

Nous sommes heureux de vous adresser notre lettre d'actualité sur l'assurance.

Nous souhaitons ainsi vous apporter un éclairage technique et financier sur les sujets qui nous occupent au quotidien et des informations sur l'activité de Galea & Associés.

Notre "fil rouge" dédié au projet Solvabilité 2 vous permet de suivre les exigences réglementaires et vous faire part de nos préconisations depuis l'entrée en vigueur du nouveau dispositif en ce début d'année 2016.

Les consultants du Cabinet sont à votre disposition (01 43 22 11 11) pour compléter tout élément abordé dans cette lettre et vous souhaitent une très bonne année 2016.

SOMMAIRE

L'actualité par thème	2
Marché de l'assurance	2
Santé / Prévoyance	4
Retraite	6
Le Fil rouge : Projet Solvabilité 2	8
Techniques Actuarielles	12
Réglementation	12
IARD	13
Assurance Vie / Retraite	14

Découvrez notre nouveau site internet et abonnez-vous aux actualités.

Vos contacts privilégiés :

Norbert Gautron ngautron@galea-associes.eu

Catherine Soulard csoulard@galea-associes.eu

Pierre Thérond ptherond@galea-associes.eu





L'ACTUALITE PAR THEME

MARCHE DE L'ASSURANCE

Etat du marché français de l'assurance

En fin d'année 2015, l'ACPR a publié un rapport sur la situation du marché français de la banque et de l'assurance en agrégeant les données sociales transmises par les organismes sous sa supervision.

Cet article résume les principales tendances observées sur le marché français de l'assurance : développement de la profession dans le nouveau paradigme prudentiel, résultats et bilan des organismes assureurs et enfin évolution du cadre réglementaire français et conséquences sur les produits distribués.

Organisation du marché

Les nouvelles exigences réglementaires en termes de gouvernance et de solvabilité ont provoqué des changements de structure dans le secteur de l'assurance. En effet, le nombre d'organismes a diminué, notamment ceux relevant du code de la mutualité, à travers le mécanisme des fusions. Parallèlement, ces nouvelles réformes viennent favoriser l'installation d'un marché unique européen grâce aux principes de libre prestation de service et de libre établissement. Ainsi, l'expansion des groupes d'assurances internationaux est favorisée au sein de l'Espace Economique Européen (EEE). Le nombre d'habilitations à la libre prestation de services des entreprises françaises dans l'EEE augmente autant que celui des entreprises européennes vers la France (environ +4,8 %). A l'inverse, le nombre de succursales d'entreprises européennes établies en France diminue (-2,5 %) alors qu'il est en progression pour les entreprises françaises établies dans l'EEE (+4,8 %).

Rentabilité du marché assurantiel

D'un point de vue de la rentabilité, tous secteurs confondus, le résultat technique brut de la profession reste à un niveau élevé de 11,5 milliards d'euros (+200 millions par rapport à 2013). Toutefois, ce chiffre cache des tendances très différentes entre les assureurs vie (-800 millions) et les assureurs non vie (+1 000 millions). Ainsi, la rentabilité stagne tout en étant satisfaisante voire diminue quelque peu du fait de l'augmentation de la taille du bilan des organismes assureurs (+6,7 % en 2014 contre +6,9 % en 2013).

La baisse des taux constatée tout au long de l'année 2014 (-160 bps) place l'assurance vie dans un contexte financier défavorable. Néanmoins, le volume de collecte (154 milliards d'euros) croit de 7 % par rapport à 2013. La majeure partie des primes est investie dans les contrats individuels en euros, toutefois ce sont les contrats en unités de compte qui montrent la plus forte progression (+17,3 %). En effet, les assureurs ont mené une politique commerciale offensive pour ce support : il possède pour les assurés un effet de levier plus important que les contrats en euros et surtout il permet aux assureurs de ne pas prendre en charge le risque d'investissement. Enfin, en octobre 2014, le « eurocroissance » nouveau produit commercialisé. Les provisions représentent un peu moins d'un milliard d'euros, issues en grande partie de transferts à partir de contrats déjà existants. Globalement, la baisse des taux, associée à une année atone sur les marchés boursiers, a amoindri le rendement des produits financiers, participant à la diminution du résultat technique des assureurs vie (-12,3 %).

Concernant les assureurs non-vie, la faible augmentation des sinistres et la forte croissance des primes acquises ont permis d'améliorer le résultat technique. Toutefois, pour les activités localisées en France sans réassurance, le ratio S/P a augmenté pour les deux plus grosses branches d'assurance :



« dommages corporels » et « automobile ». Ces deux branches représentent plus des deux tiers des primes acquises.

Outre l'évolution de la rentabilité, les assureurs ont également connu de lourds changements dans la composition de leur bilan. Que ce soit en vision norme comptable ou en valeur de marché, celui-ci a fortement augmenté. Sous Solvabilité 1, l'augmentation du bilan (+5,4 %) est principalement due à l'accroissement des primes acquises. Sous Solvabilité 2, l'accroissement (+10 %) s'explique en grande partie par la baisse des taux : en effet, l'actif des assureurs (notamment vie) - principalement composé d'obligations - progresse fortement.

La solvabilité du secteur et les évolutions règlementaires

Durant l'année 2014, le niveau de solvabilité des assureurs ainsi que la nouvelle loi sur l'accord national interprofessionnel (ANI) ont particulièrement été étudiés.

Pour l'ensemble des organismes français, le taux de couverture ainsi que la marge de solvabilité définis par Solvabilité 1 sont largement satisfaits. Le taux de couverture augmente pour tous les types d'organismes, exceptés pour les mutuelles pour lequel il diminue légèrement. En parallèle, la marge de solvabilité sans prise en compte des plus et moins-values stagne alors qu'elle augmente quand celles-ci sont prises en compte. Dans le référentiel Solvabilité 2, l'exercice préparatoire aux règles prudentielles sur le bilan de fin d'année 2013 montre que la marge de solvabilité des organismes vie diminuerait alors qu'elle augmenterait pour les organismes non vie.

En 2014, le gouvernement français a publié la loi sur l'ANI, visant à la généralisation de la couverture complémentaire santé aux salariés de toutes entreprises, quelle que soit sa taille. Cette nouvelle loi a créé de la demande supplémentaire, participant à l'augmentation des primes relatives aux contrats collectifs, dont le montant s'élève à plus de 1 milliard d'euros. Cette évolution devrait se renforcer prochaines années. Cependant, l'augmentation de la concurrence crée des tensions sur sa rentabilité. Les plus impactés sont les mutuelles et les institutions de prévoyance, étant donné que la branche « dommages corporels » représente un très fort pourcentage de leurs primes (respectivement 86,9 % et 64 % de l'activité dommages corporels contre moins de 20 % pour les autres organismes). Comme le ratio S/P est plus élevé pour les contrats collectifs (100 %) que pour les contrats individuels (79 %), cette évolution de la répartition des primes en fonction du type de contrat pèse sur ce même ratio au global, qui se dégrade en 2014 (87% en 2013 et 89% en 2014). Finalement la progression des primes plus rapide que celle des charges de sinistres, ainsi que l'amélioration du solde de réassurance permet une progression du résultat technique de 100 millions d'euros.

La réassurance

Enfin, concernant la réassurance, le montant de primes cédées est resté constant par rapport à l'année 2013. Cependant, avec l'augmentation des primes acquises par les organismes assureurs, le taux de cession a diminué de 1,3%. Le secteur de l'assurance-vie est celui le plus touché avec une baisse de 1,6% comparé à celle de la branche nonvie qui n'est que de 0,8%.

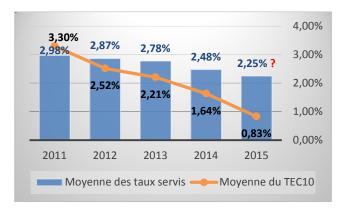
Les documents sont disponibles à cette adresse : https://acpr.banque-france.fr/publications/rapports-annuels/chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-lassurance.html



Taux de rendement des produits d'assurance vie en 2015

début d'année. En ce les assureurs communiquent au fur et à mesure les taux servis de leurs différents contrats d'épargne et de retraite, permettant d'évaluer le taux de rendement moyen des fonds en euros et fonds retraite en 2015. Globalement, une baisse est constatée pour la plupart des contrats allant de 15 à 35 points de base. Cette diminution générale devra faire reculer la rémunération moyenne sur le marché français, qui était de 2,48 % en 2014, autour de 2,25 % cette année.

L'évolution du taux de rendement moyen nets de frais des contrats ces dernières années est la suivante :



Ces dernières années, le niveau des taux servis par les assureurs est rendu possible grâce aux anciennes obligations détenues en portefeuille, qui disposent de coupons élevés par rapport au niveau actuel du marché. Cependant les nouvelles cotisations perçues par les assureurs vie sont investies dans des obligations à faible rendement. Les obligations représentant plus de 83 % des actifs des assureurs vie, les rendements globaux diminueront. Afin de limiter cette baisse de rentabilité, les assureurs pourront faire le choix d'investir dans des obligations d'entreprises qui présentent un spread plus élevé que les obligations souveraines, mais aussi des risques supplémentaires de signature et de liquidité.

L'ex gouverneur de la Banque de France, Christian Noyer (en poste jusqu'à fin 2015), avait demandé aux assureurs vie de diminuer les taux servis afin de doter leurs réserves, notamment la Provision pour Participation aux Excédents (2,1 % des encours en 2014). A travers cette demande, Christian Noyer met en garde les assureurs contre les risques liés à de fortes variations des taux d'intérêt à la hausse. Cette augmentation de la « PPE » permettra également aux assureurs de continuer à servir des taux raisonnables aux assurés dans le cas d'un éventuel scénario de taux bas durable.

Malgré cette baisse de rendement des fonds euros, la collecte nette d'assurance vie continue d'augmenter (22,9 milliards d'euros en novembre 2015). La collecte mensuelle positive depuis deux ans est réalisée en grande partie au détriment des livrets réglementés tel que le livret A qui a vu son taux diminuer à un niveau historique de 0,75 % en août 2015. Cette tendance risque de se poursuivre suite à l'annonce de la baisse du taux du PEL à 1,5 % et du maintien du taux du livret A à 0,75 % dès février 2016.

SANTE / PREVOYANCE

La généralisation des Déclarations Sociales Nominatives (DSN)

Présentation du dispositif DSN

Instaurée par la loi de simplification du 22 mars 2012, la Déclaration Sociale Nominative (DSN) est un dispositif simplifiant la transmission des déclarations sociales des entreprises du secteur privé. Réalisée à partir du logiciel de paie de l'entreprise, cette

déclaration unique se substitue à la plupart des déclarations sociales des entreprises. Elle comporte deux aspects :

la transmission mensuelle de données sociales de l'employeur et des salariés (caractéristiques de l'emploi exercé,



- rémunération, cotisations et contributions sociales...);
- le signalement d'évènements concernant le salarié (arrêt de travail, congé maternité, reprise d'activité après arrêt de travail, fin du contrat de travail..). Ces évènements doivent être communiqués dans les 5 jours ouvrés suivant leur survenance.

Actuellement obligatoire pour les plus grandes entreprises, la DSN sera généralisée à toutes les entreprises du secteur privé d'ici juillet 2017. Un calendrier d'entrée progressive des TPE et PME en 2016 a été mis en place.

Une opportunité pour les organismes assureurs

Les déclarations sociales sont une source de données importante pour les organismes assureurs. Le nouveau dispositif DSN représente un atout majeur pour optimiser la gestion des contrats d'assurance collective santé, prévoyance et retraite, mais aussi pour la connaissance du portefeuille et le suivi du risque technique.

Les DSN transmises mensuellement par les entreprises remplacent certaines déclarations fournies trimestriellement voire annuellement auparavant. L'évolution de la périodicité des informations transmises induit un suivi plus régulier des affiliations. Cette connaissance plus précise de la population sous risque devrait permettre aux organismes assureurs de mieux appréhender :

- les calculs relatifs aux estimations de cotisations, dans le cadre de l'arrêté des comptes notamment. En outre, les DSN facilitent les contrôles de cohérence sur les montants de cotisations et devraient limiter les régularisations parfois tardives;
- l'évolution du profil de risque en portefeuille et de la sinistralité. Toute dérive de la sinistralité pourra être identifiée plus rapidement, et mise en relation avec les évolutions des caractéristiques du portefeuille assuré;

- l'évolution des taux d'incidence en arrêt de travail, et plus généralement les études liées à l'incidence, nécessitant la connaissance de la population sous risque. Les travaux de construction des tables d'expérience pourront s'en trouver facilités.
- l'évaluation des capitaux sous risques en prévoyance collective grâce aux informations individuelles.

Le signalement d'évènements concernant le salarié est également une source d'informations utile pour l'évaluation des provisions arrêt de travail constituées par les organismes assureurs :

- les provisions mathématiques seront évaluées sur une base d'encours déterminée de façon plus précise;
- les provisions calculées sur les sinistres déclarés tardivement (IBNR) devraient être réduites.

De par la connaissance d'informations jusqu'alors non connues aussi précisément par les assureurs, ces derniers devront adapter voire modifier profondément leurs méthodes de calculs des provisions. L'assureur connaîtra en effet par exemple les arrêts de travail rapidement après leur survenance et parfois avant la période de fin de franchise déclenchant les garanties du contrat. Il devra dans ce cas évaluer la probabilité pour ces arrêts d'entrer dans la couverture du contrat. Comme tout changement de méthode, ceci entrainera des travaux de calibrage pour l'assureur, de modifications des outils, de suivi dans le temps et de justification auprès des CAC et dans les annexes des comptes.

Par ailleurs, la mise en place de la DSN vient à l'appui de l'entrée en vigueur de Solvabilité II au 1er janvier 2016. Dans le cadre des évaluations exigées sous cette nouvelle directive européenne, les organismes assureurs ont recours à une grande quantité d'informations et doivent démontrer la qualité, la fiabilité et l'exhaustivité des données utilisées. L'automatisation des flux de données via les DSN limite les risques opérationnels liés aux échanges



d'informations et contribue à démontrer la fiabilité de l'information utilisée.

Outre l'aspect lié au risque technique et aux évaluations réglementaires, une meilleure connaissance de la population assurée constitue également une opportunité commerciale pour les organismes assureurs. Les informations communiquées dans les DSN peuvent contribuer à la construction d'une offre répondant au mieux aux besoins des assurés. De plus, les trois organismes professionnels qui sont le CTIP, la FFSA et la FNMF, centralisent l'information des DSN en tant que concentrateurs distincts. Ces concentrateurs sont une base de données précieuse pour la connaissance du marché de l'assurance collective et l'étude de l'évolution des profils assurés.

Enfin, les DSN sont adressées à la fois au porteur de risque et au délégataire de gestion. Dans la lignée de la norme PRDG (Porteur de Risque Délégataire de Gestion) mise en place par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), les DSN constituent

un outil supplémentaire d'optimisation et de contrôle des données partagées par le porteur de risque et le délégataire de gestion. En outre, les DSN devraient permettre de réduire les échanges entre les deux acteurs.

Une adaptation nécessaire des moyens techniques et humains, qui bénéficie aussi aux assurés

Les DSN représentent un atout pour les organismes assureurs en termes de connaissance du portefeuille et de fiabilisation des données. Toutefois, ce dispositif nécessite une collecte mensuelle des données selon un format établi par la norme DSN. Les organismes assureurs doivent organiser la gestion régulière de ces flux, notamment via un système d'information adéquat.

Cette évolution du système des déclarations sociales des entreprises bénéficie aussi aux assurés. La connaissance plus rapide de leur changement de statut ou de la survenance d'un arrêt de travail devrait accélérer la prise en compte de leurs droits et le versement des prestations dues.

RETRAITE

Accord National Interprofessionnel relatif aux retraites complémentaires AGIRC-ARRCO

L'accord relatif aux retraites complémentaires AGIRC et ARRCO d'octobre 2015 a pour objectif de rééquilibrer les régimes de retraite complémentaire. Les mesures prises agissent sur « le niveau des pensions, le niveau des cotisations et les comportements de départ à la retraite », et préfigurent peut-être des évolutions à venir sur le régime de base.

Parmi les mesures applicables au 1er janvier 2019, un « coefficient de solidarité » est instauré afin de :

- réduire pendant une durée de 3 ans les pensions ARRCO-AGIRC des salariés qui liquideront leur retraite dès l'obtention du taux plein au régime général;
- majorer les pensions des salariés qui liquideront leurs droits au-delà de l'âge d'obtention du taux plein.

Cet accord pourrait ainsi entrainer un changement de comportement des salariés quant à leur date de départ en retraite. Cet allongement de la durée d'activité des salariés peut impacter l'équilibre des contrats santé et prévoyance collective des organismes assureurs.

Contrats Santé

Le vieillissement de la population couverte risque de se poursuivre et de se traduire par une augmentation des prestations versées au titre des garanties santé. Il est généralement considéré que la hausse des charges est de l'ordre de 1,5% à 2% par année supplémentaire d'activité.

Les récentes évolutions réglementaires peuvent amplifier ce risque. En effet, la loi sur la Sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 prévoit un panier de



soins minimum. Certaines garanties de ce panier, telles que la prise en charge intégrale du forfait hospitalier sans limite de durée, peuvent générer des montants de prestations importants dans une population sous risque vieillissante.

Impact sur la tarification

Sur les offres sur-mesure, la tarification des contrats santé collectif repose le plus souvent sur l'étude de la sinistralité observée sur les salariés de l'entreprise. L'augmentation des prestations versées peut donc amener les organismes assureurs à indexer le niveau de cotisations des contrats afin de pallier cette hausse de la sinistralité.

D'autre part, l'âge moyen est parfois utilisé comme variable discriminante pour la tarification. Le vieillissement de la population sous risque peut augmenter les tarifs proposés par les organismes assureurs.

L'impact de l'accord sur le tarif des contrats santé collectifs doit toutefois être nuancé au regard d'un contexte concurrentiel important. Les nombreuses évolutions réglementaires ont amené les organismes assureurs à revoir la structure et le tarif de leurs offres santé collective. L'impact de l'accord AGIRC ARRCO sur les tarifs des contrats santé collectifs pourrait donc être limité dans un cadre législatif renforçant la concurrence entre les organismes assureurs.

Contrats Prévoyance

Impact sur la tarification

Le vieillissement de la population sous risque peut impacter le nombre de sinistres sur les contrats prévoyant une garantie décès. A titre indicatif, le taux de mortalité passe de 1,3% à 62 ans à 2,0% à 67 ans, soit une hausse de 53% (source : table de mortalité TH 00-02 décès). Les organismes assureurs peuvent donc être amenés à majorer le tarif des contrats décès afin de tenir compte du vieillissement de la population couverte.

En incapacité, une hausse de l'incidence due à l'allongement de la période d'activité et au vieillissement de la population sous risque est

attendue. Le report de l'âge de départ en retraite pourrait impacter :

- les tables d'incidence d'expérience, utilisées pour la tarification, qui seraient à actualiser. La volumétrie des plus de 60 ans augmentant, les taux d'incidence calculés pour ces âges devraient être plus robustes;
- la durée moyenne des arrêts, prise en compte dans le tarif, généralement plus importante sur les salariés âgés.

En invalidité, aucun impact a priori sur la durée de versement n'est attendu puisque les bénéficiaires d'une retraite du régime général pour inaptitude ou pour incapacité permanente dès 62 ans ne sont pas concernés par la réforme. En revanche, les taux de passage d'incapacité à invalidité ou d'entrée directe en invalidité augmentent avec l'âge. En ce sens, les entrées en invalidité peuvent progresser.

<u>Impact sur le provisionnement</u>

L'âge légal de départ en retraite n'étant pas modifié, l'impact sur le provisionnement des garanties incapacité et invalidité ne devrait pas être significatif.

Les impacts de l'accord AGIRC-ARRCO sur les garanties santé et prévoyance collectives doivent toutefois être nuancés au regard du profil des assurés en portefeuille et de l'évolution réelle des comportements des salariés sur leur âge de départ en retraite. Un suivi fin des caractéristiques démographiques et de la sinistralité permettra d'anticiper la dérive de la sinistralité et d'ajuster les tarifs au fur et à mesure.

Impact sur la solvabilité

Les accords AGIRC ARRCO impactent principalement les régimes de retraite, déjà touchés par l'entrée en vigueur de Solvabilité 2. Le surcoût cumulé « réforme AGIRC ARRCO » et de l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 va probablement accélérer les réflexions sur la création de structures dédiées à la retraite supplémentaire, telles que celles annoncées par Emmanuel Macron, utilisant les dispositions spécifiques à la retraite supplémentaire professionnelle (« IORP »).



Des opportunités à saisir

L'introduction de « coefficients de solidarité », diminuant les rentes AGIRC ARRCO pendant 3 ans maximum, offre la possibilité aux organismes assureurs de proposer des produits « compensant » cette diminution ou d'adapter la structure des rentes versées par les régimes de retraite supplémentaire à cotisations définies (tels que les contrats « article 83 ») en privilégiant par exemple des rentes plus élevées au cours des 3 premières années suivant la liquidation des rentes.

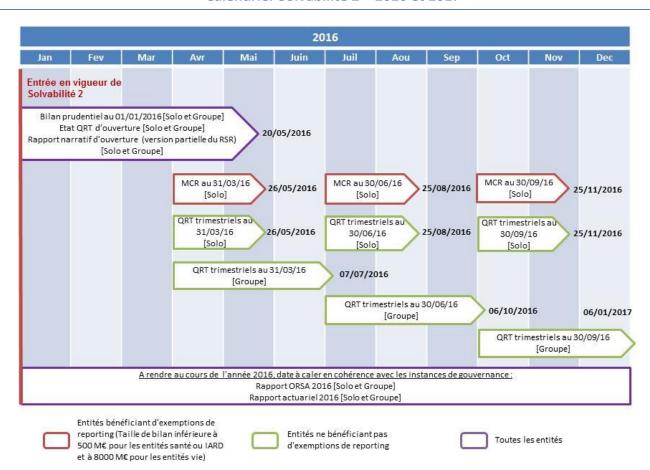
Par ailleurs, une attention particulière méritera d'être portée aux négociations à venir sur la

réforme du statut cadre, prévue à l'article 8 de l'accord du 30 octobre 2015. Il est en effet prévu une mise à plat des obligations conventionnelles de 1947 sur la couverture décès minimale à garantir aux Cadres (cotisation « 1,5 % tranche A »), et éventuellement l'utilisation de cette cotisation à d'autres fins.

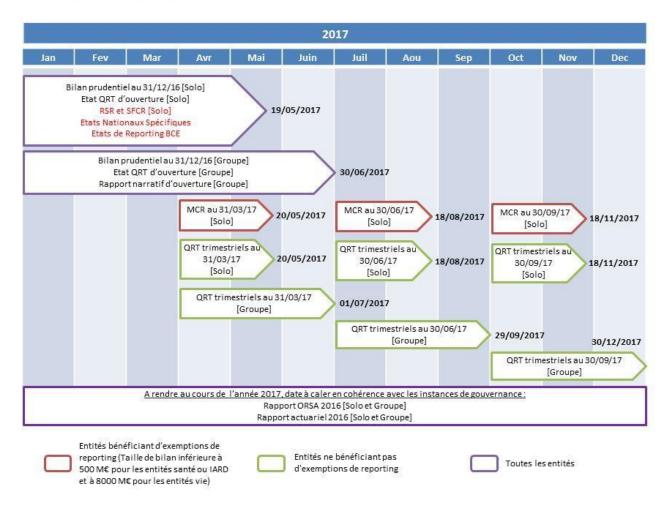
L'accord ANI du 30 octobre 2015 est riche en dispositions assurant un meilleur avenir aux régimes de retraite complémentaire. Il préfigure probablement d'autres réformes sur le régime de base d'une part et, si les taux demeurent bas, sur les régimes supplémentaires offerts par les organismes assureurs.

LE FIL ROUGE: PROJET SOLVABILITE 2

Calendrier Solvabilité 2 – 2016 et 2017







Mise en place de la fonction actuarielle

La Directive Solvabilité 2 prévoit la mise en place de quatre fonctions clé dont la Fonction Actuarielle (FA), sous l'égide d'un responsable de la fonction actuarielle (RFA). Ce dispositif, relativement nouveau sur le marché français, et la production du rapport par lequel le RFA fait part aux dirigeants effectifs et à l'organe d'administration de ses conclusions, constitueront un des défis de l'année 2016.

Les missions de la fonction actuarielle

La Directive a fixé à la FA un rôle très large. Elle doit s'assurer en permanence de la bonne maitrise des risques techniques et peut intervenir sur l'ensemble des sujets de nature actuarielle et de gestion des risques.

Le garant de la qualité des données

La FA doit s'assurer de la qualité des données utilisées pour le calcul des provisions. Dans la pratique selon les organismes et en fonction de leur organisation, les contrôles effectifs sur ces données sont en général menés par des équipes multiples, relevant typiquement de directions Informatique, MOA, Actuariat Technique ou encore de Gestion. Le contrôle dépend en effet de l'outil dont la donnée est issue, du traitement qui lui est appliqué, de sa transformation (calcul, agrégation par exemple) et de son stockage / archivage. La FA devra néanmoins assumer un rôle de supervision et émettre un avis de synthèse sur la qualité des données et les travaux à mener sur les bases.

Le coordonnateur du calcul des provisions

La directive fixe à la FA un rôle de coordonnateur du calcul des provisions. Si elle n'intervient pas directement dans ce calcul, de façon à conserver une indépendance de jugement, elle tient par contre un rôle de contrôle de second niveau. Elle doit éclairer



les dirigeants effectifs et le conseil d'administration en leur fournissant un avis sur le niveau et la solidité des provisions en normes S2.

Elle doit notamment:

- s'assurer que les méthodologies retenues sont pertinentes (par exemple le choix d'un modèle actif/passif en assurance vie, ou d'une méthode déterministe ou stochastique).
- s'assurer que les paramètres utilisés pour ces calculs sont appropriés (tables de mortalité en assurance vie, d'incapacité/invalidité en prévoyance, taux d'inflation en IARD, politique de revalorisation...).
- suivre dans le temps l'évolution des provisions prudentielles, via notamment des études de « backtesting » et un suivi des boni/mali en « Best Estimate ».

Le suivi de la politique de souscription

La FA doit produire un avis et des recommandations sur la politique de souscription et doit indiquer les éventuelles zones de fragilité. Comme dans le cas des provisions, elle n'est pas en charge du point de vue opérationnel de l'établissement des tarifs, mais intervient en second regard, permettant d'alerter les dirigeants de l'entreprise sur les règles de souscription.

Elle s'intéresse notamment au caractère adapté du tarif, au risque d'antisélection ou à la présence de concentration excessive de risques ou de risques non maitrisés dans le portefeuille. Par le regard porté sur les cotisations, la FA donne un avis sur la souscription des affaires nouvelles mais également sur les conditions de révision et de renouvellement des tarifs.

Des études de rentabilité spécifiques, dans le référentiel Solvabilité 2, permettent d'éclairer les zones de risques pour que les dirigeants effectifs puissent avoir la connaissance de leur activité.

Le suivi de la réassurance

La FA doit également émettre un avis et des recommandations sur les couvertures de réassurance. Elle s'assure que des scénarios de crise ne risquent pas de mettre en péril la solidité de l'assureur. Elle peut également émettre un avis sur l'opportunité ou le coût de certains traités de réassurance et analyser la qualité de crédit des réassureurs choisis.

La contribution au système de gestion des risques

Le RFA contribue également à la gestion des risques, de manière plus ou moins étendue selon les structures. Il veille ainsi sur les risques techniques et financiers, mais peut également être impliqué dans la gestion des risques opérationnels.

Le rapport actuariel

Au final, la FA doit être un « garde-fou » sur les différents sujets de nature actuarielle. Ce rôle se manifeste en particulier par la rédaction d'un rapport à destination du conseil d'administration, et qui vise notamment à répondre aux principales questions :

- les provisions sont-elles suffisantes ?
- le tarif est-il approprié et la stratégie de souscription pertinente ?
- la réassurance est-elle adaptée au portefeuille ?

Pour mémoire, ce rapport n'est pas envoyé automatiquement à l'ACPR, mais celle-ci peut le demander.

L'organisation de la fonction actuarielle

Les fonctions actuarielles sont en cours de déploiement chez la plupart des acteurs du marché. Les modes d'organisation varient, mais plusieurs modèles semblent émerger.

Au sein des entités d'assurance

Certains acteurs confient la responsabilité de la FA aux équipes en charge de l'actuariat opérationnel (inventaire, bureaux d'étude...). Cette solution permet à la FA d'avoir un



plein accès aux données et une excellente compréhension des calculs réalisés. A contrario, afin de garantir l'indépendance de son jugement, des processus clairs de séparation et de contrôle doivent être mis en place.

- Un autre modèle consiste à mettre en place une équipe dédiée uniquement à la fonction actuarielle, qui pourra ainsi offrir un second regard en toute indépendance. Cette solution reste néanmoins lourde, car elle nécessite de constituer une équipe actuarielle à part entière détachée de toute fonction de production.
- Un dernier modèle consiste à externaliser les travaux relatifs à la FA ou bien en soustraitant certains travaux, auprès d'un cabinet d'actuariat conseil. Dans ce schéma,
- un RAF doit être nommé en interne dans l'entreprise d'assurance. Il centralisera les

travaux effectués par les équipes du prestataire externe et devra être en capacité d'apporter son avis sur la réalisation des travaux externalisés.

Au sein des groupes d'assurance

Dans le cas des groupes, la FA doit être déployée à deux niveaux : des fonctions dites solo suivent les risques afférents à chacune des entités, quand la fonction groupe se prononce sur les politiques de souscription ou de provisionnement en vision consolidée. L'interaction entre ces deux niveaux est complexe à mettre en œuvre et plusieurs modèles peuvent être envisagés.

Dans certains groupes, les fonctions solo ont une autonomie forte et le niveau groupe fixe les normes actuarielles et consolide les travaux réalisés dans les entités solo. Dans d'autres, les FA groupe et solo sont regroupées au sein d'une même équipe rattachée au groupe.

Courbe des taux EIOPA

L'EIOPA publie tous les mois une courbe des taux sans risque utilisée pour l'actualisation des flux futurs dans le cadre de l'évaluation des provisions techniques sous le référentiel Solvabilité 2 (ou Best Estimate). Pour ce faire, une projection de l'actif et du passif est souvent nécessaire lorsqu'il existe un lien étroit entre eux. Le niveau des taux affecte à la fois les actifs (valeur de marché des obligations, rendements futurs) et les passifs (actualisation, inflation, taux technique et participations aux bénéfices). Dans la suite de cette article, la courbe des taux EIOPA fait référence à une courbe sans la correction pour volatilité (« Volatility Adjustment » ou « VA »).

Ainsi, les assureurs, surtout ceux qui supportent des risques longs, suivent particulièrement le niveau des taux sans risque. Ils sont exposés à un risque de replacement de leurs actifs : la duration de leurs obligations étant souvent inférieure à la duration de leurs passifs.

Une baisse des taux a particulièrement été remarquée entre le 31/12/2013 et le 31/12/2014. En 2015, les taux ont légèrement remonté, sauf sur les échéances courtes, sans pour autant atteindre leurs niveaux observés au 31/12/2013 (cf. figure 1).

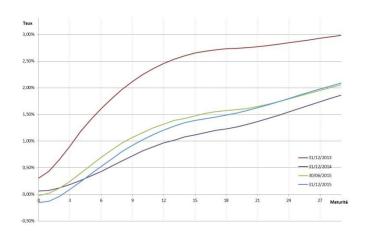


Figure 1 - Comparaison des courbes de taux spot EIOPA entre le 31/12/2013 et le

En parallèle, la figure 2 présente les « *taux forward* » de maturité 10 ans issus des courbes EIOPA entre le 31/12/2013 et le 31/12/2015. Ces taux implicites



représentent une estimation des taux de rendement des futures obligations investies au pair, de maturité 10 ans, pour chaque année future. Les rendements futurs des obligations réinvestis, estimés sur la courbe des taux au 31/12/2015, sont tout de même plus élevés que l'année précédente et ce pour chaque année future.

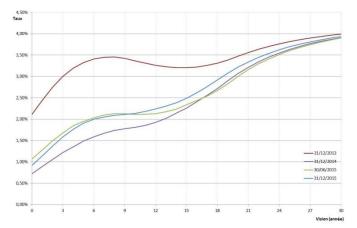


Figure 2 - Comparaison des taux forward de maturité 10 ans issus des courbes EIOPA entre le 31/12/2013 et le 31/12/2015

Lecture de la figure 2 : Une obligation de maturité 10 ans achetée au pair dans 3 ans aura un taux de rendement de 1.58%. Une obligation de maturité 10 ans achetée au pair dans 15 ans aura un taux de rendement

de 2.49%. Ces taux de rendement sont estimés à partir de la courbe des taux sans risque publiée par l'EIOPA.

Le niveau des courbes de taux doit être intégré dans la stratégie d'allocation d'actifs. La gestion d'une baisse comme d'une hausse des taux doit faire l'objet d'un travail approfondi et ce, en lien avec le risque pris. De nombreuses questions se posent par exemple :

- Faut-il favoriser un risque de spread plutôt qu'un allongement de la duration des actifs?
- Est-il préférable de maintenir des positions Action ou Actif Immobilier tout en sachant que ces stratégies sont plus consommatrices en SCR ?
- Comment s'assurer que le risque de liquidité n'est pas trop impactant ?
- Comment réviser, en fonction du niveau des taux, les règles de réinvestissement des actifs et ainsi les règles de tolérances / limites retenues par le passé par la gestion financière ?

TECHNIQUES ACTUARIELLES

REGLEMENTATION

Adaptation de la réglementation à la mise en œuvre de Solvabilité 2

Le référentiel Solvabilité 2, entré en vigueur au 1er janvier 2016, introduit un certain nombre de modifications en termes de contexte réglementaire. En effet, cette réglementation, d'origine européenne, a conduit à une modification des différents codes au niveau national, afin d'y intégrer les dispositions européennes.

En particulier, l'Autorité des Normes Comptables (ANC) a publié en novembre 2015 le Règlement N°2015-11 relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance, ces dispositions ayant été sorties des nouvelles versions des différents codes.

Ce règlement est entré en vigueur au 1er janvier 2016, en même temps que la réforme solvabilité 2. Il ne sera donc pas applicable pour les comptes 2015.

Sur le fond, pas de changement majeur puisque le transfert des prescriptions comptables qui figuraient dans les trois codes (assurance, mutualité et sécurité sociale) s'est fait à prescriptions comptables constantes, ce qui signifie que ce nouveau règlement n'entraîne aucun changement de méthode comptable.

Néanmoins, des éléments ont été précisés pour la comptabilité auxiliaire d'affectation, par exemple concernant l'euro-croissance, et la force juridique de



certains textes a évolué : d'anciens avis d'urgence du Comité National de la Comptabilité ou des recommandations de l'Autorité des Normes Comptables ou de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ont été abrogés et font maintenant directement partie du règlement, qui devrait encore évoluer en 2016 avec notamment le processus de mise à jour des tables actuarielles.

Un recueil avec les dispositions comptables qui restent dans les codes, notamment celles touchant aux droits des assurés (valeurs de rachat ou de transfert, montant des provisions mathématiques en assurance vie, règles relatives à la participation des assurés aux bénéfices) devrait être publié courant 2016.

En complément, le législateur a publié fin 2015 les décrets et arrêtés suivants :

- Le 28/12/2015, un arrêté portant adaptation des dispositions comptables du code des assurances.
- Le 30/12/2015, un décret portant adaptation du code de la mutualité et un arrêté portant adaptation du code de la sécurité sociale.

Ces textes conduisent notamment à:

- * transférer certaines dispositions du type « calcul de la participation aux bénéfices » de la partie comptable vers la partie « contrats » (livre I du code des assurances)
- supprimer ou modifier les dispositions comptables des codes suite à l'adoption du règlement ANC et au rassemblement des dispositions restantes dans le titre IV du livre III du code des assurances,
- rassembler les pouvoirs de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en matière de dérogation comptable dans l'article A. 341-1 du Code des Assurances.

Enfin, il est à souligner que beaucoup de dispositions réglementaires liées au nouveau référentiel Solvabilité 2 sont définies au niveau européen, et ne font l'objet d'aucune transposition dans les réglementations nationales. La veille réglementaire liée à ce nouveau contexte s'avère plus compliquée que par le passé.

IARD

La méthode de CART et ses applications

La segmentation du portefeuille en assurance nonvie est un des problèmes clés qui se posent aux assureurs. Par nature, un portefeuille d'assurance est hétérogène. D'un assuré à l'autre, le risque, la rentabilité, la propension à résilier peuvent varier fortement. La difficulté vient du fait que ces quantités ne sont pas directement observables.

Deux questions se posent alors :

Comment à partir des informations disponibles peut-on estimer les variables utiles à l'assureur (prime pure, rentabilité ou probabilité de résiliation) ? Pour pouvoir suivre le portefeuille, il est souvent utile de le segmenter en classes, comment définir ces classes de façon à garantir une homogénéité maximale?

Les arbres de régression, utilisés dans les techniques « Big Data » et « Machine Learning » fournissent des outils puissants permettant de répondre à ces questions. L'idée est de construire un arbre de décision qui permet, en fonction d'une liste de critères préétablis, d'affecter chaque assuré à une classe. L'objectif est de choisir les critères optimaux permettant de maximiser l'homogénéité au sein de ces classes.



Cette approche consiste à décomposer la population en deux sous-groupes, de façon à ce que chacun soit le plus homogène possible. Chacun des sous-groupes est ensuite divisé en deux parties, qui peuvent ellesmêmes être découpées en deux sous-parties... Le processus se poursuit jusqu'à ce que le fait de poursuivre le découpage n'apporte plus d'information pertinente.

À la différence d'approches paramétriques plus classiques (de type GLM par exemple), la méthode de CART ne nécessite pas le respect d'hypothèses sous-jacentes spécifiques (notamment en termes de d'indépendance entre les variables explicatives). Les résultats obtenus sont par ailleurs généralement plus simples et plus intelligibles que ceux issus des approches classiques.

La méthode de CART s'avère utile au sein des d'assurance organismes pour les analyses techniques (tarifs, provisions, suivi de sinistralités) et pour la connaissance des aussi (comportements à l'adhésion ou à la résiliation, aux rachats ou aux transferts par exemple). Autant d'applications que les équipes techniques et commerciales devraient se partager.

ASSURANCE VIE / RETRAITE

Points de divergence entre les codes pour les régimes de Branche 26 et impacts

Présentation des régimes de retraite de la branche 26

Les régimes de retraite de la branche 26 sont gérés par capitalisation et fonctionnent en points : les assurés (et/ou les employeurs) cotisent et acquièrent des droits, qui sont capitalisés, puis servis sous forme de rente viagère dès leur départ à la retraite. Les valeurs d'acquisition et de service du point sont fixées en règle générale chaque année.

Ce type de régime est soumis à de nombreux risques, notamment financiers et démographiques (risque de longévité). Dans ce contexte, l'organisme assureur doit surveiller la couverture du régime en évaluant deux provisions distinctes : la Provision Mathématique Théorique (PMT) et la Provision Technique Spéciale (PTS).

La PMT est égale à la somme de la valeur actuelle probable des rentes en cours de versement des adhérents ayant liquidé leurs droits et de la valeur actuelle probable des rentes viagères différées des cotisants ou des radiés.

La PTS, à laquelle sont affectés les produits financiers et les cotisations versées, nettes de prélèvements et de taxes, et sur laquelle sont réglées les prestations servies, est dotée chaque année par l'organisme assureur et inscrite au passif de son bilan.

Le rapport entre la PTS et la PMT est appelé « ratio de couverture ». La réglementation impose qu'il soit supérieur à 100 %.

Les provisions sont calculées sur la base de la population à la date d'évaluation et ne prennent en compte ni les évolutions démographiques, ni les rendements financiers espérés futurs. Un régime couvert aujourd'hui pourrait ne pas l'être dans les années à venir. Ainsi, le porteur de risques doit piloter le régime (de manière paritaire) afin d'assurer son équilibre sur le long terme. Pour ce faire, il dispose de différents leviers d'action dont les deux principaux sont : fixer les valeurs d'acquisition et de service annuellement et produire une allocation d'actifs en fonction des caractéristiques des adhérents et des conditions économiques et financières.

Points de divergence entre les codes et impact sur le pilotage

Ces régimes peuvent être assurés par des organismes dépendant du Code des Assurances ou



de la Mutualité. La réglementation présente une base commune mais également plusieurs points de divergence, notamment depuis la réforme du Code des Assurances intervenue en 2004. Ces différences ont un impact sur la gestion et le pilotage du régime et peuvent créer des distorsions de concurrence. Toutefois la réglementation tend à s'harmoniser.

Jusqu'au 27 octobre 2015, la définition du taux d'intérêt technique utilisé pour le calcul de la PMT différait selon le code. En effet, le Code des Assurances prévoyait un taux technique plancher de 1,5% qui n'était pas prévu dans le Code de la Mutualité. Cette spécificité s'avérait très impactante compte tenu du contexte de taux bas actuel. De ce fait, un régime pouvait se retrouver en situation de sous-couverture selon le Code de la Mutualité alors qu'il aurait été couvert selon le Code des Assurances. Un arrêté, paru le 27 octobre dernier, modifie la définition du taux technique pour les régimes relevant du Code de la Mutualité. Désormais, les régimes dépendant de ce code bénéficient également du taux plancher.

Si cet arrêté est un premier pas vers la convergence de la réglementation, il reste encore des points de divergence susceptibles d'impacter le pilotage des régimes de branche 26. La différence majeure concerne l'évolution de la valeur de service. En effet. lorsqu'un régime présente un taux de couverture inférieur à 100 %, le Code de la Mutualité autorise la baisse de la valeur de service. Ce n'est pas le cas du Code des Assurances. En cas de sous-couverture, ce dernier impose la constitution de la Provision Technique Spéciale Complémentaire (PTSC) en affectant des actifs des fonds propres au régime de retraite. Ainsi, lorsque le régime est en bonne santé, les mutuelles ont plus de souplesse pour revaloriser la valeur de service du point de retraite puisqu'elles pourraient la diminuer à nouveau dans le cas où la situation du régime viendrait à se dégrader sérieusement. Il est plus risqué de le réévaluer pour les compagnies d'assurance, toute revalorisation étant définitive.

Par ailleurs, la formule de calcul de la PTS varie selon le code auquel le régime est soumis (existence d'un compte de participation aux bénéfices sous le Code des Assurances, ce qui n'est pas le cas sous le Code de la Mutualité). Cette différence peut s'observe notamment dès que les frais financiers et les frais sur les actifs gérés dépassent un certain seuil puisque le Code des Assurances limite les frais à 15 % des produits financiers. Ainsi, en utilisant un taux technique identique pour calculer les provisions mathématiques théoriques, le taux de couverture sera, toutes choses égales par ailleurs, plus élevé sous le Code des Assurances.

Critère de divergence	Code de la Mutualité	Code des Assurances
Compte de PB	Non	Oui
Produits financiers affectés à la PTS	100 % des produits financiers	Solde du compte de PB (au moins 85 % des produits financiers)
Taux d'intérêt technique	1,5% si ce taux est inférieur à la valeur moyenne, au cours des trois derniers	1,5% si ce taux est inférieur à la valeur moyenne, au cours des
plancher	exercices, du taux de rendement réel des actifs	deux derniers exercices, du taux de rendement réel des actifs
Baisse de la valeur de service	Autorisée	Non autorisée
Valeur d'acquisition par âge	Non explicitement autorisée	Autorisée
Rendement technique	Le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition d'une rente sans réversion payable à soixante-cinq ans doit être au moins égal à 0,05. Dans les autres cas, il est procédé à une équivalence actuarielle	Non précisé
Insuffisance de couverture	Conversion si insuffisance pendant deux exercices successifs	Constitution de la PTSC



Tables d'expérience sous Solvabilité II

Dans le cadre de l'évaluation Best Estimate des provisions techniques prévue par la directive Solvabilité II, le choix des hypothèses de projection est essentiel. Pour un assureur Vie, les hypothèses de mortalité déterminent de manière significative le montant du Best Estimate tant pour les prestations garanties que pour les prestations issues des participations aux bénéfices. Concernant les risques de souscription, les assureurs proposant des contrats de retraite et d'assurance vie sont notamment soumis au risque de longévité.

C'est dans cette optique qu'intervient la construction d'une table de mortalité d'expérience puis son suivi régulier. En effet, une table de mortalité d'expérience permet de respecter les exigences d'évaluation Best Estimate : la proximité du modèle avec les observations dans le temps, et donc le suivi du risque, permet de garantir la pérennité de la justesse de la loi d'expérience.

Les modèles de construction de table d'expérience sont nombreux et variés. Deux approches sont alors possibles. Les modèles intrinsèques type «Lee Carter » ou « Log Poisson » peuvent être envisagés l'assureur souhaite exploiter **lorsque** que uniquement l'information contenue dans données. Les modèles utilisant une référence exogène type « modèle de Brass » permettent de positionner la mortalité du portefeuille sur la mortalité d'un groupe de référence. Le choix du modèle dépend avant tout de la quantité et de la qualité des données disponibles aussi bien en termes d'individus que de variables. Une fois la table construite, le suivi de la pertinence de la table d'expérience permet de garantir l'utilisation d'hypothèses « Best Estimate ». Les méthodes de « backtesting » (test de la loi d'expérience a posteriori) et de « monitoring » (contrôle et surveillance réguliers de la loi d'expérience) interviennent alors lorsque l'assureur souhaite suivre la loi d'expérience de manière régulière.

L'Institut des Actuaires propose une documentation technique à disposition des actuaires désireux de construire leur de mortalité propre table d'expérience. Ces documents fournissent également un certain nombre de tests de backtesting. Outre les tests classiques, la mise en œuvre de tests séquentiels est intéressante pour l'assureur si celuici dispose d'un flux de données suffisamment régulier et que la vitesse de renouvellement de son portefeuille est assez élevée. Les tests séquentiels visent à évaluer la pertinence de la loi d'expérience utilisée par rapport à la mortalité observée en temps réel. Enfin, si l'assureur observe une augmentation de la segmentation de son portefeuille d'assurés alors un suivi de l'hétérogénéité est nécessaire.

L'ensemble des tests et critères de validation pouvant être mis en place au cours du temps constituent des indicateurs de suivi du risque de longévité/mortalité. Ils permettent à l'assureur de déterminer en temps réel le moment où la table de mortalité d'expérience n'est plus cohérente avec les données observées et n'est donc plus « Best Estimate ». Lorsque la loi d'expérience est rejetée, l'assureur peut alors faire le choix de réviser la table d'expérience (ajustement des paramètres du modèle) ou bien de construire une nouvelle table en considérant les données supplémentaires disponibles.

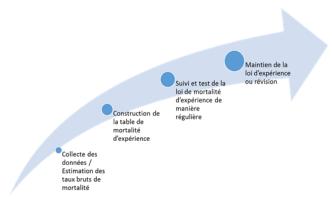


Figure 1 – Processus de mise en place et de maintien d'une table d'expérience



La directive Solvabilité II ne prévoit pas de certification des tables d'expérience (à l'instar des dispositions réglementaires françaises pour les provisions comptables) pour l'estimation du Best Estimate. Néanmoins, l'assureur doit être en mesure de respecter de fortes exigences explicitées dans les articles 77 et 264 de la directive relatifs aux

hypothèses sous-jacentes pour le calcul et la validation du Best Estimate. De plus, le rapport actuariel doit valider l'ensemble des hypothèses : le tenant de la fonction actuarielle doit être en mesure de justifier de la pertinence de l'utilisation de chacune d'entre elles.

A propos de GALEA & Associés

GALEA & Associés, cabinet d'Actuaires Conseil, accompagne les entreprises et les organismes d'assurances dans leur gestion des risques et le suivi des régimes de protection sociale (prévoyance, frais de santé, retraite et épargne salariale).

Les services proposés répondent aussi bien à des problématiques stratégiques (réformes de régimes, fusions/acquisitions, création de nouvelles activités, etc.) qu'à des besoins opérationnels (assistance technique sur les tarifs, les provisions, assistance pour répondre aux besoins réglementaires, etc.).

Les consultants du cabinet interviennent dans ces domaines depuis plus de 20 ans et accompagnent tous types d'organismes d'assurance. Ils ont développé une expertise particulière dans le projet Solvabilité 2, en recherchant à allier solutions pragmatiques et recherche et développement.

www.galea-associes.eu

01 43 22 11 11

Les consultants de GALEA & Associés partagent aussi leur expertise et leurs retours d'expérience avec vous. Ils pratiquent une veille pédagogique permanente et vous accompagnent dans vos projets de formation.

Intervention prévue :

Matinale Galea: Optimiser son Ratio de Solvabilité, le 11 février 2016 avec la participation de SCOR

Prochaines formations FAA

- 22 mars 2016 : Gestion des Risques et utilisation de l'ORSA comme outil de Management
- Mars / Avril : La Fonction Actuarielle sous Solvabilité 2
- Mars / Avril : La Fonction Gestion de Risques sous Solvabilité 2
- 10 mai 2016 : Approche Bilancielle Multi-Normes : Solvabilité 2 / IFRS / MCEV
- 19 & 20 mai 2016 : Les exigences de reporting sous Solvabilité 2. Panorama & Utilisation des nouveaux Etats

Catalogue de Formations & Programmes complets

www.faa-formation.com

01 42 61 24 25

Cette lettre a été réalisée grâce à la contribution de Romain BOYER CHAMMARD, Florence CHIU, Nathanael COGREL, Edouard COHEN, Cindy CORNUAILLE ,Valérie DEPPE, Léonard FONTAINE, Florian MAITRE, Fabien PERRUCOT et Mélissande SANCHEZ.

Les articles et opinions contenus dans cette lettre d'actualité sont fournis à titre d'information générale. Nous recommandons qu'aucune décision ne soit prise sur la base de ce seul document, sans échanges préalables avec les équipes de GALEA & Associés.

Par ailleurs, nous vous prions de nous excuser par avance pour toute erreur qui pourrait s'être glissée dans le document et vous invitons à nous le signaler.

