et financiers se fera proportionnellement à la provision mathématique de chacun des contrats.

Le contrat doit également prévoir le taux de la participation des assurés à ces bénéfices, qui ne peut être inférieur à 70%. La plus part des compagnies pratiquent des taux compris entre 80% et 90%.

Le contrat doit en outre préciser le mode d'attribution de cette participation, selon l'une ou la combinaison des options suivantes :

- versement immédiat ;
- affectation à la revalorisation de la provision mathématique du contrat ;
- affectation à une provision pour participation aux bénéfices.

En Algérie, le principe de la participation aux bénéfices est introduit par l'article 91 du code des assurances. Il prescrit que les sociétés d'assurance pratiquant les opérations d'assurance sur la vie doivent, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé des finances, faire participer leurs assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'elles réalisent.

Si l'arrêté du ministre en charge des finances devant fixer les conditions encadrant la participation aux bénéfices est toujours attendu, l'article 82 du code des assurances précise que les contrats d'assurance groupe peuvent prévoir l'attribution d'une participation aux bénéfices effectivement réalisés au cours d'une période écoulée.

Ainsi, aucun contrat n'est exclu à priori du périmètre de la participation aux bénéfices.

### **b. Réglementations d'inspiration anglo-saxonne**

En Afrique du Sud, au Kenya, au Nigéria comme au Ghana, les paramètres techniques des contrats d'assurances vie, et partant la participation bénéficiaire, sont du domaine de la liberté contractuelle. Les polices sont regroupées en polices avec participation aux bénéfices ou en polices sans participation aux bénéfices.

Au Ghana, l'article 6.1.8 des lignes directrices relatives à l'approbation des contrats d'assurance prescrit que les contrats avec participation aux bénéfices doivent comporter des dispositions décrivant les droits des assurés, mais également prévoir le mode de versement de la participation aux bénéfices. Cinq options de versement sont ouvertes :

- versement immédiat en espèces ;
- réduction de primes ;
- affectation à la provision mathématique ;
- souscription d'une garantie complémentaire ;
- souscription d'une assurance temporaire supplémentaire.

Au Kenya, les lignes directrices des contrats d'assurance de l'autorité de régulation des assurances à l'attention des sociétés d'assurance et des intermédiaires, prescrivent que la tarification prenne en compte l'estimation des charges de sinistres et autres coûts d'exploitation ainsi que l'estimation des produits financiers issues du placement des primes reçues (article 7.1 des lignes directrices).

Il n'est pas imposé un niveau de taux technique ou une table de mortalité. Toutefois, tout produit d'assurance vie soumis à l'autorité de contrôle doit être accompagné d'un rapport établi par un actuair e incluant les hypothèses de tarification, notamment les taux d'intérêts et les tables de mortalité utilisés (article 8.3 et 8.4 des lignes directrices).

Dans sa politique marketing et de distribution, les sociétés d'assurance doivent veiller à ce que l'information fournie aux assurés et bénéficiaires des contrats soit cohérente avec le résultat « raisonnablement attendu » par les clients du produit commercialisé (article 9.3 des lignes directrices).

## **II. PROBLEMATIQUE DE L'EXCLUSION DES CONTRATS COLLECTIFS EN CAS DE DECES DU PERIMETRE DE LA PARTICIPATION AUX BENEFICES**

En zone CIMA, le code des assurances a adopté de fixer les paramètres techniques des contrats d'assurances et donc de réglementer subséquemment la participation aux bénéfices.

Le principe de la participation aux bénéfices est fixé au premier alinéa de l'article 81 du code des assurances qui prévoit que « les entreprises d'assurance sur la vie ou de capitalisation doivent faire participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'elles réalisent,... ».

L'assureur doit donc distribuer annuellement aux assurés au moins 90 % du bénéfice technique (bénéfices de mortalité et bénéfice de gestion des contrats) plus 85 % des produits financiers (article 82 du code des assurances).

Le deuxième alinéa de l'article 81 du code des assurances stipule que « ...le montant minimal de cette participation est déterminé globalement pour les contrats individuels et collectifs de toute nature souscrits sur le territoire d'un des Etats membres de la CIMA, à l'exception des contrats collectifs en cas de décès ».

La rédaction du premier alinéa de l'article 81 du code des assurances, qui pose le principe de la participation aux bénéfices, étant générale, la question se pose donc de savoir pourquoi le deuxième alinéa exclut certaines catégories de contrats. Aussi bien sur le plan technique que juridique, il est difficile de soutenir, sans contestation, l'exclusion d'une catégorie d'assurance de la participation aux bénéfices. En effet, en excluant les assurances collectives décès du champ de la

participation aux bénéficiaires, le deuxième alinéa de l'article 81 fait une distinction là où le premier alinéa ne distingue pas.

#### **4. Sur le plan technique**

Le code des assurances en son article 95 définit le contrat collectif ou contrat groupe comme étant un contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture :

- des risques dépendant de la durée de la vie humaine ;
- des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ;
- des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ;
- du risque de chômage.

Le souscripteur est la personne qui conclut le contrat d'assurance groupe avec l'assureur au profit de ses salariés ou de ses membres. Dans la pratique, il s'agit le plus souvent de sociétés civiles ou commerciales, d'organismes professionnels ou d'associations. Le souscripteur peut être aussi un établissement de crédit. Outre les contrats qu'ils peuvent souscrire pour leurs employés, les établissements de crédit concluent également des contrats groupe emprunteurs pour le compte de leurs clients à qui des prêts sont accordés ou des contrats groupe décès au profit des titulaires de comptes.

Le principe général de tarification de la prime en assurance de groupe décès est le même que celui de l'assurance individuelle couvrant n'importe quel risque. Cependant, le fait que le contrat collectif assure un groupe d'individus fait que la prime est souvent variable et son montant exact n'est parfois déterminé qu'à la fin de la période de couverture du risque. Aussi, la durée de couverture est en règle générale annuelle pour éviter un trop grand écart entre la prime versée et les risques couverts, sauf pour les contrats groupe emprunteurs où la durée du contrat est en pratique corrélée à celle de l'emprunt. La prime peut être payée sous forme unique ou périodique.

Comme on l'observe, les contrats groupes décès obéissent donc aux mêmes caractéristiques techniques que tout autre contrat d'assurance.

La durée annuelle ou le paiement d'une prime unique à la souscription ne peuvent justifier l'exclusion de ces contrats de l'assiette de calcul du montant minimum réglementaire de la participation aux bénéficiaires. Les contrats dommages qui sont par définissant des contrats de courte durée, parfois même avec une période de couverture inférieure à l'année, peuvent prévoir dans les conditions particulières une participation aux résultats sous forme de ristourne ou de réduction de prime.

Le principe de la participation aux bénéfices n'est donc pas lié à la durée de couverture du contrat, encore moins aux modalités de paiement de la prime.

Les produits d'assurance vie sont le plus souvent un moyen d'épargne. Toutefois, le principe de la participation aux bénéfices n'a pas non plus pour but premier de récompenser les épargnants comme on pourrait le penser. Elle vise à assurer la couverture du risque au juste et équitable prix. La limitation du taux technique anticipé et l'usage de tables de mortalités qui ont tendance à surestimer le risque peuvent avoir pour conséquence de faire payer à l'assuré une prime plus importante que ne l'exigeraient les caractéristiques de son risque. Si au moment où la charge globale est connue, le constat en est définitivement fait que la prime payée est plus chère que ne l'exige la nature des risques couverts, il paraît juste et équitable que le surplus soit remboursé au payeur de prime ou à la mutualité des payeurs de primes tout au moins. Ce remboursement peut se faire soit sous forme de ristourne ou de réduction de prime, soit par intégration à la provision mathématique lorsque le contrat en dispose ou même par un versement d'espèces.

Pour les contrats groupe emprunteurs rencontrés sur les marchés de la zone CIMA par exemple, les établissements bancaires n'étant pas disposés à fournir leurs bases clients à la société d'assurance, la prime est déterminée de manière forfaitaire et non à la suite d'une pesée actuarielle qui permettrait un certain équilibre au sein de la mutualité. Ainsi, d'importants excédents techniques sont enregistrés sur ces contrats, dont la grande partie est reversée aux établissements bancaires sous forme de participations aux résultats. Ce qui prouve que les primes supportées par les assurés sont surestimées. Les établissements bancaires n'étant pas les payeurs de la prime ou membres de la mutualité des payeurs de primes, ils ne devraient pas bénéficier de la ristourne qui en résulte. Ils peuvent juste demander une commission d'intermédiation pour avoir proposé les contrats de la société d'assurance à leur portefeuille de clients, comme prévu par les conventions cadres généralement signées avec les sociétés d'assurance.

## **5. Sur le plan juridique**

Au regard de l'histoire du contrôle des assurances dans les Etats membres de la CIMA, le code des assurances mis en place en 1995 est dans ces grandes lignes et principes conforme au code français des assurances en vigueur à cette époque.

Les deux premiers alinéas de l'article 81 du code des assurances CIMA sont équivalents respectivement aux articles L 331-3 (en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 1994) et A 331-3 (version en vigueur du 25 octobre 1995 au 2 mai 2007) du code des assurances français.

Aux termes de l'ancienne version de l'article A 331-3 du code des assurances français comme du deuxième alinéa de l'article 81 du code des assurances CIMA, les contrats collectifs en cas de décès sont exclus du champ d'application du principe de la participation aux bénéfices.

Sur ce fondement, les contrats groupes emprunteurs ont toujours été écartés du calcul du montant minimum réglementaire de la participation bénéficiaire à distribuer aux assurés, en tant que « contrats collectifs en cas de décès ».

Comme indiqué ci-avant, il est apparu à l'analyse une contradiction textuelle entre l'article L 331-3 (premier alinéa de l'article 81 du code des assurances CIMA) et l'article A 331-3 dans sa version antérieure au 2 mai 2007 (deuxième alinéa de l'article 81 du code des assurances CIMA).

S'appuyant sur l'adage selon lequel « il est interdit de distinguer là où la loi ne distingue pas », l'Union Fédérale des Consommateurs - Que Choisir (UFC-Que Choisir) de France a estimé que la disposition de l'article L 331-3 devait s'entendre comme une obligation faite à l'assureur de faire participer aux bénéficiaires techniques et financiers. Dès lors, les assurés des contrats d'assurance vie y ayant potentiellement droit, l'exclusion d'une catégorie de contrats par l'article A 331-3 était illégale.

Saisi de cette question le 23 juillet 2012, le Conseil d'Etat de la République Française, considère que le législateur n'a entendu exclure aucun type de contrat de l'obligation de participation des assurés aux bénéficiaires techniques et financiers des entreprises d'assurance vie et qu'en prévoyant l'exception de l'article A 331-3, le pouvoir réglementaire ne s'est pas borné à fixer les conditions de cette participation, mais en a défini l'étendue, en méconnaissance des dispositions de l'article L 331-3. Il a donc déclaré que « l'article A 331-3 du code des assurances, dans sa rédaction antérieure à celle issue de l'arrêté du 23 avril 2007, est entaché d'illégalité » et a condamné l'Etat français à verser 3 000 € (environ 2 000 000 F CFA) à l'association UFC-Que Choisir.

Pour le Conseil d'Etat, le principe de la participation aux bénéficiaires a vocation à s'appliquer à tous les types de contrats, si l'on accepte le principe que la qualité d'assureur vie suffit à rendre le texte applicable. L'article L 331-3 du code des assurances français, et partant le premier alinéa de l'article 81 du code des assurances CIMA, a donc vocation à s'appliquer à tous les contrats d'assurance vie, y compris les contrats collectifs en cas de décès.

## **6. Proposition de suppression de l'exception du deuxième alinéa de l'article 81**

Au regard des développements faits aux paragraphes 1 et 2, il est proposé que l'exception introduite au deuxième alinéa de l'article 81 du code des assurances par le Conseil d'Etat en France, soit supprimée comme c'est le cas dans la réglementation française depuis le 23 avril 2007.

L'annulation par le Conseil d'Etat a un effet rétroactif, le texte annulé étant réputé n'avoir jamais existé. Par conséquent, toutes les opérations dont il constituait le fondement sont susceptibles d'être remises en cause.



La question se pose donc de savoir si les sociétés d'assurance doivent reprendre le calcul de la participation aux bénéfices sur la période 1995-2013 et faire participer le cas échéant les assurés des contrats groupe emprunteurs à la participation aux bénéfices qui s'en dégagerait pour redonner l'effectivité au premier alinéa de l'article 81 du code des assurances.

Les articles 82 et suivants du code des assurances précisent le montant minimal global à hauteur duquel les entreprises d'assurance sur la vie doivent faire participer les assurés à leurs bénéfices. Ainsi, la participation aux bénéfices reste une participation mutualisée, une participation de la mutualité des assurés aux bénéfices dégagés par l'ensemble des contrats. Chaque assuré ne bénéficie pas d'un droit individuel à l'attribution d'une somme déterminée au titre de son propre contrat. La répartition du montant global de participation entre les différents assurés reste discrétionnaire et relève de la liberté contractuelle.

Aussi, au regard des difficultés qui pourraient résulter d'une reprise des calculs sur une période plus reculée, le Conseil des Ministres pourrait demander l'application des nouvelles dispositions à partir de l'inventaire de l'exercice 2015.

## **7. Bénéficiaire de la participation aux résultats des contrats groupe décès**

La deuxième question qui pourrait se poser après l'inclusion des contrats groupes décès dans le champ d'application de la participation aux bénéfices des contrats d'assurance vie concerne la détermination du bénéficiaire de la participation aux bénéfices de ces contrats. Si cette problématique vaut pour l'ensemble des contrats collectifs décès, il se pose avec plus d'acuité pour les contrats groupes emprunteurs.

Les articles 81 et 86 du code des assurances visent l'assuré comme bénéficiaires de la participation aux bénéfices. Le terme assuré doit être entendu ici au sens large. Selon le mode d'attribution de la participation et les conventions contractuelles, la participation peut être perçue par le souscripteur ou, au terme du contrat, par le bénéficiaire. Elle est également allouée aux porteurs de contrats de capitalisation lesquels n'ont pas la qualité d'assuré.

Dans le cas d'espèce, le bénéfice de l'établissement bancaire prêteur résulte de sa créance sur l'assuré et se limite au montant de celle-ci au moment de la liquidation du contrat. Ainsi, si à la réalisation du risque, le capital restant dû effectif est inférieur au montant résultant de l'amortissement normal du prêt du fait d'un remboursement exceptionnel par exemple, le solde de l'indemnité due par l'assureur devrait pouvoir être reversé aux ayants droit de l'assuré décédé.

Par ailleurs, les conventions signées entre les établissements bancaires et les sociétés d'assurance dans le cadre de ces contrats s'analysent plutôt comme une convention d'intermédiation conclue dans le cadre du quatrième alinéa de l'article

503 du code des assurances. Au contraire de la stipulation pour autrui classique qui crée un droit au bénéfice d'un tiers, il s'agit ici de donner naissance à un contrat d'assurance entre l'assuré et l'assureur, dont les termes ont été négociés par la conclusion d'une convention cadre entre l'établissement bancaire (en qualité d'intermédiaire d'assurances) et l'assureur. L'adhérent, qui paie d'ailleurs la prime (la banque ne jouant qu'un rôle de collecteur), a donc les qualités de « souscripteur » et d'assuré et la banque celle de bénéficiaire, à concurrence de sa créance. La participation aux bénéfices conventionnelle que perçoivent en général les établissements bancaires doit s'analyser comme une commission d'intermédiation qui est donc en principe régie par les dispositions nationales prises à cet effet par les Ministres en charge des assurances.

L'emprunteur, en tant que « souscripteur » et assuré, est alors bien l'assuré visé par les articles 81 et 86 du code des assurances comme bénéficiaire de la participation aux bénéfices.

Le contrat étant dépourvu de valeur de rachat, la participation pourrait se faire le cas échéant sous forme d'une ristourne ou une réduction de prime. En tout état de cause, comme indiqué plus haut, la participation aux bénéfices est une participation mutualisée et ne confère pas de droit individuel à chaque assuré. La répartition du montant global est fonction des dispositions contractuelles.

### **III. MODALITES DE CALCUL DE LA PARTICIPATION AUX BENEFICES**

Les modalités de calcul du montant minimal de participation aux bénéfices techniques et financiers sont définies aux articles 81 à 86 du code des assurances. Elles sont résumées au travers d'un compte de participation aux résultats qui s'appuie sur trois résultats intermédiaires, le résultat du compte technique, le résultat financier et le solde de réassurance.

Le résultat technique provient essentiellement du résultat de mortalité (décalage entre la mortalité pessimiste utilisée pour la tarification et la mortalité réellement observée sur le portefeuille d'assurés) et du résultat de gestion (écart entre les chargements de gestion appliqués lors de la tarification et les charges réelles supportées).

A l'analyse des dossiers annuels transmis par les sociétés d'assurances et lors des contrôles sur place, le constat fait est que le compte de participation aux bénéfices ressort presque toujours déficitaire. Cette situation s'explique par l'exclusion des contrats groupe décès (sur lesquels sont enregistrés les bénéfices de mortalité les plus importants) des bases de calcul, mais surtout par des niveaux de frais généraux exorbitant, atteignant le plus souvent le triple des prélèvements effectués sur les assurés pour les financer et qui englobent les bénéfices réalisés sur les autres postes.

Les sociétés d'assurance vie ne distribuent donc pas de participations aux bénéficiaires. Les contrats sont revalorisés uniquement au taux technique de 3,5%, appliqué sur une base de prime imputée elle-même des chargements de gestion et d'acquisition escomptés. Un tel mécanisme de rémunération plombe la rentabilité des produits d'assurance vie. La majorité des contrats d'assurance vie rencontrés sur le marché ne sont de ce fait rentables qu'après une durée de 10 ans en portefeuille, même pour les contrats épargne-capitalisation qui ne couvrent aucun risque. Sur ces bases, le taux de rendement moyen des contrats est ramené au meilleur des cas autour de 2%/an lorsque le contrat ne prévoit pas de bonification exceptionnelle de fidélité ou 2,5%/an lorsqu'une bonification pour fidélité est prévue. Comparativement, un compte d'épargne bancaire rémunéré au taux brut de 3,5%/an donnerait un rendement moyen net de 3,1%/an environ, en tenant compte d'un impôt sur les revenus des capitaux de 15%. Ce qui n'est pas fait pour encourager le recours aux contrats d'assurances comme moyens privilégiés d'épargne.

Il peut être rappelé que l'obligation de participation aux bénéficiaires, instaurée dans le code français des assurances pour la première fois en 1967, avait pour but de renforcer l'intérêt des produits d'assurance pour la population et booster le développement de ce segment. Au moment où les autorités de la zone réfléchissent aux moyens nécessaires pour augmenter le taux de pénétration de l'assurance, il conviendrait d'encadrer davantage le mécanisme de rémunération des contrats d'assurance vie dont la corrélation entre son essor et le développement économique a largement été démontré.

Comme présenté ci-avant, le déficit des comptes de participations aux bénéficiaires est dû essentiellement au niveau exorbitant des frais généraux. Les différents contrôles sur place constatent que les frais généraux sont souvent alourdis par le niveau exceptionnel de certaines charges pour lesquelles l'effectivité des prestations n'est pas toujours attestée ou par des charges dont le lien direct avec l'exploitation des sociétés et leur nécessité pour l'exploitation ne peuvent être le plus souvent établis.

Le levier sur lequel le superviseur peut agir est donc le niveau des frais généraux à prendre en compte dans l'établissement du compte de participations aux résultats. Les pertes sur ce poste ne sont d'ailleurs pas imputables aux assurés et donc aux risques couverts, mais uniquement aux entreprises d'assurance. Ce qui leur donne une manette d'arbitrage important sur lequel les assurés ne peuvent d'aucune manière agir. Il n'appartient donc pas aux assurés de supporter ces frais de gestion exorbitants, surtout que leur engagement dans le contrat a été motivé par le niveau de frais généraux affichés dans l'encadré prévu à l'article 65-1 du code des assurances et par l'anticipation d'une participation bénéficiaire minimale prévue pour booster le rendement des contrats.

Même dans les juridictions où la participation aux bénéfices reste du domaine contractuel exclusivement, le régulateur se donne les moyens pour garantir la réalisation des « attentes raisonnables » (reasonable expectations) des assurés en termes de produits financiers, dans la mesure où ce sont ces attentes qui les ont décidés à s'engager au contrat et à payer les primes.

Conformément à la doctrine de « l'attente raisonnable », les tribunaux et la jurisprudence reconnaissent que les gens achètent de l'assurance en s'appuyant sur d'autres (intermédiaires ou entreprises d'assurance) pour leur fournir une police qui répond à leurs besoins. Le manque d'expertise en assurance des assurés et les techniques de marketing reconnus des compagnies d'assurance obligent les autorités de supervision à s'assurer que « les attentes objectivement raisonnables » des assurés et les bénéficiaires des contrats, en ce qui concerne les conditions des contrats d'assurance, seront honorés, même si la mise en œuvre des dispositions de la police auraient tendance à nier ces attentes. Ainsi, lorsque les éléments d'une police sont garantis par contrat, l'on doit chercher à savoir, dans l'appréciation des engagements, si les présentations, les pratiques de vente ou les pratiques administratives ont créé « des attentes raisonnables » chez les détenteurs de polices et font augmenter les obligations contractuelles minimales de l'assureur.

Il n'est pas superflu de rappeler ici que l'un des principaux arguments utilisés par les réseaux de distribution des contrats d'assurances vie est la participation des assurés aux bénéfices financiers réalisés par l'assureur en plus de l'engagement minimal du contrat, contrairement au produit bancaire.

Il appartient donc au législateur CIMA à encadrer la détermination de la participation aux bénéfices pour que les sociétés d'assurance ne l'utilisent pas uniquement comme argument de vente pour décider les assurés à souscrire au contrat et qu'en définitive elles ne leur en versent jamais.

Pour ce faire, trois options pourraient être examinées :

**Option 1 : la participation au bénéfice est assise uniquement sur le résultat financier**

Il a été constaté lors des contrôles sur place que les sociétés d'assurance qui distribuent des participations aux bénéfices conséquents assoient en général leurs calculs sur les résultats financiers de leurs placements uniquement.

L'on pourrait donc être tenté de définir le montant minimum de la participation aux bénéfices sur cette base. Toutefois, comme indiqué plus haut, la nécessité d'une participation aux résultats ne s'explique pas uniquement par la fixation d'un taux d'intérêt technique, mais également par la prescription réglementaire des probabilités viagère.

Fixer une participation aux bénéfices uniquement sur le résultat financier reviendrait à laisser à la charge de l'assureur le déficit de mortalité alors que ce

résultat n'est pas de son fait, le législateur lui ayant imposé la table à utiliser. Une telle option conférerait également l'entière responsabilité du bénéfice de mortalité à l'assureur, au détriment de l'assuré.

**Option 2 : le solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent n'est reporté que s'il ne résulte pas d'un déficit de frais de gestion**

Ici, les modalités de calcul actuellement définies par le code des assurances seront globalement maintenues, mais le solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent n'est pris en compte dans le compte de participation aux résultats que si l'entreprise n'avait pas enregistré un déficit de frais de gestion.

Résultat de frais gestion = chargements contractuels+ commissions de réassurance + 15% du produit financier - frais généraux - commissions

Si l'objectif est de ne pas pénaliser les assurés pour des pertes dont ils ne sont pas à l'origine, ils subissent tout de même l'effet de cette perte dans l'année de réalisation.

La proposition de l'option 3 ci-après pourrait donc être faite.

**Option 3 : le compte technique n'intègre que le bénéfice de frais de gestion, le déficit de frais de gestion étant entièrement à la charge de l'assureur**

Avec cette option, le compte de participation aux résultats sera scindé en trois parties :

- compte de résultat de gestion ;
- compte de résultat technique ;
- participation aux résultats.

Le compte de résultat de gestion comporte en recettes les chargements contractuels et en dépenses les autres charges nettes et commissions. Il comporte également en dépenses la participation de l'assureur aux bénéfices de frais de gestion, constituée de 10% du solde créditeur des éléments précédents.

L'assureur devrait supporter entièrement la perte de gestion. Néanmoins, il peut être admis une marge d'erreur de 5% dans l'estimation des charges qui se fait comme tous les éléments de tarification a priori.

Le compte de résultat technique comporte en dépenses les prestations échus (à l'exclusion de la participation aux excédents liquidée) et la charge de provisions, et en recettes les primes émises nettes d'annulation et des chargements contractuels. Il comporte également en dépenses la participation de l'assureur aux bénéfices techniques, constituée de 10% du solde créditeur des éléments précédents, et en recettes les subventions d'exploitation le cas échéant.

Le solde du compte de participation aux résultats est égal à la somme du solde créditeur du compte de résultat de gestion, du solde du compte de résultat technique, de 85% au moins du solde créditeur du compte financier prévu à l'article 84, du solde de réassurance cédée, obtenu selon les calculs de l'article 85 et, s'il y a lieu du solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent.

Ces modalités de calcul permettent de ne pas pénaliser les assurés du fait d'un assureur qui dépenserait plus que ne lui permet le niveau de son activité.

L'article 82 du code des assurances serait modifié donc comme suit :

### **Article 82**

#### **Compte de participation aux résultats**

*Pour chaque entreprise, le montant minimal de la participation aux bénéficiaires à attribuer au titre d'un exercice est déterminé globalement à partir d'un compte de participation aux résultats.*

*Le compte de participation aux résultats est constitué de trois parties :*

*I. Compte de résultat de gestion ;*

*II. Compte de résultat technique ;*

*III. Participation aux résultats.*

*Le compte de résultat de gestion comporte en recettes les chargements contractuels et en dépenses les autres charges nettes et les commissions tels que ressortant des états C26 et C1 visés au Livre IV du présent code. Il comporte également en dépenses la participation de l'assureur aux bénéficiaires de gestion, constituée de 10% du solde créditeur des éléments précédents.*

*Le compte de résultat technique comporte en dépenses les prestations échus (à l'exclusion de la participation aux excédents liquidée) et la charge de provisions, nette de la provision de gestion le cas échéant, et en recettes les primes émises nettes d'annulation et des chargements contractuels tels que ressortant des états C1 et C26 visés au Livre IV du présent code. Il comporte également en dépenses la participation de l'assureur aux bénéficiaires techniques, constituée de 10% du solde créditeur des éléments précédents.*

*Le solde du compte de participation aux résultats est égal à la somme du solde créditeur du compte de résultat de gestion ou du solde débiteur du compte de résultat de gestion dans la limite de 5% des chargements contractuels, du solde du compte de résultat technique, de 85% au moins du solde du compte financier prévu à l'article 84, du solde de réassurance cédée, obtenu selon les calculs de l'article 85, et, s'il y a lieu, du solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent.*