

LES INTERVENANTS

LES INTERMÉDIAIRES

Afin de mettre en œuvre un régime et de sélectionner un organisme assureur, les entreprises peuvent faire appel à un intermédiaire.

Est un intermédiaire d'assurance ou de réassurance toute personne qui, contre rémunération, exerce une activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance.

Il existe trois catégories d'intermédiaires : les courtiers en assurances, les agents d'assurances, les consultants.

COURTIERS EN ASSURANCES

Les courtiers peuvent exercer en profession libérale ou en société de courtage. Ils sont mandataires de l'entreprise (et donc totalement indépendants à l'égard des organismes assureurs). Leur statut est réglementé par le Code des assurances.

Leur rôle consiste, à la demande de l'entreprise, à rédiger un cahier des charges comportant les garanties et niveaux de garanties souhaités, puis à saisir des sociétés d'assurances pour étudier et mettre en place un contrat.

Ils peuvent, également, une fois le régime mis en place, assumer tout ou partie de sa gestion, par délégation de l'assureur.

Exemple

Gestion et règlement des sinistres en matière de remboursement de frais médicaux.

Les courtiers développent de plus en plus un service d'assistance aux entreprises dans la maîtrise des dépenses de santé, notamment grâce à l'embauche de praticiens-conseils ou à la mise en place de conseils téléphoniques aux assurés.

Les courtiers sont rémunérés par l'assureur :

- à la fois pour leur travail sur la mise en place du contrat et la recherche de l'assurance : commission d'apport déterminée en général en pourcentage du montant des cotisations payées ;
- ainsi que pour leur travail de gestion : commission de gestion également calculée en pourcentage des cotisations payées à l'assureur.

Les institutions de prévoyance et les mutuelles ne peuvent réglementairement distribuer leurs produits par l'intermédiaire de courtiers et doivent donc obligatoirement travailler "en direct".

Seules, les compagnies d'assurances sont autorisées à utiliser des intermédiaires.

Devoir de conseil des intermédiaires : Entre loi et jurisprudence, où en est la réglementation ?

Harmonisée et formalisée par la loi du 15 décembre 2005, le devoir de conseil des intermédiaires reste largement guidé par la jurisprudence antérieure. Tour d'horizon de ces obligations, qui conduisent l'intermédiaire à tout savoir, ou presque, sur son futur client...

L'obligation de conseil des intermédiaires ne date pas d'hier. Créé par les tribunaux, le devoir de conseil est issu du droit commun des contrats et fondé principalement sur les articles 1134, 1135, et 1147 du Code civil. La jurisprudence relative à l'obligation de conseil liée au statut professionnel de l'un des contractants, s'est développée autour de chaque métier, son contenu se précisant au cas par cas. Le premier arrêt concernant les intermédiaires remonte à 1964 (Civ. 1^{re}, 10 novembre 1964, pourvoi n° 62-13411) : « Le courtier doit être un guide sûr et un conseil expérimenté. » Aussi large que célèbre, la formule a laissé place à beaucoup d'interprétations et d'hétérogénéité. Ce qui a laissé la profession dans l'incertitude quant à la forme que le devoir de conseil devait revêtir, se révélant source de conflits.

En créant une obligation d'information et de conseil propre aux intermédiaires, l'objectif de la loi du 15 décembre 2005 était de formaliser le devoir de conseil pour en diminuer le contentieux. L'idée était d'en harmoniser les formes pour créer un socle commun à tous les intermédiaires. C'est ce que précise l'article L. 520-1 du Code des assurances en prévoyant « une obligation d'information et de conseil » générale s'appliquant à tous les contrats (excepté les grands risques et la réassurance). Ces dispositions ont ensuite été étendues aux contrats d'assurance vie et de capitalisation par l'ordonnance du 30 janvier 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010.

Pour l'intermédiaire, le devoir de conseil se décline en trois étapes : se présenter, puis écouter et reformuler les besoins du client, et, enfin, se justifier sur le ou les contrats qu'il propose. Le tout par écrit, de manière claire et avant la conclusion du contrat. Ainsi, l'intermédiaire doit tout mettre en œuvre pour fournir un conseil approprié à la situation de son client et lui proposer un contrat « adapté »..

UN VRAI CAHIER DES CHARGES

La loi de 2005 impose donc tout d'abord au courtier de se positionner à l'égard du fournisseur : est-il indépendant, pour qui travaille-t-il, quels sont ses liens avec les assureurs, quelle est la taille de sa structure, et, dans certains cas, quelle est sa rémunération ? L'objectif est d'établir une relation de confiance entre le client et son courtier fondée sur la transparence.

L'intermédiaire doit ensuite recueillir toutes les informations nécessaires sur le client pour appréhender au mieux ses besoins, poser les « bonnes questions » pour amener son client à exprimer clairement la nature et l'ampleur du risque. Le conseil dépend souvent de la nature du produit (dommages, vie), de sa complexité (risques d'entreprise...), sans oublier la situation personnelle du client. Il s'agit ni plus ni moins que de rédiger un cahier des charges.

ÉCRIT OBLIGATOIRE, SANS VALEUR PROBATOIRE

Au vu des besoins du client, et seulement après les avoir reformulés par écrit, l'intermédiaire peut proposer un ou plusieurs contrats d'assurance. Il devra indiquer s'il a analysé l'ensemble du marché ou s'il s'est contenté d'une étude plus restreinte. Le tout, là encore, par écrit. Il s'agit d'orienter le client vers les bonnes opportunités, au mieux de ses intérêts.

Finalement, faut-il conclure ou non ? En théorie, chaque prestation de conseil est unique. En pratique, la plupart des sociétés de courtage mettent à disposition de leurs collaborateurs des « lettres de mission », appelées aussi « recueil de besoins ». Plus ce dernier est détaillé, moins l'intermédiaire prend le risque d'engager sa responsabilité. L'exercice est parfois difficile, car il impose au courtier de s'immiscer dans la vie personnelle de son client, notamment en matière d'assurance vie, pour laquelle les questions sont parfois à la limite de l'indiscrétion (situation familiale, profession, patrimoine immobilier, crédits en cours, état de santé, etc.).

Au regard de l'impact des décisions prises, l'obligation de conseil subsiste durant l'exécution du contrat, voire après la réalisation du sinistre. D'ailleurs, il est conseillé de toujours vérifier « l'adéquation du contrat » avec la situation de l'assuré à chaque renouvellement, ou reconduction éventuelle.

L'obligation de conseil est une obligation de moyens. En cas de litige, le courtier devra prouver, qu'il a, par écrit, su reformuler les exigences de son client et amené le souscripteur éventuel à exprimer clairement ses besoins. A priori, l'écrit est une modalité obligatoire d'exécution du devoir de conseil, mais pas la règle de preuve. Autrement dit, l'écrit ne devrait pas suffire à prouver l'exécution du devoir de conseil. La jurisprudence ne s'est pas encore prononcée sur ce point. Ni même sur d'autres aspects de la loi qui restent encore très flous, notamment la notion de contrat « adapté ». Il est encore trop tôt pour estimer l'impact jurisprudentiel de la loi de 2005, dans la mesure où elle ne s'applique qu'aux contrats conclus ou renouvelés à partir du 30 avril 2007. La jurisprudence antérieure (article L. 511-1 du Code des assurances) conserve donc toute sa valeur.

Argus de l'Assurance, Emmanuelle Bernard - le 20 septembre 2011

L'OBLIGATION DE MISE EN GARDE

Depuis le 1^{er} janvier 2010, l'intermédiaire en assurances doit mettre en garde l'éventuel souscripteur d'un contrat d'assurance vie ou d'autres produits d'épargne (mentionnés aux articles L. 132-5-3, et 441-1 du Code des assurances) s'il ne lui apporte pas toutes les informations demandées. Il doit également vérifier les connaissances et l'expérience du souscripteur en matière financière. Enfin, il a obligation de préciser les besoins du souscripteur et les raisons qui motivent le conseil de souscrire ce contrat en particulier. La mise en garde est effectuée avant la conclusion du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article L. 520-1 du Code des assurances créé par l'ordonnance du 30 janvier 2009

LES CONTRATS À DISTANCE N'ÉCHAPPENT PAS À LA RÈGLE

En cas de commercialisation à distance, le conseil reste obligatoire avant la conclusion du contrat, mais il peut être apporté oralement. Ensuite, les informations recueillies devront être, « sitôt le contrat conclu, communiquées au souscripteur sur support papier ou tout autre support durable ». Tous les contrats sont concernés, sauf les contrats d'assurance automobile, de courte durée ou exécutés pendant l'écoulement du délai de renonciation. Les dispositions applicables sont les articles L. 112-2-1, R. 520-2, R. 112-4, R. 112-5 du Code des assurances et L. 121-20-8 du Code de la consommation.

AGENTS D'ASSURANCES

Les agents sont les mandataires de la Compagnie d'assurances qu'ils représentent et ne peuvent donc proposer que les produits de cette compagnie.

Ils sont rémunérés de la même façon que les courtiers ; ils peuvent, en outre, être globalement intéressés par l'assureur aux résultats de l'ensemble des contrats de prévoyance gérés par cette compagnie.

Leur statut est également réglementé par le Code des assurances.

L'obligation de conseil est d'origine jurisprudentielle. L'erreur ou le défaut d'information de l'agent à l'égard de ses clients engage la responsabilité de la compagnie d'assurance. Celle-ci peut ensuite se retourner en responsabilité contre son agent, pour faute dans l'exécution de son mandat.

Pour leur activité d'intermédiation, l'employeur ou mandant est civilement responsable, dans les termes de l'article 1384 du Code civil, du dommage causé par la faute, l'imprudence ou la négligence de ses employés ou mandataires agissant en cette qualité, lesquels sont considérés comme des préposés, nonobstant toute convention contraire.

Article L. 511-1 du Code des assurances

CONSULTANTS

Les consultants exercent, soit en profession libérale, soit en société, pour :

- rédiger le cahier des charges ;
- étudier le régime de prévoyance ;
- et aider l'entreprise à sélectionner l'organisme assureur.

Ces consultants ne sont mandataires que de l'entreprise (leur client) et sont directement rémunérés par elle, sur honoraires.

De la même façon que pour l'organisme assureur, rappelons que la loi du 8 août 1994 prévoit que, si l'intermédiaire est désigné dans le régime de prévoyance, son choix doit être réexaminé tous les 5 ans.

INTERMÉDIAIRE MUTUALISTE

Mutuelle ou union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité présentant, en application d'un contrat collectif, des garanties dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste.

Article L. 221-3 du Code de la mutualité

Une mutuelle ou une union, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, peut faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

Pour ce faire elle peut souscrire un contrat collectif auprès d'une :

- mutuelle ou d'une union ;
- institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ;
- entreprise relevant du Code des assurances.

La décision doit tout d'abord être adoptée par le conseil d'administration puis être ratifiée par l'assemblée générale du groupement.

La convention qui est alors passée entre les organismes assureurs détermine les droits et obligations respectifs des mutuelles et des unions concernées et, notamment, les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les dispositions du titre II "opérations des mutuelles et des unions" du livre II du Code de la mutualité, relatives à l'information des membres participants ainsi que du groupement souscripteur.

Article L. 221-1 à L. 22-1 du Code de la mutualité

À l'issue, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat collectif souscrit par la mutuelle ou l'union, sont tenus de s'y affilier.

La directive européenne 2002/92/EC relative à l'intermédiation en assurance devrait bientôt être transposée en droit interne.

UN NOUVEAU CADRE JURIDIQUE POUR LES INTERMÉDIAIRES

Les intermédiaires d'assurance bénéficient d'un nouveau cadre juridique. Ils devront, par ailleurs, être inscrits sur le registre des intermédiaires en assurance prévu à l'article L. 512-1 du Code des assurances et mis en place à compter du 31 janvier 2007. Il sera librement consultable par le public à l'adresse : www.orias.fr

La mise en ligne du registre permettra d'améliorer l'information du public sur les personnes qui distribuent contre rémunération les produits élaborés par les entreprises d'assurance, comme le prévoyait la directive européenne du 9 décembre 2002 relative à l'intermédiation des assurances.

Le registre des intermédiaires en assurance

Le registre recensera l'ensemble des intermédiaires d'assurance (personnes physiques ou morales autorisées à exercer l'activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance en France) qui seront inscrits dans l'une des catégories suivantes : courtier d'assurance, agent général d'assurance, mandataire d'assurance, mandataire d'intermédiaire d'assurance.

Il mentionnera également les intermédiaires d'autres États européens qui ont fait connaître leur l'intention d'exercer sur le territoire français en régime de libre prestation de services ou de libre établissement.

Cette inscription ne concerne pas les personnes salariées d'un intermédiaire : seul leur employeur est immatriculé.

L'inscription sur le registre atteste que ces personnes remplissent les conditions et exigences prévues par le code des assurances, en conformité avec le droit européen, pour pratiquer cette activité.

Le rôle de ORIAS

L'ensemble de ces conditions et exigences est vérifié par l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) préalablement à l'immatriculation de l'intermédiaire sur le registre et à toute inscription complémentaire dans une autre catégorie d'intermédiaires.

Le registre est tenu, pour le compte de l'État, par une association composée des organismes représentatifs des professions concernées et dénommée Orias (Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance).

Par ailleurs, ORIAS vérifiera annuellement le respect de l'exigence fait aux intermédiaires de justifier d'une assurance de responsabilité civile professionnelle et/ou d'une garantie financière.

L'immatriculation sur le registre est obligatoire. Les intermédiaires disposent d'un délai de trois mois à compter de la date de mise en place du registre pour s'immatriculer.

Toutefois, les courtiers qui étaient inscrits dans l'ancien fichier de l'Alca (Association de la liste des courtiers en assurance) sont inscrits automatiquement dès lors qu'ils satisfont aux exigences requises. Pour les agents généraux d'assurance, les mandataires d'assurance et les mandataires d'intermédiaires, les formalités d'immatriculation pourront être accomplies par la personne physique ou morale mandante. Les dossiers d'immatriculation peuvent être téléchargés directement sur le site de l'Orias.

GÉNÉRALITÉS

Le terme organisme assureur désigne tout groupement relevant du livre II du Code de la mutualité, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ou par l'article L. 727-2 du Code rural, ou entreprise d'assurance ou de réassurance régie par le Code des assurances, ainsi que les entreprises d'assurance et de réassurance dont le siège est situé hors de France.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L. 322-1, L. 322-26-1 et R. 322-5 et suivants du Code des assurances ;
- Articles L. 931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;
- Article L. 727-2 du Code rural ;
- Articles L. 111-1 et L. 212-7-1 6e du Code de la mutualité.

LES ORGANISMES HABILITÉS

Suivant les directives n° 73/239/CE, 79/267/CE et 2002/83/CE, la France n'accorde la qualité d'organisme assureur qu'aux trois catégories suivantes :

- les sociétés d'assurance (anonymes et mutuelles) ;
- les mutuelles ;
- les institutions de prévoyance.

Les organismes assureur disposent d'un agrément administratif octroyé par branche d'activité (contrôle a priori). L'État exerce un contrôle des assureurs par l'intermédiaire d'une commission unique et indépendante : l'Autorité de Contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM).

L'ACAM veille à ce que les entités soumises à son contrôle respectent les dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables et les engagements contractuels qui les lient à leurs assurés ou adhérents. Elle s'assure que les entreprises d'assurance, que les mutuelles et les institutions de prévoyance sont en mesure de tenir à tout moment les engagements qu'elles ont contractés envers les assurés ou adhérents.

Tout exercice irrégulier du métier d'assureur engage la responsabilité pénale de son auteur (personne morale ou physique).

DÉFINITIONS

Société anonyme d'assurance : société commerciale constituée sous la forme de société anonyme de droit commun et dotée d'un capital social. Elle garantit ses assurés contre certains risques (assurances de personnes ou de biens) en contrepartie du versement d'une prime.

Société d'assurance mutuelle : personne morale ayant un objet non commercial et fonctionnant sans capital social. Elle couvre les risques apportés par les sociétaires. Moyennant le paiement d'une cotisation fixe ou variable (sauf opération vie ou de capitalisation), elle garantit à ces derniers le règlement intégral des engagements qu'elle contracte.

Mutuelle : personne morale de droit privé à but non lucratif, immatriculée au Registre national des mutuelles et soumise aux dispositions du Code de la mutualité. Elle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts.

Institution de prévoyance : personne morale de droit privé à but non lucratif, administrée paritairement par des membres adhérents (entreprises) et des membres participants (assurés). Elle est constituée sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés, ou par accord entre des membres adhérents et des membres participants réunis à cet effet en assemblée générale.

LES ORGANISMES HABILITÉS À METTRE EN ŒUVRE LES OPÉRATIONS DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRES

Aux termes de la Loi du 8 août 1994, sont habilitées à mettre en œuvre les opérations de prévoyance complémentaire :

- les entreprises régies par le Code des assurances ;
- les institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale ;
- les institutions de prévoyance relevant du Code rural ;
- les mutuelles relevant du Code de la mutualité.

Les différents organismes assureurs ne peuvent commencer ou étendre le champ de leurs activités qu'après avoir été préalablement agréés par l'autorité administrative dont ils relèvent.

Les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles ont des modes de fonctionnement et de contrôle très similaires, voire identiques sur de nombreux points.

L'objectif de la réglementation est d'ailleurs d'harmoniser totalement les modalités de fonctionnement de ces différents d'organismes assureurs.

Ainsi, par exemple, les compagnies d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles ont-elles l'obligation de constituer une marge de solvabilité, qui assure à leurs assurés et membres participants que leurs engagements seront tenus.

ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE

- Décret n° 2005-1266 du 7 octobre 2005 relatif à la surveillance complémentaire des mutuelles ou des unions de mutuelles appartenant à un conglomerat financier et modifiant le code de la mutualité (partie réglementaire) ;
- Décret n° 2005-1267 du 7 octobre 2005 relatif à la surveillance complémentaire des institutions de prévoyance ou des unions d'institutions de prévoyance appartenant à un conglomerat financier et modifiant le code de la Sécurité sociale (partie réglementaire) ;
- Décret n° 2005-1146 du 8 septembre 2005 relatif à l'utilisation des instruments financiers à terme et à la comptabilisation des obligations indexées sur l'inflation par les institutions de prévoyance et modifiant le code de la Sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) ;
- Décret n° 2005-1703 du 29 décembre 2005 modifiant l'article 22 du décret n° 2005-875 du 25 juillet 2005 portant modification des dispositions du code des assurances relatives aux règles de dispersion pour la représentation des engagements réglementés et aux règles d'investissement des contrats se référant à des unités de compte et modifiant le décret n° 89-623 du 6 septembre 1989 pris en application de la loi n° 88-1201 du 23 décembre 1988 relative aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières et portant création des fonds communs de créances ;
- Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance ;
- Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le code de la Sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) ;
- Décret n° 2005-1185 du 19 septembre 2005 relatif à la surveillance complémentaire des entreprises d'assurance appartenant à un conglomerat financier et modifiant le code des assurances (partie réglementaire) ;
- Décret n° 2005-952 du 9 août 2005 relatif au calcul de la marge de solvabilité ajustée des entreprises d'assurance et modifiant le code des assurances (partie réglementaire) ;
- Décret n° 2005-875 du 25 juillet 2005 portant modification des dispositions du code des assurances relatives aux règles de dispersion pour la représentation des engagements réglementés et aux règles d'investissement des contrats se référant à des unités de compte et modifiant le décret n° 89-623 du 6 septembre 1989 pris en application de la loi n° 88-1201 du 23 décembre 1988 relative aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières et portant création des fonds communs de créances ;
- Ordonnance n° 2005-861 du 28 juillet 2005 relative à l'établissement des comptes consolidés des entreprises d'assurance et des établissements de crédit ;
- Décret n° 2005-641 du 31 mai 2005 portant modification de certaines dispositions du code des assurances relatives aux éléments constitutifs de la marge de solvabilité ;

- Décret n° 2005-327 du 31 mars 2005 relatif au fonds paritaire de garantie des institutions de prévoyance et modifiant le Code de la Sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) ;
- Décret n° 2005-245 du 14 mars 2005 relatif à la surveillance complémentaire des institutions de prévoyance et modifiant le Code de la Sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) ;
- Décret n° 2005-8 du 5 janvier 2005 portant transposition de la directive n° 2001/17/CE du Parlement européen et du Conseil concernant l'assainissement et la liquidation des entreprises d'assurance et modifiant le Code des assurances, le Code de la mutualité et le Code de la Sécurité sociale (partie réglementaire) ;
- Décret n° 2004-1546 du 30 décembre 2004 pris pour l'application des articles 83, 154 bis, 154 bis-0 A et 163 quater viciés du Code général des impôts relatif à la déduction des cotisations de retraite et de prévoyance et des cotisations versées au titre de l'épargne retraite et modifiant l'annexe III à ce code ;
- Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004 ;
- Ordonnance n° 2004-1201 du 12 novembre 2004 relative à la surveillance complémentaire des établissements de crédit, des entreprises d'assurance et des entreprises d'investissement appartenant à un conglomerat financier ;
- Avis de la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance fixant pour l'année 2004 la date limite de versement de la contribution pour frais de contrôle ;
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;
- Décret n° 2004-693 du 15 juillet 2004 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance et modifiant le Code des assurances (partie Réglementaire), le Code de la Sécurité sociale (partie Réglementaire) et le Code de la mutualité (partie Réglementaire) ;
- Décret n° 2004-487 du 28 mai 2004 relatif aux règles prudentielles applicables aux institutions de prévoyance et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation et à la provision pour risque d'exigibilité ;
- Loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003) ;
- Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;
- Loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003 de Sécurité financière ;
- Décret n° 2002-360 du 14 mars 2002 relatif à la surveillance complémentaire des entreprises d'assurance faisant partie d'un groupe d'assurance et modifiant le Code des assurances

- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2001-767 du 29 août 2001 portant transposition de la directive 98/78/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 sur la surveillance complémentaire des entreprises d'assurance faisant partie d'un groupe d'assurance et modifiant le Code de la Sécurité sociale et le Code de la mutualité ;
- Ordonnance n° 2001-767 du 29 août 2001 portant transposition de la directive 98/78/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 sur la surveillance complémentaire des entreprises d'assurance faisant partie d'un groupe d'assurance et modifiant le Code de la Sécurité sociale et le Code de la mutualité ;
- Ordonnance n° 2001-766 du 29 août 2001 portant transposition de directives communautaires et adaptation au droit communautaire en matière économique et financière ;
- Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 relative au Code de la mutualité et transposant les directives 92/49/CEE et 92/96/CEE du Conseil des 18 juin et 10 novembre 1992 ;
- Règlement n° 2000-05 du 7 décembre 2000 relatif aux règles de consolidation et de combinaison des entreprises régies par le Code des assurances et des institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale ou par le Code rural.

La loi n° 2001-1 du 3 janvier 2001 (JO du 4 janvier 2001, p. 93) habilite le gouvernement à transposer par ordonnances des directives communautaires, et notamment celles prévoyant la réforme du Code de la mutualité.

Le Code de la mutualité est réformé et refondu totalement en 5 livres :

■ **Livre I (nouveau)**

Définit l'objet des mutuelles, unions et fédérations de mutuelles, et pose les règles générales qui leur sont applicables.

■ **Livre II (nouveau)**

Concerne les mutuelles et unions qui pratiquent des opérations d'assurance et de capitalisation.

■ **Livre III (nouveau)**

Régit les mutuelles et unions qui réalisent des opérations de prévention et gèrent des réalisations sanitaires et sociales.

■ **Livre IV (nouveau)**

Traite des relations avec l'État et les autres collectivités publiques.

Crée un fonds de garantie qui a vocation à intervenir subsidiairement aux fonds de garantie qui seraient mis en place par les fédérations.

■ Livre V (nouveau)

Traite du contrôle et des sanctions des mutuelles.

Des structures mutualisées distinctes devront être créées pour arbitrer les activités d'assurance et les œuvres sociales.

Il est donc vraisemblable que les mutuelles d'entreprises devront se regrouper en mutuelles professionnelles (par branche d'activité), pour éviter de générer des coûts de structure trop importants.

Modification de la fiscalité

Les mutuelles sont désormais soumises à la TVA, à l'impôt sur les sociétés et à la taxe professionnelle, dont elles étaient exonérées auparavant.

Elles sont également soumises à la taxe sur les contrats d'assurance (9 % sur les contrats IARD et 7 % sur les contrats maladie).

Instruction fiscale du 21 octobre 2002 - BOi-71-2-0 n° 181

Article L. 510-1 du Code de la mutualité

(Loi n° 2003-706 du 1 août 2003 art. 33 II 1° Journal Officiel du 2 août 2003)

“Le contrôle de l'État sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le présent code est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance instituée à l'article L. 310-12 du Code des assurances.”

Loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 - article 74 Journal Officiel du 10 décembre 2004

Rémunération des intermédiaires

Les mutuelles ont désormais la possibilité de rémunérer les courtiers.

ORGANISMES ASSUREURS ÉTRANGERS

Pour ce qui concerne les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance, l'ensemble des règles techniques et financières qui figure dans les troisièmes directives européennes de 1992 a été transposé dans le Code de la Sécurité sociale et dans le Code des assurances.

De ce fait, une entreprise peut assurer une couverture de prévoyance complémentaire auprès d'entreprises d'assurance étrangères ayant leur siège social dans un État membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Économique Européen, soit auprès du siège social de l'entreprise d'assurance (du fait de la libre prestation de services autorisée par les directives européennes), soit auprès d'un établissement que cette société étrangère aura implanté en France.