

# Risques

Les cahiers de l'assurance

## ■ Comment organiser la lutte contre le cancer ?

David Khayat

## ■ Où en est la réassurance dans le monde, notamment en Europe ?

Jean Alisse  
Pascal Bied-Charreton  
Arnaud Chneiweiss  
Emmanuel Dubreuil  
Patrice Forget  
François Fouques  
Guillaume Gorge  
Christian Herzog  
Luc Malâtre  
Thierry Masquelier  
Jean-Marie Nessi  
Philippe Renault  
Guy Soussan  
Daniel Zajdenweber

## ■ Chroniques

Gilles Bénéplanc  
Pascal Bied-Charreton  
Georges Durry  
Pierre Martin

## ■ Études et livres

Philippe Baillot  
Mathieu Baratas  
Alexandre Brun  
Stéphan Marette  
Manuel Plisson  
Guy-Antoine de la Rochefoucauld

## ■ Risques santé : quelles techniques d'assurances ?

Didier Bazzocchi  
Pierre-Denis Champvillard  
Jean-Claude Chollet  
Romain Durand  
Alain Etchegoyen  
Marie-Ève Joël  
Jérôme Kullmann  
Jean-Marc Leverrier  
Gérard de La Martinière  
Mathias Matallah



n° 62 ■ Avril-Juin 2005

SEDDITA



# Risques

Les cahiers de l'assurance

n° 62

Avril - Juin 2005

SEDDITA - 2005

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication – Code de la Propriété intellectuelle – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris.

## Comité editorial

---

Jean-Hervé Lorenzi

*Directeur de la rédaction*

Pierre Bollon

*Chroniques, études et livres*

Robert Leblanc

*Société*

Jean-Charles Simon

*Techniques*

Philippe Trainar

*Analyses*

Jean-Marc Boyer   Anne Morrier   François Ewald   André Renaudin

Joëlle Rolland

*Secrétaire de rédaction*

## Comité scientifique

---

Mathieu Baratas, Michèle Barzach, Bernard Beignier, Gilles Bénéplanc, Jean Berthon,  
Michel Bisch, Dominique Bourg, Marc Bruschi, Monique Canto-Sperber, Bernard Caron,  
Philippe Casson, Françoise Chapuisat, Jacques Chevalier, Pierre-André Chiappori, Michèle Cohen,  
Georges Dionne, Patrice Duran, Georges Durry, Louis Eeckhoudt, Karl-Théodor Eisele, Didier Folus,  
Jean-Guy Fontaine, Claude Gilbert, Christian Gollier, Gérard Grunberg, Bernard Guillochon,  
Jean-Paul Hautier, Sylvie Hennion-Moreau, Dominique Henri  t, Christian Hess, Vincent Heuzé,  
Jean-Pierre Indjehagopian, Pierre Jacquet, Gilles Johanet, Dominique de La Garanderie,  
Gérard de La Martinière, Georges Labroye, Pierre-Marie Larnac, Daniel Laurent, Jean-Paul Laurent,  
Hervé Le Borgne, Claude Le Pen, Laurent Leveneur, Olivier Mareuse, Luc Mayaux,  
Jean-Christophe Meyfredi, Erwann Michel-Kerjan, Stéphane Mottet, Michel Mougeot,  
Bertrand Munier, Yves Negro, Véronique Nicolas, Olivier Oger, Carlos Pardo, Jacques Pelletan,  
Pierre Pestieau, Pierre Petauton, Pierre Picard, Manuel Plisson, Bruce Roger,  
Christophe Roux-Dufort, Christian Schmidt, Olivier Sorba, Didier Sornette, Charles Tapiero,  
Patrick Thourot, Alain Trognon, François de Varenne, Thierry Verdier, Catherine Vesperini,  
Joël Winter, Jean-Luc Wybo, Daniel Zajdenweber

# Sommaire

## 1. *Société* Comment organiser la lutte contre le cancer ?

Entretien avec

David Khayat, *Président de l'institut national du cancer* ..... 9

## 2. *Techniques* Où en est la réassurance dans le monde, notamment en Europe ?

Philippe Trainar, *Introduction* ..... 19

Christian Herzog, *Le marché mondial de la réassurance* ..... 22

Philippe Renault et Emmanuel Dubreuil *La réassurance mondiale en 2005 : une chance insolente* ..... 29

Pascal Bied-Charreton et Thierry Masquelier, *La réassurance française en 2004* ..... 40

Patrice Forget, *Les relations entre assureurs et réassureurs : modèle ou modèles ?* ..... 47

Jean-Marie Nessi, *Les réassureurs, quelle sécurité ?* ..... 51

Daniel Zajdenweber, *Catastrophes industrielles et réassurance* ..... 56

Arnaud Chneiweiss, *La réassurance de personnes : tout change !* ..... 60

Jean Alisse et Guy Soussan, *La nouvelle directive réassurance* ..... 65

François Fouques, *La réassurance mondiale : un marché imparfaitement concurrentiel* ..... 69

Guillaume Gorge, *Conséquences de l'évolution réglementaire et comptable sur l'achat de réassurance* ..... 74

Luc Malâtre, *Réflexions sur la réassurance du système « CatNat 82 »* ..... 78

## 3. *Analyses* Risques santé : quelles techniques d'assurance ?

Gérard de La Martinière, *Société du risque et société assurancielle* ..... 86

Alain Etchegoyen, *Le risque, réalité et miroir de la société* ..... 88

Romain Durand, *L'assurance des risques aggravés (HIV, diabète, cancers)* ..... 91

Didier Bazzocchi, *Les évolutions de l'assurance santé : financements, comportements et réponses des organismes d'assurances de personnes* ..... 94

Jean-Marc Leverrier, *Y a-t-il des besoins nouveaux et des réponses innovantes en assurance de personnes ?* ..... 102

Jérôme Kullmann, *Remarques juridiques sur les sinistres sériels* ..... 107

Marie-Eve Joel, *La réponse publique à la demande croissante de soins de longue durée* ..... 115

Pierre-Denis Champvillard, *Les réassureurs et les risques émergents* ..... 119

Jean-Claude Chollet, *La responsabilité civile médicale et la réponse de la profession* ..... 122

Mathias Matallah, *L'explosion de l'assurance de responsabilité civile liée aux problèmes de santé* ..... 126

## 4. *Chroniques*

Gilles Bénéplanc, *Impossible concordance des temps ?* ..... 133

Pascal Bied-Charreton, *Les assureurs et la protection sociale : complémentaires ou indispensables ?* ..... 135

Georges Durry, *L'immunité des médecins salariés* ..... 138

Pierre Martin, *Archaïsme, modernité et histoire de l'assurance climat* ..... 141

## 5. *Etudes et livres*

Mathieu Baratas et Manuel Plisson, *Quelles stratégies des entreprises américaines face au risque santé ?* ..... 147

Alexandre Brun, Stéphan Marette, *Le financement et l'organisation de la police de l'eau en France* ..... 158

Philippe Baillot, *Une fiscalité de l'assurance vie dommageablement sédimentaire et illisible* ..... 169

Livre :

Catherine Véret, Richard Mekouar,

*Fonction : Risk manager,*

par Guy-Antoine de la Rochefoucauld ..... 179



# Éditorial

C'est une tradition désormais bien établie que la Revue *Risques*, associée au journal *Les Echos*, décerne le prix de la publication la plus innovante parue l'année précédente pour la compréhension des défis liés aux risques.

Il est très symptomatique que ce prix, remis par Denis Kessler, ait été décerné le 22 juin dernier à Pierre Cahuc et Francis Kramarz, en récompense à leur rapport « De la précarité à la mobilité : vers une sécurité sociale professionnelle ». Ces deux économistes traitent du travail, du chômage, du fonctionnement du marché du travail et, dans ce cadre là, de l'évolution des dispositifs d'assurance chômage.

En fait, si la société française a connu un échec, c'est d'abord et avant tout celui de ses très mauvais résultats en matière de lutte contre toutes les formes de chômage et donc d'exclusion. On l'a dit à maintes reprises, le cœur du débat politique dans notre pays porte sur le « modèle social français ». C'est d'ailleurs bien à ceci que tente de répondre la politique économique et sociale du gouvernement, d'une part en lançant un plan de cohésion sociale et, d'autre part en créant, mesure phare de la lutte contre le chômage, une nouvelle forme de contrat de travail plus souple.

Or, derrière tous les débats techniques qui finalement alimentent des polémiques, un sujet central s'impose : celui de l'équilibre entre le niveau de protection auquel chacun peut légitimement prétendre et la force de l'incitation qui nous pousse à rechercher activement un travail, son amélioration ou son accroissement. Dans les faits, l'équilibre nouveau et acceptable par la société française, remettra au cœur du fonctionnement de notre économie le risque que chacun court de voir son emploi disparaître ou se modifier, la prise en charge collective de l'individu pendant sa période de recherche d'un nouvel emploi et la rémunération que chacun peut attendre d'un univers plus risqué, moins protégé et donc plus rémunérateur.

C'est là que va se jouer l'avenir économique de notre pays et c'est évidemment dans l'émergence d'un compromis souhaitable et souhaité que pourra se fonder une organisation plus efficace et vraisemblablement plus juste de notre société. C'est dire si le choix de Pierre Cahuc et François Kramarz est parfaitement approprié, en adéquation avec les préoccupations de la société française et si l'organisation du marché du travail se révèle être un lieu privilégié d'application à la théorie du risque.

Jean-Hervé Lorenzi



1.

# Comment organiser la lutte contre le cancer ?



---

■ Professeur David Khayat

Président de l'Institut national du cancer



# David Khayat

*Président de l'Institut national du cancer*

Entretien réalisé par Catherine Vespérini et Robert Leblanc

**Risques :** L'Institut national du cancer vient d'être créé, vous en êtes le premier président. Pourquoi fallait-il le créer ?

**David Khayat :** Parce que le cancer représente aujourd'hui l'un des premiers problèmes de santé publique.

En France, un homme sur deux sera atteint du cancer dans sa vie et une femme sur trois. Chaque année, en France, il y a 280 000 nouveaux cas de cancers et 150 000 morts par cancers. Toutes les heures, 24 h/24, 7 j/7, une femme meurt encore du cancer du sein dans notre pays. Le nombre de nouveaux cas de cancers double tous les vingt ans. Pour certains cancers comme le mélanome malin, il double tous les dix ans ; aux États-Unis, en 1935, il y avait un cas pour 1 500 habitants, en 2000, il y en a un pour 75 habitants... Nous sommes face à un vrai problème. Et puis le cancer a la particularité, dans notre pays, de ne pas être considéré comme une maladie normale, mais comme une maladie à part, et cela entraîne un regard particulier de la société sur ceux qui en sont atteints, un regard qui conduit à des discriminations, des exclusions, et donc des situations de grande douleur. Le cancer est un dysfonctionnement biologique : une cellule au milieu d'un million de milliards de cellules constituant le corps humain se transforme, un jour, en une cellule maligne et acquiert les propriétés assez extraordinaires de prolifération infinie, d'éternité, de dominance sur les autres cellules et de déplacement dans le corps...

Ainsi, vous êtes devant une maladie très fréquente, extrêmement dangereuse et dont les traitements sont particulièrement lourds, pour laquelle le retentissement social est terrifiant. On ne peut pas ne pas se sentir concernés par un tel problème.

Or, la France a des forces mais aussi des faiblesses. La France a la meilleure survie après diagnostic du cancer de tous les pays du monde et, en plus, cela concerne tous les citoyens français, grâce à la CMU qui leur donne un accès illimité et libre au réseau des soins.

À l'inverse, de tous les pays développés, la France a la plus forte mortalité prématurée par cancer chez l'homme. Les efforts de santé publique ont été insuffisants en matière de tabagisme et d'alcoolisme. La France est le premier consommateur d'alcool des pays européens. Le tabagisme y reste considérable et nous sommes les premiers en Europe pour les cancers induits par l'alcool et le tabac.

Par ailleurs, nous sommes le pays d'Europe qui a la plus grande disparité spatiale de mortalité par cancer : un écart de 1 à 4 alors que partout ailleurs il est de 1 à 2, au pire de 1 à 3. Pour un pays qui fait de l'égalité l'une des valeurs socles de la République, c'est dérangeant.

**Risques :** Quelle est la place de la France dans la recherche ?

**David Khayat :** La France a été l'une des grandes terres de la recherche sur le cancer à l'époque de Jean Dausset, de Jean Bernard et de Georges Mathé. Aujourd'hui, elle est en perte de vitesse ; sa contribution en découvertes majeures devient très faible, tant dans le domaine de la recherche fondamentale que dans celui de la recherche clinique. On peut considérer que, globalement, la France est en sixième position parmi les pays du monde. Elle est de moins en moins une terre d'essais cliniques dans le domaine de la cancérologie parce que cela coûte moins cher dans les pays de l'Est et que c'est mieux fait dans les pays anglo-saxons. Le rayonnement international de la France décline en matière médicale et, plus précisément, en cancérologie.

Quand le plan cancer se met en place en 2002, le ministère de la Recherche répertorie à peu près mille unités de recherche sur le cancer qui appartiennent à l'Inserm, au CNRS, aux universités, au CEA, etc. Mille unités et environ quatre mille chercheurs, ce qui veut dire que la taille moyenne d'une unité de recherche en matière de cancer en France est approximativement de quatre chercheurs. Qui peut penser qu'une unité de quatre chercheurs puisse être compétitive par rapport aux grands campus américains ? Ces unités veulent chacune des appareils, de génomique ou autres...

On ne peut pas payer mille appareils ou alors ce sont de tout petits appareils qui, là encore, ne sont pas compétitifs par rapport aux appareils des grosses plates-formes des grands campus américains. Quel que soit le sujet, vous avez un morcellement, un cloisonnement, un saupoudrage, un manque de coordination...

Il fallait créer d'abord un élan national, une mobilisation, ça c'est le plan cancer, et ensuite, autour de cette mobilisation, à l'instar de ce qui s'est fait au Canada, aux États-Unis ou en Angleterre récemment, créer une institution dont la mission soit de coordonner l'ensemble des acteurs, de les impulser dans le cadre d'une politique nationale, de les évaluer, de les labelliser le cas échéant et, en fonction de cela, de les financer. Il fallait aussi que ces actions portent sur l'ensemble des moyens de lutte pour permettre justement la recherche de synergie entre l'information du public, la prévention, le dépistage, l'accès aux soins, la qualité des soins, la recherche, la coopération internationale...

Il faut aussi que nous ayons un souci humanitaire car dans quinze ans, d'après le rapport de l'OMS, il y aura 20 millions de nouveaux cas de cancers dans le monde. Sur 10 millions de morts par cancers, 6,2 surviendront dans un ensemble de pays qui, à eux tous, ne représentent pas 5 % du PIB mondial ; les pays les plus pauvres sont ceux qui auront le plus fort taux de mortalité.

**Risques :** Il y avait donc des raisons fortes de créer l'Institut national du cancer. Y avait-il des difficultés ?

**David Khayat :** Évidemment ! Parce que rien n'est plus confortable que l'absence de changement, parce qu'introduire un arbitre dans un jeu sans règles révèle les déficits... Cela dit, le soutien du président de la République et l'engagement des ministères de la Santé et de la Recherche font que cela a été possible et que, aujourd'hui, en l'espace de deux ans et demi, l'Institut s'est mis en place.

**Risques :** Dans la présentation de l'Institut national du cancer, on peut lire que tout ce qui est épidémiologie, prévention et soins reste sous l'autorité et la compétence d'agences sanitaires diverses.

**David Khayat :** Lorsqu'il a été envisagé de créer l'Institut national du cancer, le président de la République a souhaité que ce soit la représentation nationale qui en décide ; l'Institut a donc été créé par la loi, et ce qui est créé par la loi ne peut être défait que par la loi. Il n'y a que deux agences sanitaires en France créées par la loi : l'Institut national du cancer et la Haute Autorité de santé qui est encore plus récente. Et notre institut a bénéficié d'un vote à l'unanimité des parlementaires.

Par ailleurs, que ce soit sur l'épidémiologie, la prévention ou le reste, nous ne nous substituons pas à l'Inserm, au CNRS ou à l'InVS (Institut national de veille sanitaire) ; nous ne payons pas les salaires des chercheurs, nous n'avons pas de chercheurs de statut « Institut national du cancer », nous ne payons pas les bâtiments de recherche, ni les budgets annuels de recherche. Si nous donnons de l'argent pour la recherche (et nous en donnons : 50 millions d'euros cette année), nous le donnons sous condition : nous accompagnons uniquement l'excellence, en fonction de l'acceptation de critères d'évaluation très stricts... De même, nous ne nous substituons pas à l'assurance maladie pour financer les soins, mais nous faisons en sorte que le cancer fasse l'objet d'une organisation nouvelle des soins ; dans quelques jours, une circulaire indiquera que dorénavant, dans chaque région, les centres anticancéreux et

les CHU doivent se regrouper.

Dans le domaine de la recherche, nous créons des « cancéropôles », des structures de coopération entre unités de recherche, au nombre de sept. Nous passons d'un dialogue avec 1 000 unités de recherche à un dialogue avec 7 cancéropôles, chacun ayant entre 500 et 1 500 chercheurs. Là, nous changeons de dimension ! Nous évaluons régulièrement les cancéropôles sur leurs capacités à mettre en œuvre les conditions d'une recherche de pointe et il n'est pas question de financer des domaines où la France ne pourrait pas prétendre à l'excellence. Comme dans les entreprises, les recherches seront évaluées. Pour favoriser les synergies entre équipes, nous ne donnons jamais de budget pour une équipe seule. Dans tous les appels d'offres que nous avons faits et qui sont très diversifiés, le plus petit interlocuteur que nous acceptons d'avoir est le regroupement de trois à cinq équipes travaillant sur un même sujet.

De même, pour les soins, une circulaire de février dernier de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) fait obligation à chaque région de créer, d'ici fin 2006, une alliance administrative formelle entre les CHU et le centre anticancéreux quand il y en a un, sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire ; cet ensemble devient un pôle régional et doit harmoniser et optimiser l'offre de soins, en étant un centre de recours pour les thérapies les plus lourdes et les plus complexes.

**Risques :** Vous pensez que ce moyen-là pourrait permettre d'atténuer la disparité spatiale que vous évoquiez ?

**David Khayat :** Non, ce qui va atténuer la distorsion spatiale, c'est l'autre partie de cette même circulaire qui prévoit que, d'ici la fin 2006, tous les établissements, qu'ils soient publics et privés, qui voudront prendre en charge des patients atteints de cancer devront avoir obtenu de leurs ARH (Agences régionales d'hospitalisation), services déconcentrés de la Santé, une autorisation. Cette autorisation reposera

sur des critères de qualité définis par l'Institut. Au nombre d'une dizaine au total, certains de ces critères sont quantitatifs ; par exemple, combien faut-il avoir traité dans l'année de cancers du sein pour être autorisé à continuer à traiter des cancers du sein ?

Les médecins libéraux pourront continuer à traiter les patients à condition qu'ils s'inscrivent dans un réseau. Ce réseau est conçu avec une organisation précise, avec une unité de concertation pluridisciplinaire qui réunit régulièrement autour d'une table un oncologue médical, un radiothérapeute, un chirurgien, un spécialiste d'organes ; cela pour avoir, d'une part, une stratégie d'attaque du cancer, et non pas une intervention aléatoire et isolée de chacun des acteurs, d'autre part, la traçabilité des décisions prises.

Cette organisation évitera ces pertes de chance qui probablement contribuent pour partie aux taux de mortalité. Je vous donne un exemple : il y a un peu plus de 450 hôpitaux privés et publics en France qui traitent les cancers ; parmi eux, 350 établissements ont opéré en 2001 ou 2002 des femmes atteintes du cancer du sein ; sur ces 350, 50 n'ont opéré qu'une femme de ce cancer de toute l'année, pour l'ensemble des chirurgiens de l'établissement ; or, on sait que dans les établissements qui réalisent moins de 25 opérations dans l'année, on perd 15 % de chance d'être vivant à cinq ans. Je vous donne un autre exemple : 130 établissements n'ont opéré qu'un homme du cancer de la prostate dans toute l'année ; or, c'est une opération extrêmement compliquée qui peut entraîner des complications redoutables. Et c'est pareil pour le cancer du poumon...

**Risques :** Les différents acteurs concernés acceptent-ils cette manière de fonctionner ?

**David Khayat :** Non seulement ils l'acceptent, mais cela se passe très bien. Nous ne sommes pas dans une confrontation avec eux, au contraire, nous sommes dans un dialogue intelligent et constructif. Les syndicats de radiothérapeutes, de chirurgiens, d'oncologues médicaux, de

gynécologues et d'autres spécialistes coopèrent remarquablement.

**Risques :** Est-ce que l'assurance peut jouer un rôle dans ce cadre ?

**David Khayat :** En France, les payeurs sont aveugles, que ce soit la Sécurité sociale ou les assureurs complémentaires : ils ne peuvent pas évaluer la qualité du résultat de leur engagement financier.

Pour ce qui nous concerne, je pense qu'il faut une structure d'évaluation indépendante, honnête, professionnelle, experte, qui soit dans un rapport de proximité avec les bénéficiaires de soins, pratiquement au cas par cas. Je le dis et je le répète, nous ne regardons pas 150 000 morts mais 150 000 fois une mort ! Ce travail d'évaluation qui revient donc à l'Institut ne le substitue à personne : ni à l'Inserm, ni au CNRS, ni à l'assurance maladie, ni non plus au Conseil de l'ordre qui garde la charge des « autorisations d'exercice », ni encore au ministère de la Santé sur les autorisations de pratique : les ouvertures ou fermetures d'établissements de soins dépendent des ARH et du ministère de la Santé.

Naturellement, compte tenu de ce que je vous disais sur les critères quantitatifs, il y aura toujours des effets de seuils ; ce sera l'objet de négociations et de discussions. Mais quel peut être l'intérêt d'un directeur d'hôpital de mettre en place des structures lourdes s'il n'a pas suffisamment de cas à traiter ? La perte de clientèle - et j'emploie volontairement ce mot -, si l'établissement n'est pas retenu, n'est d'ailleurs pas importante puisqu'il avait précisément trop peu de cas. Ce qu'il conviendra de faire, c'est que les ARH réunissent en région, autour d'une table, les structures de soins qui buteront sur ces seuils pour qu'elles négocient entre elles un partage du travail. Si vous avez trois établissements de soins dans une même région, à trente ou quarante kilomètres les uns des autres, chacun traitant cinq cancers du sein, cinq cancers du côlon, cinq cancers du poumon, il faudra qu'ils se mettent d'accord pour que l'un traite quinze cancers du

sein, l'autre quinze cancers du côlon et le troisième quinze cancers du poumon... Et si un praticien s'intéresse tout particulièrement au cancer du poumon par exemple, qu'il n'en traite pas assez dans son établissement par rapport à un certain seuil, rien n'empêche, et nous veillerons à cela, qu'il puisse aller traiter les cancers du poumon dans un autre établissement où il y a tout ce qu'il faut pour que le malade soit convenablement pris en charge.

**Risques :** Nous avons parlé de l'action de l'Institut en matière de recherche et de soins. Vous attiriez notre attention sur les retards de notre pays en matière de prévention... Avez-vous une politique tout aussi dynamique et enthousiaste dans ce domaine ?

**David Khayat :** La première cause unique de mortalité dans notre pays, c'est le tabac. Depuis 2003, nous avons augmenté le prix du tabac de 45 % ; on sait, en effet, que le seul moyen efficace de lutte contre le tabagisme, c'est l'augmentation brutale du prix du tabac. Entre fin 2003 et fin 2004, il y a eu 1 800 000 fumeurs de moins en France, ce qui représente une diminution de 12 % du nombre des fumeurs... et le nombre de jeunes fumeurs a chuté - il faut savoir que, fin 2003, environ 45 % d'entre eux fumaient.

Les leviers ont été aussi législatifs et réglementaires. Par exemple, quand on a augmenté le prix du tabac, l'industrie du tabac a mis en vente des paquets avec moins de cigarettes ; nous avons donc fait voter une loi qui interdit la vente des paquets de moins de dix-neuf cigarettes. Autre exemple, à cause du prix des paquets de cigarettes, les jeunes se sont orientés vers le tabac à rouler ; nous allons donc faire augmenter le prix du tabac à rouler et du papier à cigarettes. Nous pistons les comportements et anticipons les réactions autant que possible. Nous souhaitons aller plus loin avec des actions comme des « écoles sans tabac » ou des « lycées sans tabac ».

Nous sommes également en train de réfléchir avec le ministre de la Santé à l'évolution de certains discours. Aujourd'hui, on parle des

méfais du tabac en général, d'une part, des liens entre alcool et accidents de la route, d'autre part ; mais nous parlerons aussi de l'association tabac et alcool et des risques de cancers ORL qu'elle implique. Autre exemple : l'exposition excessive au soleil et le risque de mélanome malin ; un enfant sur quatre qui naît aujourd'hui en France aura un mélanome malin dans le courant de sa vie, si rien n'est fait. Vous verrez cet été une campagne d'une dimension sans précédent pour sensibiliser les familles à la prévention des risques solaires chez l'enfant.

**Risques :** Ce sont des cas qui concernent le plus grand nombre. Avez-vous aussi des démarches ciblées pour des risques plus spécifiques ?

**David Khayat :** Oui, bien sûr. J'ai été frappé par exemple, en arrivant à l'Institut national du cancer et en travaillant sur les chiffres, de voir qu'il y a encore aujourd'hui, en France, 1 000 femmes jeunes qui meurent chaque année du cancer du col de l'utérus. C'est un cancer du Moyen-Âge ! Il devrait avoir disparu dans les pays développés car on sait qu'il est dû à un virus identifié, qu'entre l'infection par le virus et l'apparition du cancer, il s'écoule entre cinq et dix ans, et que, pendant ce temps, il y a des étapes précancéreuses qui sont curables par une petite intervention au laser au cabinet du gynécologue. Comment se fait-il alors que, bien que six millions de frottis soient payés par l'assurance maladie tous les ans dans notre pays, et malgré toutes les campagnes d'information, il y ait encore chaque année 1 000 femmes qui meurent à 35 ans de cette maladie ? J'ai mis en place à la fois des équipes de recherche en sciences humaines, en épidémiologie, en sciences sociales, pour savoir qui sont ces femmes, comment elles vivent, ce qu'elles lisent, ce qu'elles écoutent comme radio... Il faut que je comprenne où je dois mettre de la publicité pour leur parler et les atteindre, car nous devons les approcher dans leur proximité, les motiver, pour générer chez elles un souci de santé et qu'elles fassent le geste qui les sauve.

**Risques :** Est-ce qu'une campagne comme celle autour de la mammographie, mise en place cette année, est un bon moyen de prévention ?

**David Khayat :** Il faut savoir qu'on fait à peu près 3 millions et demi de mammographies chaque année en France, ce qui est beaucoup, remboursées systématiquement par l'assurance maladie. Pour autant, une femme sur huit a un cancer du sein et 11 000 femmes meurent encore chaque année d'un cancer du sein.

Lorsqu'on a commencé, fin 2003, trente départements disposaient d'un dépistage organisé ; fin 2004, c'était la totalité. La France est d'ailleurs le seul pays au monde qui propose simultanément deux procédures de dépistages : d'une part, les femmes de 49 à 74 ans sont invitées tous les deux ans à aller faire une mammographie dans un centre agréé et, d'autre part, un dépistage individuel est remboursé, où qu'il soit réalisé. La particularité du dépistage organisé, c'est une deuxième lecture des clichés par des radiologues qui font au moins 1 500 mammographies par an. Cette seconde lecture rattrape un certain nombre de cancers qui n'ont pas été vus en première lecture. Les deux lectures sont la force du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel.

**Risques :** Est-ce qu'on peut imaginer appliquer cette technique du dépistage organisé à d'autres formes de cancers ?

**David Khayat :** Philippe Douste-Blazy, avant son départ du ministère de la Santé, a publié les documents nécessaires pour que nous lancions un dépistage organisé du cancer colo-rectal, sur l'ensemble du territoire national, d'ici à fin 2007. Il y a d'autres dépistages sur lesquels nous sommes en phase de réflexion : prostate, etc. Mais, on a fait une étude sur les déterminants psychologiques et sociologiques de l'accès au dépistage et l'on voit bien qu'une des raisons qui fait fuir le dépistage est la crainte de savoir qu'on a un cancer. C'est pour cela que les synergies dont j'ai parlé précédemment sont si importantes ; si vous ne travaillez pas sur l'image du

cancer, vous ne pouvez pas réussir en matière de dépistage.

**Risques :** Peut-on dire un mot des guérisons ?

**David Khayat :** Le nombre de malades guéris du cancer de manière définitive ne cesse d'augmenter. Je précise qu'un individu atteint d'un cancer est considéré guéri quand, à l'âge qu'il a, il n'a pas plus de risque de mourir de sa maladie qu'un individu du même âge de mourir d'autre chose. Nous ne donnons bien sûr pas l'immortalité, nous effaçons la surmortalité.

Nous avons dépassé la barre des 50 % de guérison des cancers. Aujourd'hui, 85 % des enfants atteints d'un cancer sont guéris, 70 % des femmes et 40 % des hommes ; ce taux inférieur chez l'homme est dû au cancer du poumon. Ce qui est clair, c'est que, chaque jour, le taux de guérison du cancer augmente. En fait, c'est devant chaque malade qu'on gagne contre le cancer... et sans oublier le rôle de la prévention, notamment du dépistage dont nous venons de parler.

**Risques :** Comment progresse-t-on ? Est-ce parce qu'on comprend mieux le mécanisme de développement de la maladie ou bien parce qu'on trouve empiriquement des moyens thérapeutiques efficaces sans en comprendre totalement les déterminants ?

**David Khayat :** Les deux existent.

Vous avez par exemple la découverte fortuite, en 1980, d'un dérivé du platine par un chercheur en maladies infectieuses qui a constaté que, lorsqu'il faisait passer du courant électrique entre une anode et une cathode en platine, il y avait une électrolyse du platine et la production d'un dérivé antimétabolique, c'est-à-dire entravant la division cellulaire, le cisplatine.

Ce produit se prête donc au traitement de maladies infectieuses en s'attaquant à la division cellulaire des bactéries, mais aussi à celles dans lesquelles les cellules se multiplient beaucoup, c'est-à-dire les cancers. Ce produit se révèle spécialement efficace contre le cancer des testicules

et, depuis 1982, il n'y a pratiquement plus de mort par cancer des testicules en France.

Vous avez, à l'inverse, les thérapeutiques ciblées. On identifie d'abord une cible, c'est-à-dire un angle d'attaque de la cellule cancéreuse, puis on fabrique un produit capable d'attaquer cette cible avec le moins possible d'effets collatéraux. Je vous rappelle que la cellule cancéreuse acquiert des propriétés assez extraordinaires, qu'elle met en œuvre par l'intermédiaire de structures chimiques à l'intérieur de la cellule ou en surface, et qui lui permettent soit de se déplacer, soit de croître. Quand on a découvert ces structures chimiques spécifiques de la cellule cancéreuse, il est possible de rechercher des produits dont elles sont les cibles.

Prenons l'exemple de cellules cancéreuses dans un sein : à force de proliférer, elles sont en surpopulation, alors celles qui ont la capacité de se déplacer « émigrent » ; elles s'installent dans le foie, la division cellulaire reprend et une métastase, une tumeur-fille, apparaît au bout de quelque temps ; les cellules cancéreuses qui sont en périphérie de la métastase volent un peu de nourriture aux cellules du foie qui sont autour d'elles, mais celles qui sont au milieu se retrouvent dans un état de siège énergétique ; elles sécrètent alors une substance qui fait croître des vaisseaux sanguins du foie, lesquels leur apportent un sang nourricier, de quoi donc continuer à proliférer.

On a identifié cette substance, cette sorte d'hormone de croissance qui agit sur les vaisseaux, on a vu qu'elle était un produit relativement spécifique des cellules cancéreuses et on en a fait la cible de médicaments nouveaux.

Effectivement, testés sur des malades, ces médicaments ont atteint les vaisseaux qui allaient vers les cellules cancéreuses et celles-ci n'ayant, au bout de quelques heures, rien à manger, rien à boire, rien à respirer, sont mortes.

**Risques :** Quels sont les risques pour l'Institut ?

**David Khayat :** Le risque principal est de décevoir les espoirs que nous avons suscités dans la population. Nous n'avons pas le droit de décevoir !

Nous avons le devoir de répondre à l'inquiétude de la population, et surtout de répondre à cette demande des malades du cancer de respect de leur dignité, de prise en compte de leur souffrance, de compréhension de la perception particulière de leur maladie.

Nous devons également veiller à ce que tout cet argent, tout cet engagement humain, toute cette énergie dans la lutte contre le cancer donnent le meilleur de ce qui peut être donné.

Il faut éviter les pertes en ligne, le gâchis... C'est notre risque aussi. Nous devons mesurer ce pour quoi nous dépensons l'argent public ; chaque fois que l'Institut lance une action, il doit pouvoir indiquer les critères de succès.

**Risques :** Combien y a-t-il de personnes qui travaillent à l'Institut ?

**David Khayat :** Il y a 110 personnes aujourd'hui à l'Institut ; il y a trois mois, il y en avait 12... et nous serons 180 à la fin de l'année. Tous ceux qui travaillent à l'Institut y sont venus par vocation.

**Risques :** Et vous-même, comment évaluez-vous la situation dans deux ou trois ans ?

**David Khayat :** Je resterai à l'Institut un temps très limité. Je l'ai annoncé au cours de ma conférence de presse lors du lancement de l'Institut. Je quitterai l'Institut avant la fin de l'année 2006. J'estimerai que la création de l'Institut est un succès s'il est devenu populaire... Nous mettons en place un indicateur de notoriété et de sympathie. Si nous avons su créer un institut populaire où le peuple se sent représenté dans ses exigences, si nous avons su créer un institut qui est légitime, c'est-à-dire capable d'expliquer aux médecins, à l'Administration, au monde politique, le pourquoi, le comment d'une situation donnée, et de leur faire des propositions expertes, si l'Institut est suivi sur ses propositions, si nous avons réussi dans nos missions de dépistage, réussi une diminution de la disparité de l'accès aux soins, etc., nous serons à peu près parvenus à faire quelque chose !

Aurais-je réussi ? Je n'en sais rien aujourd'hui... En tout cas, je ferai tout ce que je peux !



# 2.

## Où en est la réassurance dans le monde, notamment en Europe ?

■ Philippe Trainar

*Introduction*

■ Christian Herzog

*Le marché mondial de la réassurance*

■ Philippe Renault et Emmanuel Dubreuil

*La réassurance mondiale en 2005 : une chance insolente*

■ Pascal Bied-Charreton et Thierry Masquelier

*La réassurance française en 2004*

■ Patrice Forget

*Les relations entre assureurs et réassureurs : modèle ou modèles?*

■ Jean-Marie Nessi

*Les réassureurs, quelle sécurité ?*

■ Daniel Zajdenweber

*Catastrophes industrielles et réassurance*

■ Arnaud Chneiweiss

*La réassurance de personnes : tout change !*

■ Jean Alisse et Guy Soussan

*La nouvelle directive réassurance*

■ François Fouques

*La réassurance mondiale : un marché imparfaitement concurrentiel*

■ Guillaume Gorge

*Conséquences de l'évolution réglementaire et comptable sur l'achat de réassurance*

■ Luc Malâtre

*Réflexions sur la réassurance du système « CatNat 82 »*



# INTRODUCTION

*Philippe Trainar*

*Directeur des affaires économiques, financières et internationales, FFSA*

La réassurance se définit formellement comme la cession d'un risque souscrit par un assureur à une autre société d'assurances ou de réassurance, la responsabilité de la bonne fin de l'engagement souscrit restant toutefois de la responsabilité de l'assureur qui a conclu l'engagement, notamment dans l'hypothèse où le réassureur serait défaillant. Aux termes des directives assurance, transposées en droit français, la créance de l'assureur sur le réassureur, qui résulte de cette opération de cession, est admise en représentation des engagements et vient réduire l'assiette qui sert au calcul de la marge de solvabilité, dans la limite toutefois de 50 % de cette assiette en non-vie et 15 % en vie.

Ce faisant, la réassurance se différencie assez fondamentalement des couvertures qui, comme les dérivés – notamment climatiques – et la titrisation, sont offertes par les marchés financiers et peuvent être utilisées par les assureurs pour réduire leur exposition au risque souscrit. Les dérivés n'indemnisent pas de sinistres mais assurent un versement financier calculé en fonction de paramètres exogènes censés être corrélés au risque d'occurrence du sinistre. Quant à la titrisation, elle met en œuvre des principes opposés à la réassurance : quand la réassurance concentre le risque sur une entreprise, la titrisation le disperse sur l'ensemble du marché, et quand la réassurance mutualise les risques, la titrisation les isole. De ce point de vue, les innovations des marchés financiers complètent la réassurance plus qu'elles ne se substituent à elle.

En pratique, la réassurance remplit six fonctions distinctes, et pas nécessairement cumulatives, par rapport à l'assurance. Elle élargit le champ de mutualisation des risques souscrits par l'assureur. Elle complète la diversification des actifs de l'assureur, notamment à l'international. Elle se substitue aux capitaux propres

de l'assureur. Elle apporte un soutien technique à l'assureur pour la tarification des risques. Elle constitue même, sur certains grands risques, l'élément recteur des tarifs d'assurance. Elle constitue enfin un instrument de fédération de nombreux groupes d'assurances, notamment dans le secteur mutualiste.

Mais, la réassurance telle que nous la connaissons est une industrie changeante, car en mouvement. À la pointe des innovations techniques dans la couverture des risques et la tarification, c'est aussi elle qui se trouve en première ligne pour affronter les grands changements de tendance des sociétés contemporaines et les nouveaux risques auxquels celles-ci sont confrontées. C'est ainsi que la réassurance a absorbé successivement les chocs de la dérive de la responsabilité civile, du progrès technologique, des concentrations humaines, de la mondialisation, du changement climatique, de l'hyperterrorisme et de la modification de l'équilibre des pouvoirs entre le juge, l'exécutif et le législateur.

Ces défis, la réassurance les a, en outre, relevés dans un environnement marqué par une concurrence de plus en plus vive. Concurrence des marchés financiers tout d'abord, avec le développement des produits dérivés et de la titrisation, dont nous savons qu'ils ne se substituent pas à la réassurance mais dont ils peuvent néanmoins écorner sérieusement le marché. Concurrence de nouveaux acteurs à travers le monde, avec notamment l'émergence puis l'affirmation des bermudiens qui ne sont plus confinés à la réassurance des grands risques catastrophiques nord-américains mais qui ont élargi leur offre de services pour couvrir une large palette de risques et qui se sont étendus à l'international, notamment en Europe.

Pourtant, la découverte de ces dernières années n'est pas celle de la concurrence, ou des nouveaux

risques, mais celle du caractère fondamentalement risqué de la réassurance, en tous les cas plus risqué et cyclique que ce que les marchés et les experts pensaient jusqu'à présent. De ce point de vue, le triple choc auquel la réassurance a été confrontée au début des années 2000 – avec le cumul de l'attentat du World Trade Center, de la crise des marchés financiers et du retournement de la conjoncture –, et qu'elle a pu absorber sans défaillance significative, a joué le rôle de révélateur du nouvel environnement de la réassurance et de catalyseur de son adaptation.

Surtout, la réassurance a été confrontée à un changement de nature du risque. Les risques couverts par les réassureurs sont aujourd'hui plus endogènes (*cf.* risques technologiques ou jurisprudentiels), progressifs (*cf.* risques climatiques) et corrélés (*cf.* amiante). Ils sont aussi plus diffus (*cf.* risques de réputation), imprévisibles (*cf.* terrorisme, épidémie) et irréversibles (*cf.* risques NBC). Ils sont enfin plus nombreux et plus graves. La cyclicité de la réassurance pourrait être accrue par ces changements dans la nature du risque.

De fait, les évolutions récentes justifient pleinement la rémunération accrue du capital exigé par les investisseurs. Elles justifient aussi l'introduction d'un contrôle de la réassurance en Europe.

Les différentes contributions à ce dossier illustrent bien cette complexité croissante de l'industrie de la réassurance.

Dans une première contribution, **Christian Herzog** dresse un tableau détaillé du marché mondial de la réassurance. Il souligne le rôle central de la réassurance dans l'équilibre du marché de l'assurance sachant que 13 % des primes non-vie et 2 % des primes vie sont en effet cédées en réassurance. La réassurance a connu une forte croissance en non-vie et surtout en vie qui a permis de consolider le secteur

après les chocs du début des années 2000. Toutefois, l'auteur estime que la phase du *hard market* qui a permis cette consolidation touche à sa fin.

**Philippe Renault et Emmanuel Dubreuil** résumant les principaux faits marquants des derniers renouvellements. Malgré quelques reflux et une sinistralité plutôt faible en 2004, ils notent des tensions persistantes sur les prix, accentuées par le renforcement global des provisions. Dans cet environnement, le marché bermudien a continué à démontrer sa vigueur, tandis que le marché américain a bien résisté au choc des catastrophes naturelles et que le marché européen a enregistré une baisse des encaissements, en partie induite par la baisse du dollar.

**Pascal Bied-Charreton et Thierry Masquelier** constatent que, en dépit de l'envergure exceptionnelle des catastrophes naturelles et de la baisse des cotisations, les résultats des réassureurs sont redevenus positifs. Cette performance a été obtenue grâce au redressement des résultats techniques. L'avenir reste marqué des défis des nouvelles normes comptables et prudentielles, du coût de l'indemnisation des victimes d'accidents corporels, du risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique et des catastrophes naturelles.

Pour **Patrice Forget**, l'affaiblissement concomitant des assureurs et des réassureurs, suite à la crise de sinistralité et à la crise financière, a tendu les relations entre les deux acteurs. Les réassureurs ont ainsi cherché à modifier de nombreuses clauses de leurs polices originales, en matière de couverture terroriste et de garantie illimitée par exemple, parallèlement au relèvement des tarifs. L'auteur met en garde contre le caractère brutal et *a priori* de ces remises en cause qui ne peut que précipiter de nouveaux déséquilibres concurrentiels.

**Jean-Marie Nessi** s'interroge sur la meilleure façon d'appréhender la qualité des réassureurs et met en garde contre les modèles tout faits qui sont proposés par les agences de *rating* et les marchés financiers, mais qui se révèlent tout aussi limités et myopes que leurs prédécesseurs, à l'instar des comités de sécurité des

courtiers. La réduction du nombre des réassureurs, parallèlement à l'enjeu que représente le réassureur en termes de risque de crédit pour la cédante, doit inciter celle-ci à développer sa propre analyse des sécurités.

*Daniel Zajdenweber* rappelle que l'histoire récente a montré que de nombreux réassureurs, victimes à la fois de catastrophes naturelles, de catastrophes industrielles, d'attentats et de placements volatils, pouvaient disparaître ou devaient faire appel massivement à leurs actionnaires. Il souligne que les nouvelles normes comptables internationales risquent de bouleverser l'équilibre financier des réassureurs et, en aggravant la volatilité de leur actif net, d'imposer un accroissement des besoins en capitaux propres.

*Arnaud Chneiweiss* dresse le constat d'une réassurance vie tout à la fois modeste en termes de volume, mais ambitieuse en termes de croissance, si bien que les réassureurs internationaux infléchissent progressivement leurs politiques de souscription vers un meilleur équilibre entre vie et non vie et développent des produits de plus en plus complexes. Pour autant, la réassurance vie reste un marché concentré sur deux zones géographiques, les États-Unis et l'Europe, et sur un petit nombre d'acteurs largement européens.

Dans cet environnement, *Jean Alisse et Guy Soussan* s'interrogent sur la portée et les limites du projet de directive instaurant un contrôle prudentiel de la réassurance. À côté de l'introduction d'une marge de solvabilité calquée sur le traitement du risque d'assurance sous-jacent, ils mettent en exergue les deux autres nouveautés du projet que sont l'autorisation de la titrisation en réassurance, la suppression de l'obligation légale de nantissement et la possibilité

de soumettre à des dispositions spécifiques la réassurance finite.

*François Fouques* se penche plus particulièrement sur les barrières à l'entrée des marchés nationaux et les distorsions de concurrence à l'encontre des réassureurs étrangers, qui peuvent notamment résulter de l'application de normes prudentielles dérogatoires aux réassureurs, de règles de cession obligatoire à des réassureurs nationaux et de l'existence de monopoles publics en réassurance. Un des grands enjeux du projet de directive sur le contrôle de la réassurance et des négociations OMC porte sur la reconnaissance mutuelle de ces contrôles.

*Guillaume Gorge* oppose deux modèles de relation entre réassureurs et assureurs : le modèle rhénan fondé sur une relation de long terme et le modèle anglo-saxon fondé sur la sécurité financière du réassureur. Or, à la faveur des crises récentes, du passage à la *fair value*, du contrôle de la solvabilité des réassureurs et du recours aux modèles internes, on a glissé du modèle rhénan vers le modèle anglo-saxon. Il en résulte un rapprochement des métiers de la finance et de la réassurance et une technicité accrue de la cession.

*Luc Malâtre* se penche enfin sur le destin à venir de notre système de couverture des catastrophes naturelles. Notant l'intérêt à la fois des réassureurs et des acteurs financiers alternatifs pour cette couverture, il s'étonne de ce que ce système ne fasse pas appel aux marchés internationaux de la réassurance et qu'il expose l'État à un risque financier qui pourrait très être largement couvert par le marché. Il souligne, toutefois, que cette évolution ne pourra se faire sans d'importants travaux sur la modélisation de l'exposition des assureurs.

# LE MARCHÉ MONDIAL DE LA RÉASSURANCE <sup>1</sup>

*Christian Herzog*

*Délégué pour la France, Swiss Re*

*Cet article retrace les grands défis que la réassurance mondiale a relevés avec succès ces dernières années. Notre industrie, marquée par un mouvement de consolidation important, a connu une croissance très forte en réassurance vie alors que la réassurance non-vie a passé une des périodes les plus difficiles de son histoire avant de reprendre des couleurs et de retrouver une rentabilité à deux chiffres. Le niveau des taux d'intérêts, les nouvelles dispositions en matière de solvabilité et les besoins de protection croissants devraient favoriser un développement solide de la réassurance.*

---

## La demande mondiale de réassurance se chiffre à 170 Mds USD

---

**E**n 2003, les assureurs directs ont cédé pour 170 Mds USD d'affaires aux réassureurs dans le monde, 83 % de celles-ci (soit un montant de 141 Mds USD) concernant la réassurance non-vie et 17 % (soit 29 Mds USD) la réassurance vie<sup>2</sup>. Les taux de cession moyens, c'est-à-dire les cotisations cédées en pourcentage des cotisations d'assurance directe, étaient de 13,1 % en non-vie et de 1,9 % en vie et santé. Dans le segment non-vie, les taux de cession sont plus élevés dans certaines branches commerciales et dans les catastrophes naturelles

que dans les affaires de masse (comme l'assurance automobile). La réassurance vie possède un taux de cession beaucoup plus faible étant donné qu'elle porte essentiellement sur le risque de mortalité, l'importante part d'épargne de ces affaires étant rarement réassurée.

### ■ Quatre-vingt-deux pour cent des affaires cédées en non-vie proviennent de marchés matures

Quelque 82 % des affaires cédées en non-vie proviennent des marchés d'assurance matures que sont l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale ; une tendance qui reflète l'importance de ces régions dans les revenus générés par l'assurance directe. Le tableau 1 présente une ventilation régionale des cotisations originales et cédées dans le segment non-vie.

**Tableau 1 : Ventilation régionale des cotisations non-vie cédées en réassurance**

| Non-vie 2003        | Cotisations originales |                    | Cotisations cédées |                    | Taux de cession des cotisations originales émises (en %) |
|---------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|
|                     | en Mds USD             | % du total mondial | en Mds USD         | % du total mondial |  |
| Amérique du Nord    | 515,9                  | 48                 | 71,8               | 50,9               | 13,9   |
| Europe occidentale  | 370,1                  | 34,5               | 44,1               | 31,3               | 11,9   |
| Japon               | 65,6                   | 6,1                | 2,8                | 2                  | 4,2  |
| Océanie             | 17,8                   | 1,7                | 2,5                | 1,8                | 14,2   |
| Asie-Pacifique      | 53                     | 4,9                | 11                 | 7,8                | 20,7   |
| Amérique latine     | 21                     | 2                  | 4,7                | 3,3                | 22,4   |
| Europe de l'Est     | 21,6                   | 2                  | 1,9                | 1,3                | 8,7  |
| Reste du monde      | 8,8                    | 0,8                | 2,3                | 1,6                | 26,5   |
| Total monde         | 1073,8                 | 100                | 141,1              | 100                | 13,1   |
| Pays industrialisés | 969,4                  | 90,3               | 121,3              | 85,9               | 12,5   |
| Pays émergents      | 104,3                  | 9,7                | 19,9               | 14,1               | 19,1   |

L'importance de l'Amérique du Nord, principal marché de réassurance au monde (part de 51 %), s'explique essentiellement par la taille du marché de l'assurance directe et par son exposition relativement élevée aux catastrophes naturelles et aux sinistres de responsabilité civile. Dès lors, la part de l'Amérique du Nord dans le volume mondial des cotisations cédées est légèrement plus élevée que sa part dans les affaires d'assurance directe dans le monde.

Représentant 31 %, la part de l'Europe occidentale dans le volume mondial des cotisations cédées est en phase avec sa part dans les affaires d'assurance directe à l'échelle mondiale (34 %). Le taux de cession de l'Europe occidentale, soit 12 %, s'inscrit légèrement en deçà de celui de l'Amérique du Nord qui est de 14 %. En termes de cession, les marchés européens de la réassurance présentent des pratiques largement hétérogènes : tandis qu'en Allemagne et en Autriche, la réassurance proportionnelle représente une partie importante des cessions, en Angleterre, en Scandinavie, dans le Benelux et en France, les assureurs conservent jusqu'à 90 % de leurs risques pour leur propre compte et cèdent le reste essentiellement sur une base non proportionnelle.

La demande de réassurance en Asie est légèrement

inférieure à la part du continent asiatique dans l'assurance non-vie mondiale. Dans cette région, les taux de cession sont inférieurs à la demande moyenne au Japon, correspondent à la demande moyenne en Australie et en Nouvelle-Zélande, et sont supérieurs à la demande moyenne dans les économies émergentes d'Asie. En dépit de son exposition élevée aux risques de catastrophes naturelles, le secteur de l'assurance japonais représente à peine 2 % de la demande mondiale de réassurance non-vie. Ce taux de cession faible s'explique par la concentration et la capitalisation élevées du marché de l'assurance japonais, ainsi que par l'existence d'un *pool* étatique offrant des couvertures d'assurance contre les tremblements de terre.

Avec une part de 14 % dans les cotisations non-vie cédées dans le monde pour une part de 10 % dans les affaires mondiales d'assurance directe, les marchés émergents représentent une part disproportionnellement élevée de la demande de réassurance mondiale. Cette demande de réassurance supérieure à la moyenne s'explique notamment par la dotation en capital plus faible de nombreux assureurs locaux, ainsi que par le fait que les risques industriels et commerciaux constituent l'essentiel des portefeuilles d'assurance

dans cette partie du monde, ces affaires possédant généralement des taux de cession élevés.

## ■ Seulement 1,9 % des cotisations d'assurance vie et santé sont cédées en réassurance

Le volume des affaires vie et santé sur le marché de la réassurance était d'environ 29 Mds USD en 2003. Les taux de cession dans ces branches sont généralement très bas : de 0,1 % au Japon à 3,8 % en Amérique du Nord. Le marché de la réassurance vie et santé est donc beaucoup plus petit que celui de la réassurance non-vie.

Le tableau 2 présente une ventilation régionale des cotisations vie et santé cédées à l'échelle mondiale. En Amérique du Nord et en Europe occidentale, la réassurance vie et santé est beaucoup plus concentrée que la réassurance non-vie, 92 % des cotisations cédées dans le monde provenant de ces deux régions. Le Japon, qui représente seulement 1 % du marché mondial de la réassurance vie et santé, est largement sous-représenté en raison de la taille de son marché d'assurance directe (15 % de la part du marché mondial). Malgré des taux de cession élevés dans certains pays en développement, les marchés émergents ne représentent encore qu'à peine 5 % du volume de réassurance mondial.

**Tableau 2 : Ventilation régionale des cotisations vie et santé cédées en réassurance**

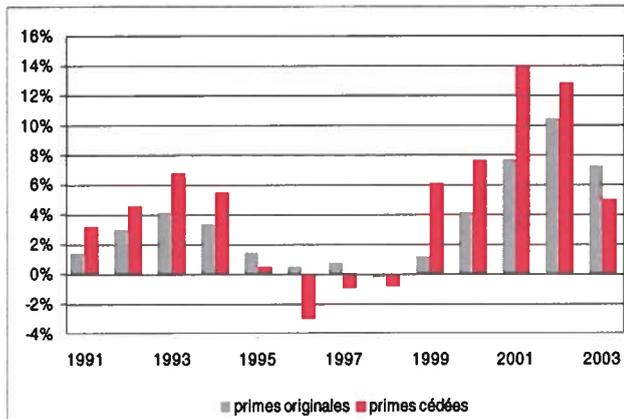
| Vie et santé 2003   | Cotisations originales |                    | Cotisations cédées |                    | Taux de cession des cotisations originales émises (en %) |
|---------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|
|                     | en Mds USD             | % du total mondial | en Mds USD         | % du total mondial |  |
| Amérique du Nord    | 531,7                  | 34,8               | 19,9               | 68                 | 3,8  |
| Europe occidentale  | 564,8                  | 37                 | 7                  | 23,7               | 1,2  |
| Japon               | 223,9                  | 14,7               | 0,2                | 0,8                | 0,1  |
| Océanie             | 21,7                   | 1,4                | 0,7                | 2,4                | 3,2  |
| Asie-Pacifique      | 142,9                  | 9,3                | 0,7                | 2,3                | 0,5  |
| Amérique latine     | 13,6                   | 0,9                | 0,4                | 1,5                | 3,1  |
| Europe de l'Est     | 6,8                    | 0,4                | 0                  | 0                  | 0  |
| Reste du monde      | 22,7                   | 1,5                | 0,4                | 1,4                | 1,8  |
| <b>Total monde</b>  | <b>1528,1</b>          | <b>100</b>         | <b>29,3</b>        | <b>100</b>         | <b>1,9</b>   |
| Pays industrialisés | 1342,1                 | 87,8               | 27,8               | 94,9               | 2,1  |
| Pays émergents      | 186                    | 12,2               | 1,5                | 5,1                | 0,8  |

## Forte croissance cyclique de la réassurance non-vie

Entre 1990 et 2003, les cessions d'affaires non-vie ont progressé de 60 Mds USD à 141 Mds USD. À l'échelle mondiale, les cessions en réassurance ont affiché une progression

quelque peu supérieure à celle des volumes d'assurance directe au cours de la période considérée. La croissance du marché mondial de l'assurance et de la réassurance non-vie est cyclique (cf. graphique 1). Le recul du volume de l'assurance non-vie entre 1995 et 1998 peut être attribué à la chute des prix induite par la phase de *soft market*. En revanche, au cours de la phase de *hard market*, qui a commencé en 2000, les cotisations non-vie ont enregistré une croissance supérieure à la moyenne.

**Graphique 1 :**  
**Croissance réelle des cotisations d'assurance**  
**(cotisations originales) et de réassurance**  
**(cotisations cédées) dans le segment non-vie**



Exprimée dans les monnaies locales et corrigée de l'inflation, la progression annuelle moyenne du volume mondial de réassurance non-vie entre 1990 et 2003 a été de 4,6 %, soit plus que le taux de croissance annuel de 3,4 %, en termes réels, affiché par l'assurance directe. Cette croissance soutenue du volume de réassurance tient à plusieurs facteurs :

- en Amérique du Nord, la hausse de la demande s'explique notamment par la progression ininterrompue des expositions aux catastrophes naturelles et par les incertitudes toujours plus nombreuses générées par les sinistres de responsabilité civile. En outre, un important volume d'affaires de réassurance, auparavant cédé à des *pools* a été redirigé vers le marché libre ;

- dans les marchés émergents, les affaires de réassurance ont bénéficié d'une croissance réelle supérieure à celle du marché de l'assurance directe, essentiellement en raison de privatisations et de déréglementations de marchés.

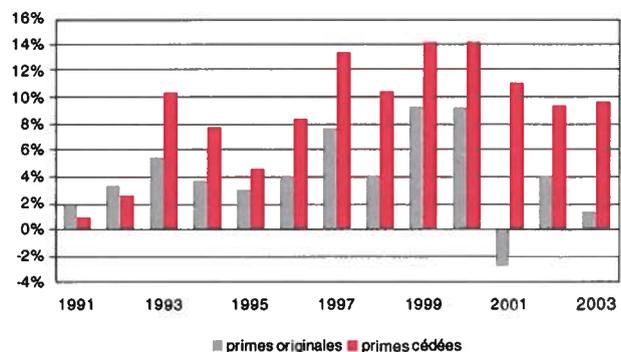
Sur le marché de la réassurance, les volumes ont progressé nettement plus vite dans les marchés émergents que dans les marchés matures sous l'effet de la croissance plus dynamique des affaires directes et, dans certains cas, de la hausse des taux de cession. Les marchés émergents ont vu leur part du marché mondial de la réassurance non-vie passer de 10,2 % en 1990 à 14,1 % en 2003.

## Une croissance plus rapide pour la réassurance vie

**L**a réassurance vie a connu une croissance plus rapide que la réassurance non-vie et que l'assurance vie.

Entre 1990 et 2003, le marché de la réassurance vie a progressé, passant de 7 Mds USD à 29 Mds USD. Ce taux de croissance annuel de 8,9 %, en termes réels, a largement dépassé la progression des cessions d'affaires non-vie et la croissance des affaires d'assurance vie qui a été de 4,2 %. En vie, le taux de cession mondial est passé de 1,1 % en 1990 à 1,9 % en 2003. Contrairement au secteur non-vie, les taux de croissance de la réassurance vie n'ont pas suivi un schéma cyclique manifeste.

**Graphique 2 :**  
**Croissance réelle de l'assurance**  
**et de la réassurance vie dans le monde**



En Amérique du Nord, les taux de cession d'affaires vie et santé ont fortement augmenté, passant de 1,8 % en 1990 à 3,8 % en 2003. En Europe occidentale, les taux de cession sont restés assez stables (1,2 % en 1990, 1,2 % en 2003, avec un déclin temporaire à 0,9 % en 1999). Au Japon, les cessions en vie et santé ont aussi progressé légèrement plus vite que les cotisations originales, qui ont stagné en termes réels. Cette tendance n'a toutefois pas eu un impact important en raison du niveau extrêmement faible des taux de cession. L'Amérique latine et l'Europe de l'Est ont enregistré des taux de croissance élevés, tant dans les affaires d'assurance que de réassurance.

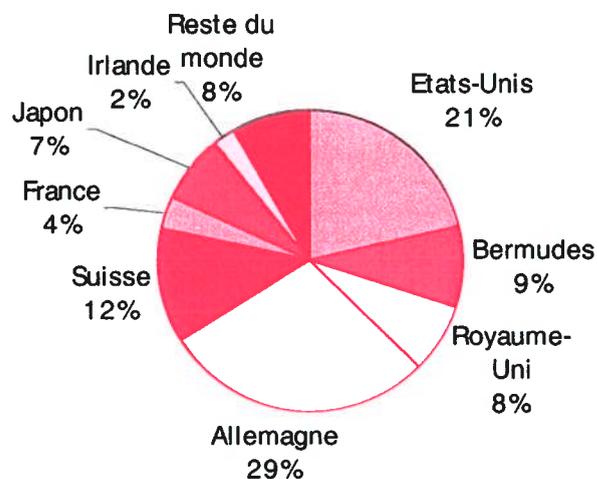
## Consolidation du secteur de la réassurance

**A** la suite de la pénurie de capacité et du problème des créances irrécouvrables auprès de réassureurs insolubles, une plus grande importance a été accordée à la **sécurité** et à la **notation** des réassureurs. Il s'en est suivi un « *flight to quality* » en faveur des grands réassureurs professionnels et au détriment des prestataires aux ressources financières plus limitées. Une vague de fusions et d'acquisitions a eu lieu entre 1994 et 1996 : les sociétés non-vie qui représentaient environ 13 % de la part du marché mondial sont passées sous le contrôle d'autres sociétés. Les acquéreurs ont dépensé au total plus de 40 Mds USD. Par conséquent, la part des quatre principaux réassureurs professionnels sur le marché non-vie a progressé, passant de 22 % en 1990 à 29 % en 1996 et à 36 % en 2003<sup>3</sup>.

D'après l'échantillon *Global Reinsurance Highlights* de Standard & Poor's<sup>4</sup>, 246 sociétés établies dans 51 pays ont émis pour 164 Mds USD de cotisations nettes en 2003. Ne sont pas inclus dans ce décompte certains acteurs plus petits positionnés sur des créneaux spécialisés, les *pools* de réassurance et les assureurs directs fournissant des couvertures de réassurance. Compte tenu des sociétés affiliées, 119 groupes indépendants et sociétés individuelles fournissaient des couvertures de réassurance aux assureurs directs. Même s'il était composé de 71 syndicats en 2003, souscrivant pour la plupart des affaires de réassurance, le Lloyd's est considéré comme un fournisseur consolidé. On peut donc en conclure qu'il y a actuellement environ 150 réassureurs professionnels en activité.

La réassurance est une activité dans laquelle dominent des sociétés de réassurance spécialisées qui ont leurs bases dans un nombre restreint de pays. Ainsi, 92 % du marché mondial de la réassurance est domicilié dans huit pays : les États-Unis, les Bermudes, le Royaume-Uni (marché de Londres), l'Allemagne, la Suisse, la France, l'Irlande et le Japon (cf. graphique 3). Les autres pays, en particulier les marchés émergents, comptent généralement un ou deux réassureurs qui se concentrent essentiellement sur leur marché national.

**Graphique 3 :**  
Principaux pays où sont domiciliés les groupes de réassurance



Sur les huit principaux centres de réassurance susmentionnés, six sont des « exportateurs nets » de services réassurantiels, cela signifiant qu'ils acceptent davantage d'affaires cédées par des sociétés étrangères qu'ils n'en cèdent eux-mêmes à des réassureurs étrangers<sup>5</sup>. Traditionnellement, les États-Unis sont le principal importateur net de réassurance. Plusieurs acteurs se sont retirés du marché de la réassurance américain à la suite d'opérations de *spin-off* et de *run-off*. La part de marché des réassureurs américains en mains étrangères est passée de 45 % en 2000 à 49 % en 2004.

Traditionnellement, les réassureurs internationaux originaires d'Allemagne, de Suisse et de France représentent une part importante du volume mondial de réassurance ; en 2003, celle-ci était de 45 %. Les réassureurs européens ont vu leur solidité financière se stabiliser en 2003 après deux années de pressions à la baisse dues aux lourdes pertes techniques qu'ils ont essuyées après le 11 septembre 2001, à la faiblesse de la souscription pendant la phase de *soft market* et à d'importantes pertes financières imputables à l'effondrement des marchés d'actions. Les réassureurs européens avaient investi nettement plus en actions que les (ré)assureurs américains. Nombre des principaux acteurs ont dû lever des capitaux après 2001 pour être en mesure de participer au *hard market*. Un redressement des marchés boursiers et de solides bénéfices d'exploitation ont ensuite contribué à rétablir la solvabilité des ténors du marché.

Malgré quelques difficultés au début des années 1990, le marché de Londres reste un centre de négoce très important pour les couvertures de réassurance. Le Lloyd's et les (ré)assureurs basés à Londres représentent 8 % du marché mondial. Toutefois, ce chiffre sous-estime probablement la véritable importance du marché de Londres étant donné qu'une grande partie des transactions réalisées par l'intermédiaire des courtiers de ce marché est placée auprès d'assureurs et de réassureurs d'Europe et d'ailleurs.

Ces dix dernières années, les Bermudes et, dans une moindre mesure, l'Irlande sont apparues comme d'importants centres *offshore* pour tous les types de couvertures de réassurance. Les Bermudes, qui ne sont désormais plus le « petit dernier » du marché, sont devenues peu à peu le quatrième marché de la réassurance au monde. C'est seulement en 1992/1993, lorsque furent créées des sociétés de réassurance spécialisées dans les catastrophes, que le pays est devenu un centre de la réassurance à part entière. Depuis 2001, c'est aux Bermudes que sont domiciliés la plupart des (ré)assureurs qui entrent sur le marché. De tous les centres de réassurance étrangers, les Bermudes représentent actuellement la principale source de capacité réassurantielle pour les sociétés américaines. C'est également aux Bermudes que l'on trouve le plus grand nombre de captives au monde, environ 60 % de leurs *sponsors* étant domiciliés en Amérique du Nord. La proximité géographique avec le continent américain, conjuguée à un régime fiscal et de surveillance avantageux, fait des Bermudes un lieu d'implantation de choix pour les captives et les réassureurs.

## La phase de *hard market* touche à sa fin

**A**près avoir amélioré les résultats et la capitalisation des entreprises, la phase de *hard market* touche à sa fin. Dans l'ensemble, la performance du secteur de la réassurance a reculé entre 2000 et 2002 en raison de la conjugaison de développements négatifs, tant à l'actif qu'au passif des bilans, plus particulièrement

l'événement du 11 septembre 2001 et la chute des marchés boursiers. Même si les réassureurs ont pu gérer ces chocs sans subir de défaillances majeures ou se rétracter au niveau de la fourniture de couvertures de réassurance, l'impact a été grave et a entraîné une rétrogradation de la notation de la plupart des grands réassureurs mondiaux.

L'heure n'étant plus à un excédent mais à une pénurie des capitaux, l'attitude des sociétés a changé. Elles ne sont désormais plus focalisées sur l'expansion et la diversification, mais se concentrent sur leur cœur de métier et la gestion des coûts ; la stratégie jadis offensive, dans laquelle le capital n'était pas une contrainte, a fait place à une stratégie défensive axée sur le financement, la garantie des liquidités, la libération de capitaux et le maintien de la flexibilité au niveau des actifs et des passifs. En 2003, la rentabilité et la capitalisation du secteur s'étaient améliorées et de nombreux réassureurs avaient retrouvé leur flexibilité financière. Dans le contexte financier actuel, marqué par le niveau très bas des rendements des investissements et l'improbabilité de toute amélioration fondamentale, une souscription technique rigoureuse reste une condition préalable à la rentabilité.

Les tarifs de réassurance augmentent depuis 2001, ce qui a relancé la rentabilité. Les résultats techniques des affaires non-vie se sont nettement améliorés, permettant des rendements des fonds propres à deux chiffres en 2003 et en 2004. À condition que les sinistres catastrophiques restent dans la moyenne, les rendements des fonds propres devraient afficher une forte amélioration en 2005.

En raison du niveau élevé des bénéfices et de l'augmentation de la dotation en capital des (ré)assureurs, les tarifs de réassurance ont atteint leur sommet et commencent à s'orienter vers la baisse. Trois facteurs pourraient malgré tout empêcher les prix de chuter aussi bas qu'au cours du dernier cycle de *soft market*. Premièrement, les résultats des investissements, en particulier les plus-values sur les capitaux, n'atteindront plus jamais le niveau record de la fin des années 1990, lorsque les marchés d'actions étaient à leur apogée. Deuxièmement, les (ré)assureurs ne disposeront que d'une capacité ténue car les actifs des réassureurs n'enregistreront, eux aussi, que des plus-values modérées. Finalement, les changements réglementaires visant un

renforcement des exigences en matière de capital vont absorber une partie des progrès récemment accomplis au niveau de la dotation en capital des réassureurs. L'Union européenne prépare par exemple une directive sur la réassurance (« procédure accélérée ») qui entend harmoniser la surveillance des sociétés de réassurance sur la base des principes des troisièmes directives sur l'assurance (« passeport unique », contrôle par le pays d'origine, règles régissant la solvabilité). D'après le calendrier actuel, les nouvelles dispositions entreront en vigueur d'ici à la mi-2007. La version actuelle propose d'appliquer aux réassureurs non-vie les exigences en matière de solvabilité auxquelles sont soumis les assureurs directs. La proposition discutée actuellement exige des réassureurs vie qu'ils disposent d'un capital aussi élevé que celui des assureurs directs non-vie pour soutenir leurs activités. L'introduction d'une norme uniformisée harmonisera les règles applicables pour les réassureurs opérant dans différentes juridictions. Dans plusieurs juridictions, ce sera la première fois que les réassureurs seront soumis à des exigences en matière de capital.

#### Notes

1. Cet article est une adaptation du chapitre « *The global reinsurance market* » rédigé par Thomas Holzheu et Roman Lechner, à paraître dans David Cummins et Bertrand Venard (éditeurs) : « *International Insurance Markets : Global Dynamics and Local Contingencies* », Warton School, Pennsylvania.

2. Les données utilisées dans le présent rapport sont pour la plupart issues des statistiques de marchés publiées par les associations d'assureurs, les autorités de surveillance et les agences de notation. Elles se rapportent aux affaires conclues par les sociétés d'assurances domiciliées dans les pays en question. Sont aussi généralement comprises les filiales de sociétés étrangères. Les chiffres globaux relatifs au marché sont obtenus en additionnant les données consolidées des différentes sociétés. Plusieurs points sont concernés par une comptabilisation double. Premièrement, il y a comptabilisation double lorsque les activités commerciales de la filiale sont enregistrées à la fois dans le pays où celle-ci est située et dans les comptes annuels consolidés de la société mère. Deuxièmement, pour éviter une comptabilisation double des cotisations cédées et des rétrocessions, nous avons, dans la mesure du possible, exclu du calcul le chiffre relatif aux rétrocessions pour chaque pays. Troisièmement, l'étude entend porter uniquement sur les transactions du marché « libre », c'est-à-dire hors transactions de réassurance intragroupe. Nous avons utilisé des estimations pour les pays dans lesquels aucune distinction explicite n'est établie dans les statistiques de marchés pour les transactions de réassurance intragroupe.

3. Il arrive que des parts de marché plus élevées soient citées pour les quatre principaux réassureurs. Cela s'explique par une définition plus restrictive du volume du marché (par exemple uniquement les réassureurs professionnels du Top 100 de S&P). Dans ce cas, le volume du marché est défini comme étant le volume total de cessions disponibles.

4. Standard & Poor's, *Global Reinsurance Highlights*, édition 2004.

5. Cf. par exemple International Association of Insurance Supervisors, *Global Reinsurance Market Report 2003*, décembre 2004.

# LA RÉASSURANCE MONDIALE EN 2005 : UNE CHANCE INSOLENT

*Philippe Renault*

*Directeur général, Benfield Paris*

*Emmanuel Dubreuil*

*Responsable R&D, Benfield Paris, étudiant au CHEA*

*Ce document reprend les principales conclusions du rapport « Outrageous Fortune - Reinsurance Market and Renewals Review » établi par l'équipe de Benfield Industry Analysis and Research en février 2005<sup>1</sup>.*

*Dans toute la suite de cette étude, sauf mention contraire, les analyses et les conclusions portent sur la réassurance au niveau mondial. Nous avons tenté de résumer les principaux faits marquants des derniers renouvellements sur le marché de la réassurance au niveau mondial.*

## ■ Événements exceptionnels

En 2004, l'industrie de l'assurance a subi pour la deuxième année consécutive les assauts d'une série d'événements catastrophiques exceptionnels. Si l'impact de cette sinistralité sur les réassureurs a pu être contenu grâce à un niveau de rétention élevé et au volume conséquent de sinistres conservés par les cédantes, le processus de détente amorcé sur le marché des catastrophes a marqué le pas à la suite des événements du troisième trimestre 2004, à savoir les cyclones sur la côte Est des États-Unis.

## ■ Tension sur les prix

Le mouvement important de hausse des taux qui avait été imposé au marché depuis 2000, puis accéléré par le sinistre du World Trade Center, est aujourd'hui perçu par certains réassureurs comme une opportunité permettant de combiner détente des taux et maintien

de la rentabilité. En effet, des réassureurs pensent que les taux de certaines branches ont atteint un tel niveau que l'on peut se permettre de baisser les tarifs tout en maintenant un bon niveau de rentabilité. S'il n'y a pas de consensus sur l'ampleur, possible ou potentielle, de ce réajustement tarifaire, un certain nombre d'acteurs estime que des affaires sont déjà souscrites en deçà du prix technique, c'est-à-dire sur la base de ratios combinés égaux, voire supérieurs à 100 %.

## ■ Pas de sortie du tunnel en vue

Malgré la progression enregistrée en 2004, les marchés financiers restent très éloignés du niveau exceptionnel ayant conduit au retournement de tendance de la fin des années 1990. Une chose est sûre : la faiblesse des niveaux de rentabilité laisse peu de marge de manœuvre à ceux des souscripteurs qui se seraient montrés trop optimistes.

## ■ Effet domino des notations

L'influence des agences de notation continue à peser de manière significative sur le marché. L'expérience de Converium montre de manière exemplaire comment l'utilisation d'un niveau minimal de notation peut se traduire par une pression potentiellement fatale sur des réassureurs en détresse.

## ■ Financement de la réassurance

La conjonction de la détente observée sur le marché de la réassurance et de l'abondance des capacités conventionnelles s'est traduite par une réduction des capitaux affluant en direction des structures de réassurance traditionnelles. Parallèlement, on constate une progression de la part des fonds spéculatifs dans le financement des capacités traditionnelles de réassurance catastrophe.

## ■ Expiation du passé

L'année 2004 a confirmé la tendance au fléchissement du mouvement de repentance vis-à-vis des péchés passés avec un renforcement global de provisions stabilisé juste sous le seuil des USD 5 milliards, un chiffre à mettre en perspective avec le renforcement de USD 11 milliards enregistrés à la même époque de l'année précédente.

## ■ Perspectives pour 2005

C'est bien la décorrélation entre la sinistralité exceptionnelle de 2004 et la situation du marché lors des renouvellements 2005 qui nous a conduits à donner son titre à ce rapport. En effet, contrairement à ce que tout le monde attendait, le marché de la réassurance a traversé l'exercice 2004 avec « une chance insolente », sans souffrir particulièrement des événements tempête majeurs qui se sont succédés. En conséquence, le renouvellement 2005 a été marqué par l'absence classique de lien entre les appels à la discipline lancés par les directions générales des réassureurs et le comportement sur le terrain des souscripteurs ; une pratique qui laisse à penser que le sentiment de confort procuré par la solidité des bilans va de nouveau inciter à une focalisation sur la part de marché et faire monter la pression concurrentielle.

La campagne 2005 semble avoir été marquée par le sentiment – largement partagé – que, malgré la légère détente de 2004, les taux peuvent encore baisser compte tenu de l'amélioration généralisée des bilans, elle-même consécutive à l'effet combiné de l'afflux de capitaux et de l'amélioration des résultats techniques.

Le recours accru à la modélisation et une attention plus forte portée à la rentabilité du capital continuent néanmoins à promouvoir une certaine discipline sur le marché. Cependant, les renouvellements ont été marqués par le thème central selon lequel, en dommages et pour quelques types de responsabilité civile, les souscripteurs ont montré une propension à minorer leur offre initiale afin d'attirer les affaires les meilleures. Une pratique apparemment justifiée par l'argument selon lequel les taux techniques demeurent plus que suffisants en raison des augmentations imposées lors des années précédentes. En conséquence, alors que certains pensent qu'il existe encore une marge de manœuvre pour une combinaison de baisse des taux et de poursuite de la rentabilité, d'autres estiment que les prix sont déjà trop bas.

Si le volume élevé des résultats et les mesures prises pour combler les déficits de provisions techniques ont allégé la pression pesant sur les bilans, les capacités restent abondantes dans presque toutes les branches et l'apport supplémentaire de capitaux en provenance des fonds spéculatifs venant opérer sur le marché des catastrophes est considéré par certains comme un facteur potentiel de déstabilisation.

Alors que certains souscripteurs estiment que les événements de 2004 peuvent avoir eu pour effet de repousser le moment – difficile – où il faudra choisir qui de la cotisation, de la rentabilité ou du capital devra être sacrifié, d'autres semblent avoir déjà échoué à ce test de discipline.

Encore une fois, la tendance observée est le résultat de la pression exercée sans relâche par les agences de notation financière, les autorités de contrôle et les investisseurs qui, tous, exigent des réassureurs un niveau élevé de retour sur investissement et d'adéquation du capital. De plus, le stade auquel nous sommes parvenus dans le présent cycle diffère considérablement du retournement du précédent cycle en ce sens que les revenus des investissements

sont insuffisants pour compenser les pertes de souscription. Les plus-values en capital, largement utilisées pendant plusieurs années à la fin de la décennie quatre-vingt-dix comme remède miracle à la sous-tarification chronique de l'époque, font désormais définitivement partie du passé.

## Les faits marquants en 2004-2005

### ■ Campagne de renouvellement 2005 : commentaires généraux

Les taux en réassurance catastrophe ont continué à se détendre dans la plupart des territoires même si les événements du troisième trimestre 2004, à savoir les cyclones américains, ont constitué un facteur de stabilisation pour les zones touchées et très fortement exposées. En responsabilité civile, on constate une stabilité des taux, à l'exception notable de la branche

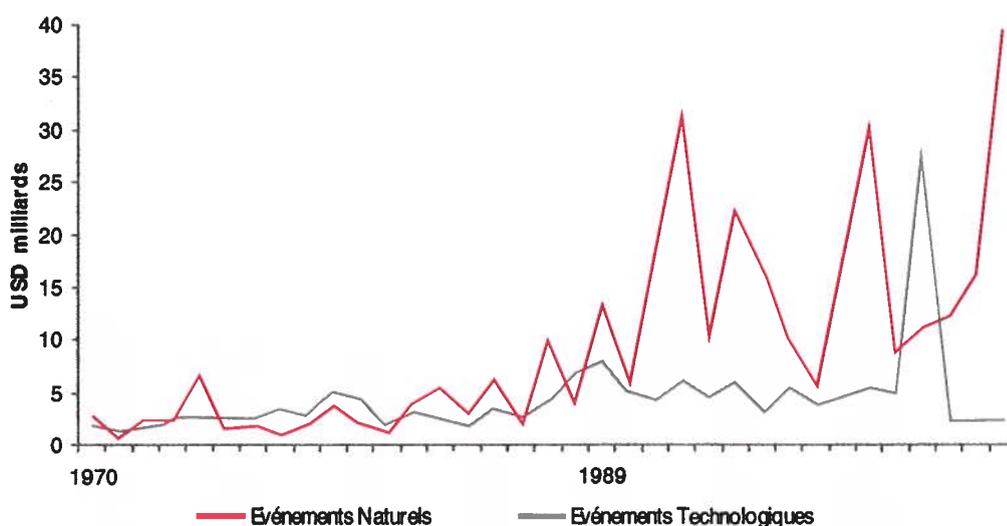
RC des dirigeants ainsi que de la réassurance automobile en France. Certaines branches spécialisées, comme par exemple l'aviation, ont vu leurs taux baisser en l'absence de sinistralité significative. D'une manière générale, malgré une tendance à un léger reflux des prix dans de nombreuses branches, les conditions contractuelles des protections, notamment en RC, n'ont pas évolué en profondeur.

### ■ Sinistres catastrophiques

L'année 2004 s'est révélée l'exercice le plus coûteux jamais enregistré par les assureurs dommages qui ont dû régler pour plus de USD 40 milliards avant même le tsunami qui a frappé l'Asie du Sud-Est. Ce résultat est dû à l'évolution du troisième trimestre 2004 qui a de manière brutale mis un terme à la tendance affichée au premier semestre – qui avait pourtant connu des dommages assurés catastrophe inférieurs à la moyenne. Le coût final des quatre ouragans américains, pour l'instant de l'ordre de USD 28 milliards, ne devrait pas être connu avant mi-2005.

#### Sinistralité catastrophe en valeur 2004

(Source : Swiss Re)



### Dommmages assurés majeurs 2004

(Source : Munich Re)

| Date      | Pays/Région         | Evénements      | Pertes Humaines | Dommmages économiques millions USD | Dommmages Assurés millions USD |
|-----------|---------------------|-----------------|-----------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Septembre | USA, Caraïbes       | Ouragan Ivan    | 125             | 20 000                             | 11 700                         |
| Octobre   | USA, Caraïbes       | Ouragan Charley | 32              | 21 300                             | 7 600                          |
| Septembre | USA, Caraïbes       | Ouragan Frances | 39              | 8 400                              | 4 700                          |
| Septembre | USA, Caraïbes       | Ouragan Jeanne  | 2 000           | 6 600                              | 4 500                          |
| Septembre | Japon, Corée du Sud | Typhon Songda   | 41              | 6 000                              | 3 000                          |
| Octobre   | Japon               | Typhon Tokage   | 80              | 2 500                              | 1 100                          |
| Août      | Japon, Guam         | Typhon Chaba    | 16              | 2 000                              | 950                            |
| Mai       | USA                 | Tomades         | 4               | 1 100                              | 800                            |
| Mai/Juin  | USA                 | Tomades         | 10              | 700                                | 500                            |
| Octobre   | Japon               | Séisme          | 39              | 28 000                             | 450                            |
| Total     |                     |                 | 2 386           | 96 600                             | 35 300                         |

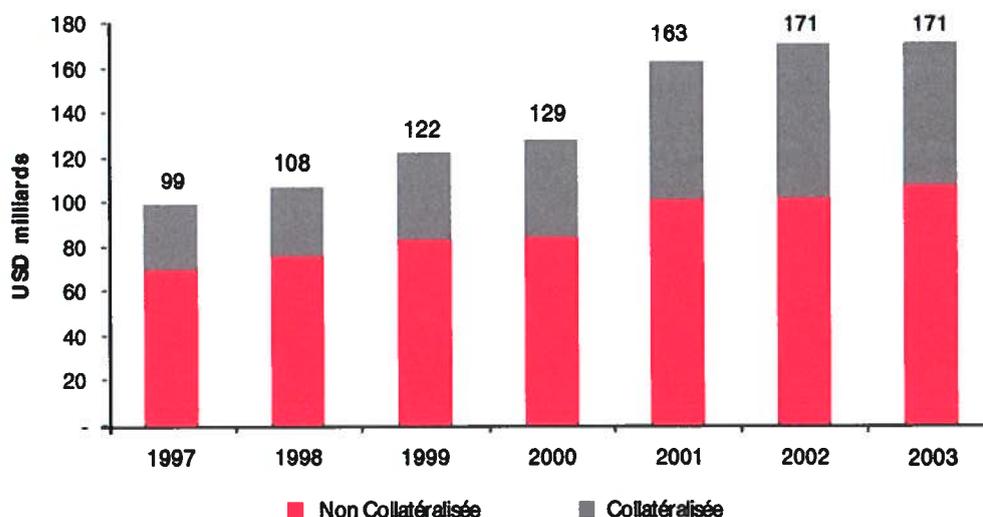
## ■ Risque de crédit et notation de la dette

Le ralentissement de la croissance des provisions techniques à charge des réassureurs et la progression des capitalisations consécutive aux niveaux élevés

de résultats techniques ont permis de réduire la tension sur les bilans qui avait atteint un sommet en 2002. L'influence des agences de notation reste importante et, malgré la baisse du nombre de révisions de la notation des réassureurs, la qualité générale de la dette des réassureurs a continué à se dégrader.

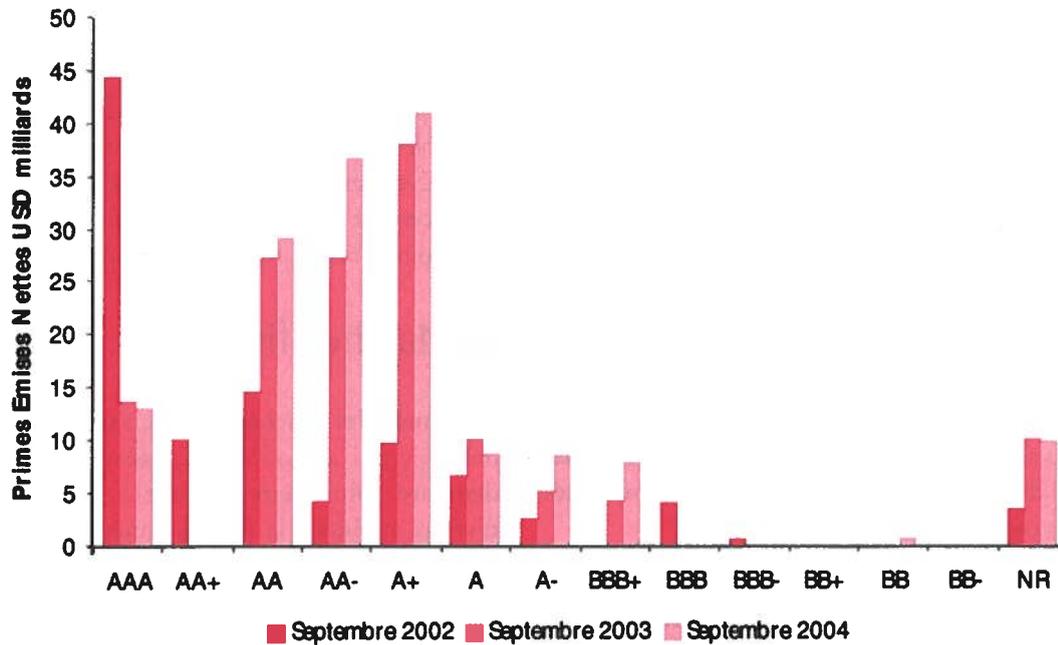
### Provisions à charge des réassureurs pour les assureurs américains non-vie

(Source : RAA et Benfield)



### Notation S&P des primes de réassurance

(Source : S&P et Benfield)



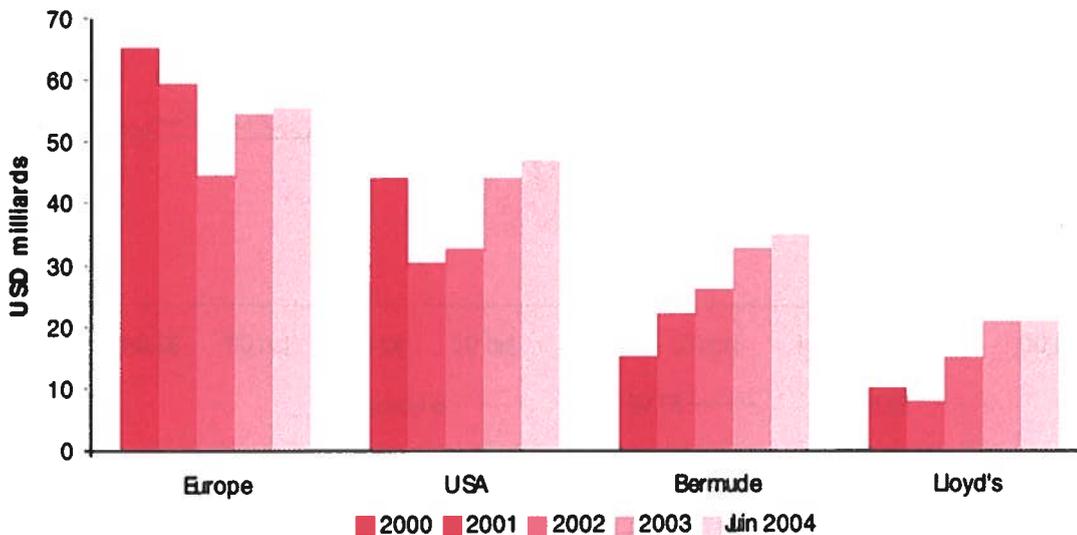
### ■ Activité des sociétés et gestion des capitaux

La problématique de la gestion active du capital reste un thème central pour les réassureurs. Offrir une rentabilité attractive est devenu plus ardu étant donné la baisse du nombre d'opportunités de croissance organique. Dans un marché marqué par la détente, le flot des opérations de création de

réassureurs et de fusions/acquisitions, naguère impétueux, s'est réduit à un simple filet. Par ailleurs, le nombre et la taille des sorties, par rapport à la même époque de l'année précédente, permet de dire que le processus de « sélection naturelle » du secteur arrive à son terme. Parallèlement, il a été amplement question du traitement à accorder à la gestion du capital excédentaire, dont une partie a même été remboursée aux actionnaires.

### Fonds propres de la réassurance

(Source : Bilans et Benfield)



## ■ Fonds spéculatifs et réassurance

Le rôle joué par les fonds spéculatifs comme source de capitaux pour la réassurance n'a cessé de prendre de l'ampleur en 2004. La nature volatile et décorrélée de la réassurance des risques catastrophiques constitue un facteur d'attraction pour les grands fonds cherchant à élargir le champ de leurs activités en réponse à la baisse de rentabilité des stratégies d'investissement traditionnelles. Cette diversification supplémentaire du capital a pour effet de renforcer la solidité du secteur de la réassurance, mais la vaillance des fonds spéculatifs reste encore à confirmer, sans parler du fait qu'il faudra surveiller combien de temps ils seront capables de représenter une source de capacité durable dès lors qu'ils auront été impliqués dans des événements majeurs.

## ■ Renforcement des provisions techniques

Beaucoup ont avancé que le besoin de renforcement des provisions techniques a eu un effet négatif sur la

tarification. S'il est certain que les bilans hérités du passé ont dans de nombreux cas impacté les résultats 2002 et 2003, la situation en 2004, même en l'absence des chiffres (importants) du quatrième trimestre, semble plus sereine, seul un nombre très réduit de sociétés ayant procédé à des ajustements en la matière. Il est probable, et même certain pour l'amiante et les sinistres RC des exercices 1997-2001, que le processus de renforcement des provisions techniques va se ralentir, sans pour autant s'arrêter complètement.

## ■ Marchés financiers

Même si les marchés financiers ont connu en 2004 un répit qui a profité aux réassureurs, la situation demeure loin d'être favorable par rapport aux niveaux atteints à la fin des années 1990, époque à laquelle la forte rentabilité des investissements permettait de compenser la médiocrité des résultats techniques. La bonne tenue des actions au quatrième trimestre n'a pas été confirmée par le marché obligataire qui s'est révélé incapable de maintenir les avancées engrangées durant les six premiers mois de l'exercice.

**Marchés action**  
(Source : Bloomberg)

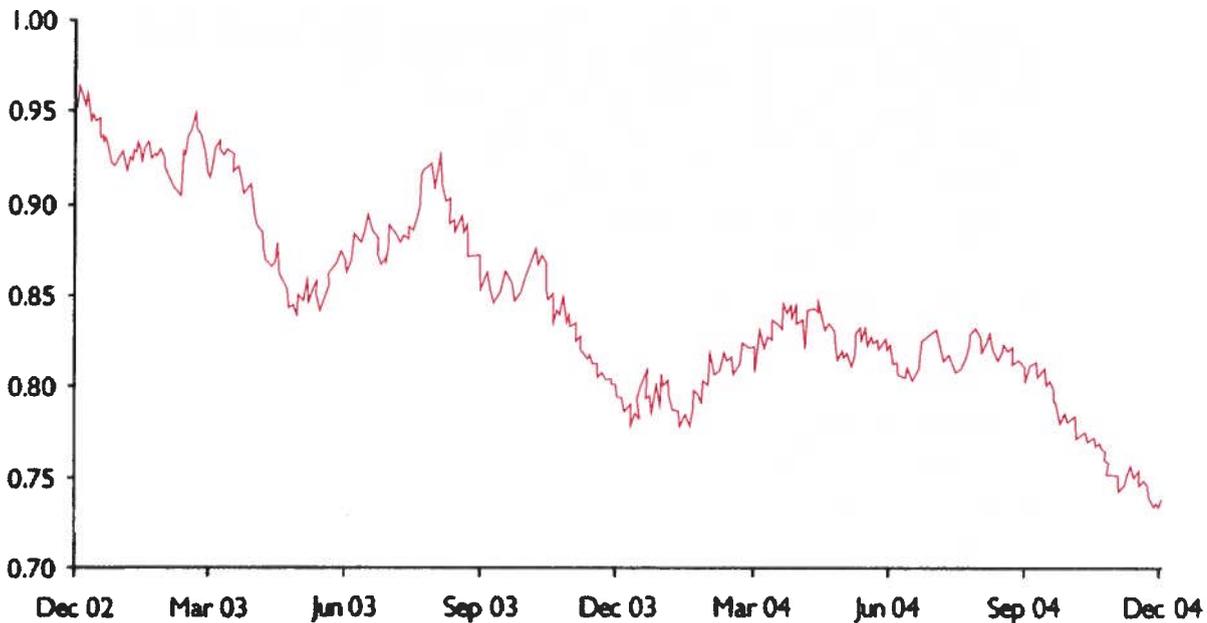


La chute du dollar a également impacté le bilan de nombreux réassureurs, le marché américain étant un

marché prépondérant et de nombreuses couvertures étant exprimées dans cette monnaie.

### Taux de change USD/EUR

(Source : Bloomberg)



## ■ Autorités de contrôle

Les investigations diligentées par le Bureau du procureur de l'État de New York contre un certain nombre d'acteurs de l'assurance ont eu un impact considérable au quatrième trimestre 2004 sur les titres du secteur ainsi que sur les revenus de certains courtiers. Ces développements ont eu peu (ou pas) d'effets sur les prix de l'assurance et/ou de la réassurance et n'ont pas non plus bouleversé le déroulement de la campagne des renouvellements de fin d'année. Il faudra attendre encore pour savoir si l'action menée par le régulateur new-yorkais et ses nombreux développements sur le plan réglementaire auront, à long terme, des conséquences sur la tarification de l'assurance et de la réassurance.

## ■ Garanties terrorisme : point de situation

Bien que la capacité commerciale disponible semble désormais suffisante pour satisfaire une demande

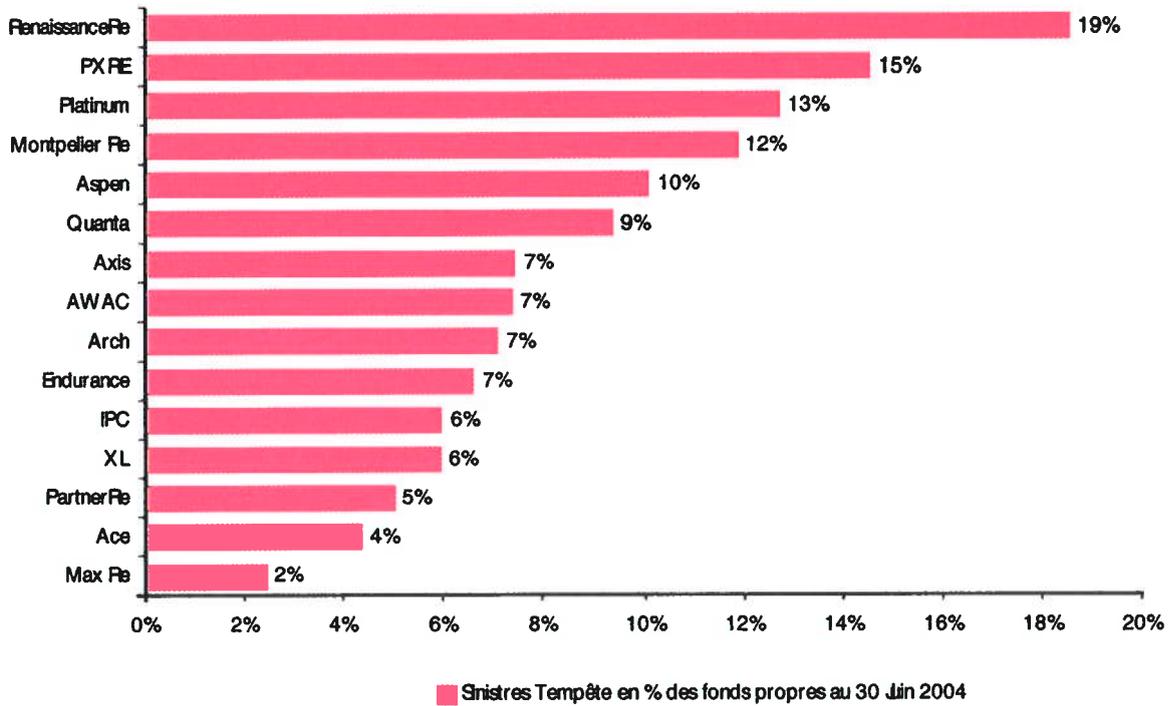
relativement faible sur la plupart des marchés, la majorité des observateurs continue à considérer cette même capacité comme insuffisante en cas d'événement catastrophique. Ces mêmes observateurs s'accordent pour estimer que l'intervention des gouvernements (aide à la mise en place de solutions commerciales adaptées et prise en charge des exclusions) continuera à constituer l'un des éléments clés de l'assurance des risques de terrorisme.

## ■ Nouvelles du marché bermudien

Les réassureurs bermudiens ont continué à démontrer leur vigueur tout au long de l'exercice 2004 en dépit des turbulences du troisième trimestre dominé par la succession d'ouragans et de cyclones qui s'est abattue sur le sud-est des USA et le Japon. L'analyse des résultats des sociétés bermudiennes confirme que ces tempêtes se sont surtout fait sentir au niveau du résultat technique, mais que leurs effets sur les bilans sont restés minimes, voire inexistantes.

**Sinistres cyclones du 3<sup>e</sup> trimestre 2004 en % des fonds propres**

(Source : Informations compagnies et Benfield IAR)



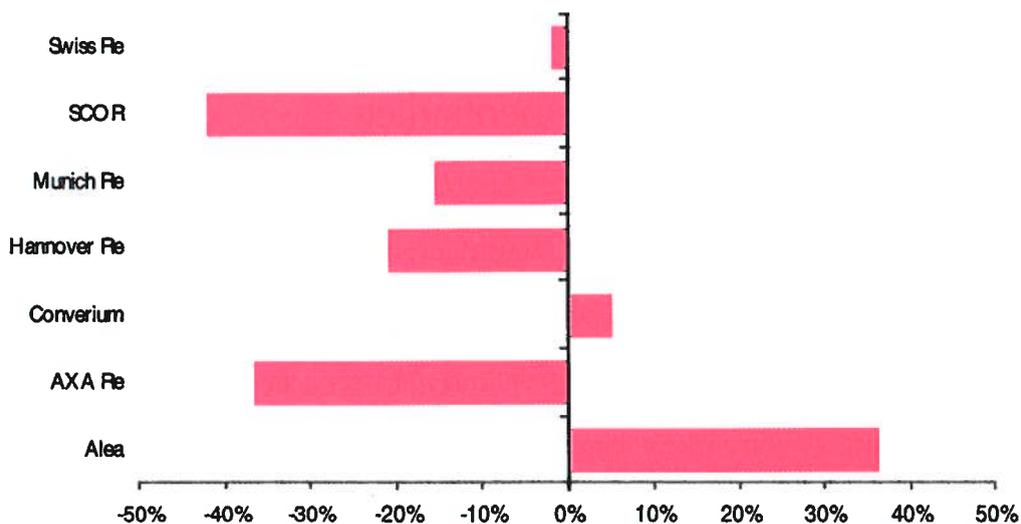
■ **Nouvelles du marché européen**

Les réassureurs européens ont terminé l'exercice 2004 secoués mais pas abattus. En dépit d'une sinistralité record en tempête, seul Converium a annoncé une perte (avant impôt) au troisième trimestre, le revenu

dérivé des branches non exposées aux événements catastrophiques faisant preuve d'une solidité remarquable. Les bilans, quant à eux, restent non affectés. On constate au global une diminution de l'encaissement, reflet de l'effet conjugué d'un dollar faible sur les affaires libellées dans cette monnaie et de l'application de règles de souscription draconiennes.

**Évolution des encaissements bruts en 2004 (9/2003-9/2004, sauf Swiss Re et Alea 6/2003-6/2004)**

(Source : Informations compagnies et Benfield IAR)



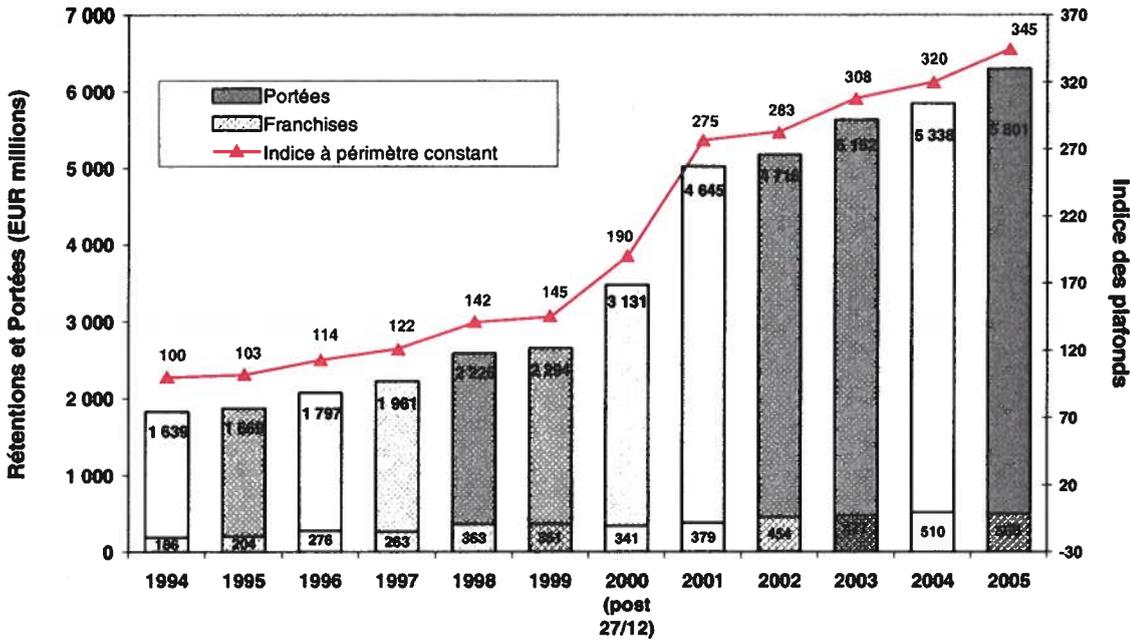
## ■ Nouvelles du marché français

Lors du dernier renouvellement des protections tempête sur le marché français, les capacités de réas-

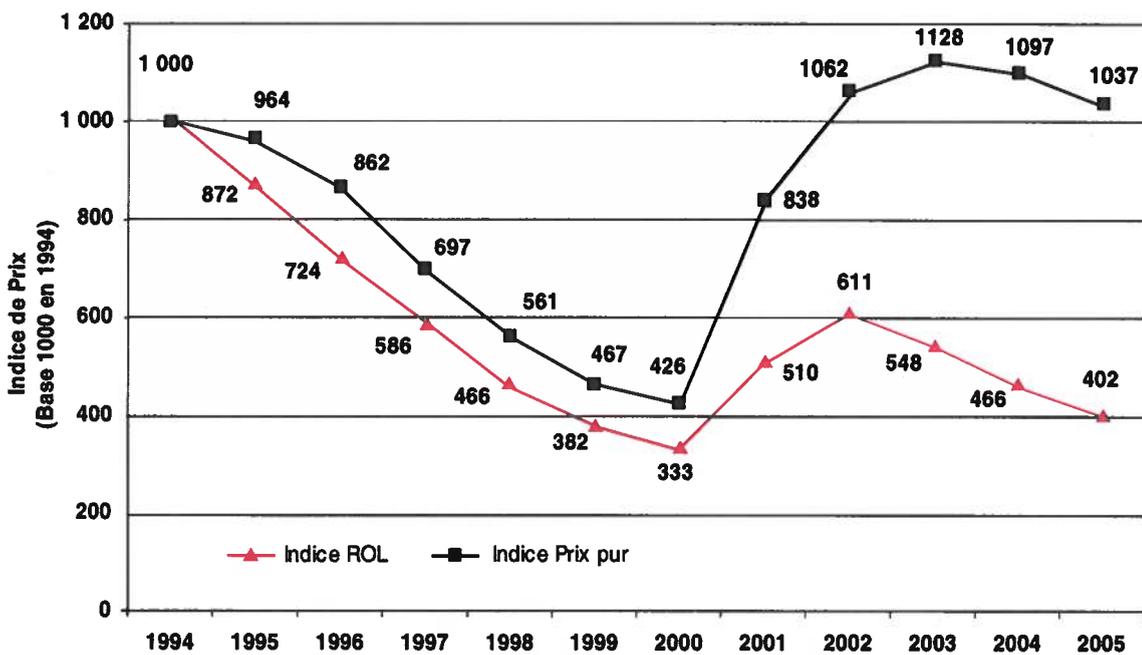
surance achetées ont à nouveau augmenté de 8,7 % en 2005, après avoir plus que doublé depuis 1999.

Les franchises sont restées stables, en baisse de 2 %, ainsi que les rétentions (toutes formes de franchises confondues) en légère diminution de 0,2 %.

Evolution des plafonds



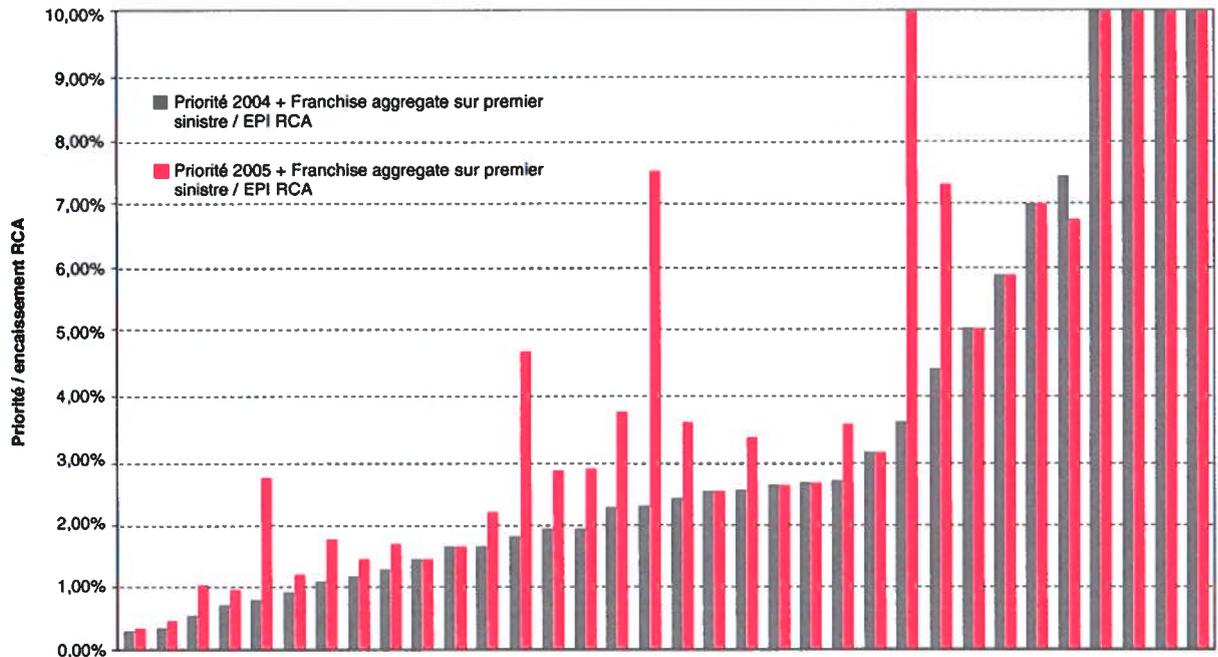
En 2005, les prix ont diminué de 5,5 % tandis que les budgets ont augmenté de 1,6 %.



Lors du renouvellement des couvertures automobile, les franchises ont augmenté de 24 % en moyenne, de plus les conservations sur premier sinistre à charge des tranches « illimitée » ont augmenté de 53 %. Ces résultats proviennent d'un échantillon couvrant 62 %

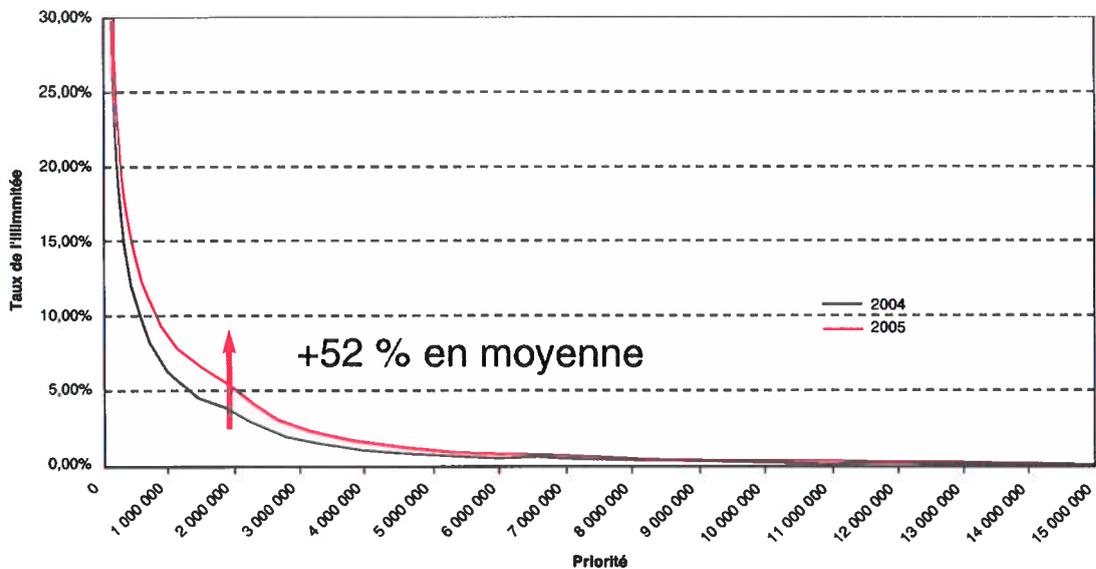
du marché français (78 % pour la tranche illimitée). Le seuil de déclenchement de l'illimitée a été relevé (passant d'un niveau majoritairement à EUR 8 millions en 2004, à EUR 10 millions en 2005, voire EUR 15 millions).

### Évolution des conservations sur premier sinistre à charge de l'illimitée



En 2005, les prix ont augmenté (hors effet de structure) d'environ 52 %, et ce malgré l'apparition de nouvelles capacités.

### Courbe marché 2004 & 2005



Le budget global alloué à la couverture de cette branche reste néanmoins stable, la hausse des rétentions compensant la hausse des taux.

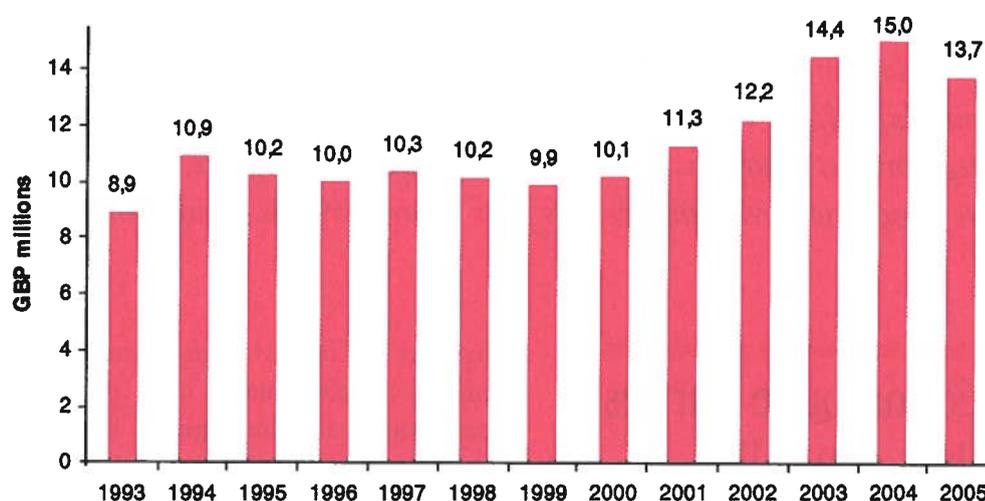
## ■ Nouvelles du marché de Londres

« Toutefois, si nous devons nous situer quelque part sur la courbe de ce cycle, la place que nous occupons actuellement est l'une des meilleures. Nous disposons, d'une part, de revenus solides engrangés

durant la période faste et dont nous profitons pleinement et, d'autre part, nous nous trouvons devant des perspectives favorables compte tenu de l'évolution des taux, dont certains baissent alors que d'autres se maintiennent, voire progressent... Le Lloyd's, qui est entre de bonnes mains, bénéficie d'une solide gouvernance et, pour une fois, quelle que soit la folie de la concurrence, cette dernière vient de l'extérieur ». Cette déclaration de Robert Hiscox, président de Hiscox PLC, résume bien la situation du marché anglais.

### Capacité du Lloyd's – 1993 à 2005

(Source : Lloyd's)



## ■ Nouvelles du marché US

Les réassureurs américains n'ont été que modérément touchés par les événements tempête du troisième trimestre 2004. La fréquence des sinistres a mis en

pièce tous les scénarios formulés en 1992 à la suite de l'ouragan Andrew et a conduit à un réexamen de la question des cumuls indirects. Quoiqu'il en soit, comme aux Bermudes et en Europe, ces événements se sont principalement traduits par un tassement des revenus et ont laissé les bilans intacts.

### Note

1. Le document intégral, rédigé en anglais, peut être téléchargé à l'adresse :

<http://www.benfieldgroup.com/research/reports/industry+analysis+and+market+review/index.htm>

# LA RÉASSURANCE FRANÇAISE EN 2004

*Pascal Bied-Charreton*

*Directeur des études, des statistiques et des systèmes d'information, FFSA*

*Thierry Masquelier*

*Président, ARF, Association des réassureurs français*

*Le début du XXI<sup>e</sup> siècle est une période agitée pour les réassureurs. Après la montée du risque terroriste (2001), la chute des marchés financiers (2001/2003), l'augmentation des risques de souscription aux États-Unis, l'année 2004 est marquée par des catastrophes naturelles d'une envergure exceptionnelle. Pourtant, dans cette période qui reste difficile, les résultats cumulés des réassureurs français sont redevenus positifs pour la première fois depuis l'an 2000.*

---

## Une année marquée par les catastrophes naturelles

---

L'année 2004 restera longtemps l'année du tsunami dans l'Océan Indien qui a, en quelques heures, le lendemain de la fête de Noël, causé 200 000 victimes. Un désastre humain, et aussi un désastre économique dans une région du monde en plein essor, notamment touristique. Sans que cela ne répare en rien ce terrible drame humain, les assureurs et réassureurs contribueront à financer la reconstruction des dégâts avec une prise en charge estimée à 4 milliards d'euros, alors que son coût total est estimé à 9 milliards d'euros.

Mais, 2004 a aussi été le théâtre de très nombreux ouragans et tempêtes tropicales, tant au sud-est des États-Unis (Golfe du Mexique) qu'en Extrême-Orient

(Japon et Philippines). Bien entendu, et fort heureusement, ces phénomènes n'ont pas eu les mêmes conséquences au plan humain. En revanche, leurs conséquences économiques sont encore plus importantes. Ces cataclysmes étant en effet survenus dans des zones beaucoup plus développées au plan économique, le volume des risques assurés s'en trouve nettement plus élevé.

À cette longue liste de catastrophes naturelles, il faut aussi ajouter un tremblement de terre survenu au Japon (18 milliards d'euros de dégâts). Pourtant, puisque ce pays couvre les dommages de ce type par un dispositif national, l'assurance et la réassurance mondiale n'ont pas été significativement touchées.

Au total, ce sont 35 milliards d'euros d'indemnités que versera l'industrie de l'assurance au titre de ces événements. C'est presque autant que le cumul des indemnités versées au titre des événements naturels les trois années précédentes, soit 38 milliards d'euros (source Munich Re). C'est aussi un montant qui approche le cumul de deux des années les plus coûteuses

de la décennie précédente : 1999, avec de très violentes tempêtes en Europe, et 1992, année du cyclone Andrew. Pour ce qui est de la sinistralité des grands risques industriels, il convient en revanche de constater une année de sinistralité relativement faible,

avec toutefois une exception pour le secteur de l'énergie qui a connu quelques événements significatifs. Pour faire face à cette situation exceptionnelle, l'industrie de la réassurance avait fort heureusement commencé 2004 mieux armée, après plusieurs années difficiles.

**Tableau 1 :**  
**Événements naturels de coût assuré supérieur à 400 millions d'euros, survenus en 2004, dans le monde**

| Date               | Événement   | Coûts estimés en millions d'euros |               |
|--------------------|---|-----------------------------------|---------------|
|                    |   | Coûts économiques                 | Coûts assurés |
| mai                | Tornades, inondations et grêles (États-Unis)          | 850                               | 600           |
| mai/juin           | Tornades (États-Unis)                                 | 550                               | 400           |
| août               | Ouragan Charley (Cuba, États-Unis)                    | 14 300                            | 6 000         |
| août               | Typhon Chaba (Guam, Japon, Philippines)               | 1 700                             | 700           |
| septembre          | Ouragan France (Bahamas, États-Unis)                  | 8 500                             | 3 850         |
| septembre          | Typhon Songda (Corée du Sud, Japon)                   | 6 200                             | 3 200         |
| septembre          | Ouragan Ivan (Caraïbes, États-Unis)                   | 17 300                            | 8 650         |
| septembre          | Tempête tropicale Jeanne (Bahamas, États-Unis, Haïti) | 6 500                             | 3 500         |
| octobre            | Typhon Tokage (Guam, Japon)                           | 4 100                             | 900           |
| octobre            | Tremblement de terre (Japon)                          | 18 300                            | 400           |
| décembre           | Tempête Dagmar (Ouest de l'Europe)                    | 900                               | 450           |
| décembre           | Tremblement de terre et raz-de-marée (Extrême-Orient) | 9 000                             | 3 850         |
| <i>Source Scor</i> |   | <b>88 200</b>                     | <b>32 500</b> |

Pour un marché mondial de l'assurance estimé à 2 100 milliards d'euros, le marché de la réassurance est estimé à 135 milliards d'euros. Sur ces 135 milliards, 100 milliards sont effectivement cédés sur le marché international, le solde correspondant à des opérations de cession internes (par exemple, entre un assureur et sa filiale de réassurance ou un groupe industriel et sa captive spécialisée) ou à des opérations vers des structures nationales spécifiques (par exemple vers des « *pools* » de grands risques). Ce marché est très concentré (*cf.* tableau n° 2).

Les cinq premiers acteurs couvrent aujourd'hui 45 % du marché qui reste dominé par quelques grands fournisseurs au premier rang desquels deux « géants » :

Munich Re (26,2 MD euros de CA) et Swiss Re (25,6 MD euros de CA). Il faut toutefois noter que des acteurs de création plus récente se développent rapidement et, notamment, les réassureurs « bermudiens » qui occupent aujourd'hui de belles places dans le « top 10 ».

Dans ce panorama mondial, il faut aussi insister sur la dégradation très nette des notes attribuées par les analystes financiers. Cette dégradation traduit à la fois une détérioration absolue de la situation financière des acteurs mais aussi, et peut être surtout, les doutes que les analystes financiers peuvent avoir sur ce secteur qui vient de traverser une série d'années difficiles.

Tableau 2 : Les principaux réassureurs mondiaux

|    |                   |            | Primes<br>nettes | Notation S&P |             |
|----|-------------------|------------|------------------|--------------|-------------|
|    |                   |            |                  | nov.<br>2001 | mai<br>2005 |
| 1  | Munich Re         | Allemagne  | 26,2             | AAA          | A+          |
| 2  | Swiss Re          | Suisse     | 25,6             | AAA          | AA          |
| 3  | Berkshire/Gen Re  | États-Unis | 11,0             | AAA          | AAA         |
| 4  | Hannover Re       | Allemagne  | 10,1             | AA+          | AA-         |
| 5  | GE Insurance Sol. | États-Unis | 8,2              | AAA          | A           |
| 6  | Everest Re        | Bermudes   | 4,5              | AA-          | AA-         |
| 7  | XL Re             | Bermudes   | 4,1              | AA           | AA-         |
| 8  | Partner Re        | Bermudes   | 3,9              | AA           | AA-         |
| 9  | Transatlantic Re  | États-Unis | 3,7              | AA           | AA          |
| 10 | Converium         | Suisse     | 3,6              | A            | BBB+        |
| 11 | RGA               | États-Unis | 3,3              |              | AA-         |
| 12 | Scor              | France     | 3,3              | AA-          | BBB+        |
| 13 | Odyssey Re        | États-Unis | 2,4              | BBB-         | A-          |
| 14 | Tempest Re        | Bermudes   | 1,7              |              | A+          |
| 15 | CCR               | France     | 1,7              |              | AAA         |

(En milliards de dollars, taux de change au 31 décembre - Classement provisoire (Source : Scor)

Les meilleurs résultats de la plupart des acteurs en 2004 laissent présager certainement un retour vers de meilleurs cieux, dû principalement – on le verra dans les chiffres français – à une amélioration des conditions de souscription. À ce jour, attendant sans doute confirmation sur une plus longue période de ces chiffres, les analystes maintiennent leurs réserves. Il est toutefois improbable que les notes puissent retrouver les excellents niveaux antérieurs. En effet, les marchés financiers tendent aujourd'hui à privilégier les titres à faible volatilité et à sanctionner l'incertitude. Or, si le métier de réassureur consiste précisément à mutualiser des risques très volatils pour en réduire l'effet, on ne peut supprimer totalement la volatilité dans cette activité. Les réassureurs devront donc continuer à piloter leur activité en conciliant cette pression des marchés financiers, avec les exigences contradictoires de leurs clients, pour des prix toujours plus compétitifs, et de leurs actionnaires, à la recherche de rendements de plus en plus élevés pour les capitaux investis.

Ce pilotage délicat freinera inévitablement le développement de l'offre de nouvelles capacités. Sur ce plan, il faut noter que si l'offre en risque « Cat-nat » croît significativement en 2004 et 2005, les capacités « grands risques d'entreprises » sont, elles, plutôt stables après avoir, il est vrai, fortement crû au cours

des années précédentes – sous l'effet notamment des attentats de 2001.

## Poursuite du redressement de la réassurance française

La réassurance française n'a pas été épargnée par les différentes crises du début des années 2000. La baisse drastique des revenus financiers à partir de 2001 et de grandes difficultés rencontrées notamment sur les marchés américains avaient fortement dégradé les équilibres techniques des principaux acteurs français. Pour rétablir la situation, ceux-ci ont principalement engagé deux types d'actions : réduction des engagements, par des révisions très significatives de leurs portefeuilles d'activité, amélioration des conditions de souscription et réduction de leurs coûts. Ces actions se traduisent très nettement dans les chiffres que la FFSA et l'Association des réassureurs français (ARF) viennent de publier.

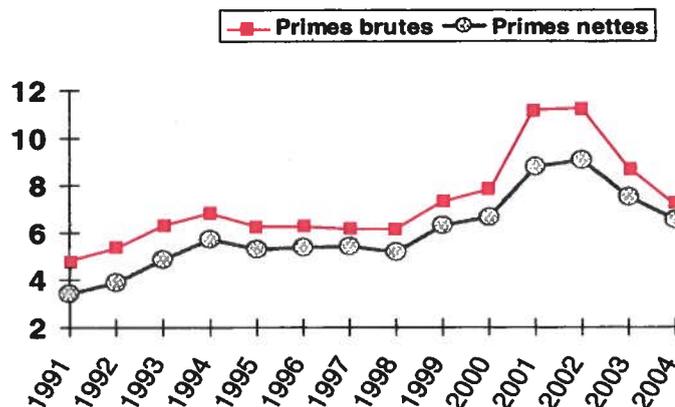
L'ARF regroupe, à ce jour, les principaux réassureurs français (Axa Re, CCR, Scor, PartnerRe, Swiss

Re France, XL Re Europe, etc.). Les chiffres que nous publions tiennent compte de l'ensemble de leur activité, qu'elle s'exerce en France ou à l'étranger. Pour les filiales de structures étrangères, seules sont comptabilisées les opérations effectuées par la structure basée en France. Autrement dit, sont retenus les comptes consolidés pour les réassureurs dont le siège social du groupe est domicilié en France, et les comptes sociaux

pour les réassureurs dont le siège social du groupe est domicilié hors France et travaillant en France par filiale ou succursale. La première indication apportée par ces chiffres concerne la très forte réduction du chiffre d'affaires. Après deux années (2001, 2002) pendant lesquelles le chiffre d'affaires brut s'est trouvé supérieur à 11 milliards d'euros, le CA 2004 de la réassurance française est limité à 7,2 milliards d'euros.

**Primes brutes émises**

(en milliards d'euros)



Avec 7 % du marché mondial, le marché français est devancé par les principaux fournisseurs que sont les sociétés allemandes (26 %), celles des États Unis (19 %), des Bermudes (17 %) et de Suisse (16 %). Cette diminution du chiffre d'affaires s'explique principalement par une forte réduction d'activité de deux des principaux opérateurs (Scor et Axa Re) sur un certain nombre de marchés, et notamment, sur le marché américain. Le résultat du « recentrage » de

ces acteurs est d'ailleurs un retour du volume de ce marché à un niveau comparable à ce qu'il était avant la forte progression de 2001. Il faut aussi noter qu'une part du chiffre d'affaires reste libellée en dollars pour les traités internationaux et que la baisse de cette monnaie, relativement à l'euro, explique dans une moindre mesure le recul.

La chronique des résultats est encore plus significative du redressement de l'activité.

**Tableau 3 : Composition du résultat annuel 1995-2004**

|             | Résultat technique net | Résultat net après impôt | % résultat net/primes nettes |
|-------------|------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1995        | +83,7                  | 265,8                    | 5,02                         |
| 1996        | +18,1                  | 344,4                    | 6,41                         |
| 1997        | +93,5                  | 498,8                    | 9,23                         |
| 1998        | -106,2                 | 431,8                    | 8,34                         |
| 1999        | -584,8                 | 146,8                    | 2,32                         |
| 2000        | -652,6                 | 249,3                    | 3,75                         |
| 2001        | -1367,6                | -575,9                   | -6,56                        |
| 2002        | -682,2                 | -368,6                   | -4,07                        |
| 2003        | -421,4                 | -26,3                    | -0,36                        |
| <b>2004</b> | <b>+287,0</b>          | <b>+355,5</b>            | <b>5,43</b>                  |

Résultats en millions d'euros, hors Swiss Re France

Le résultat net après impôt, à 355 millions d'euros, est positif pour la première fois depuis l'an 2000 (249 millions d'euros). Plus significatif encore : c'est le premier exercice de résultat technique positif depuis 1997. Les conditions de souscription ont donc été considérablement redressées.

## Quelques défis pour la réassurance

**E**n 2005, dans un contexte certes plus favorable, la réassurance française devra relever plusieurs grands défis.

Le premier est certainement celui de la révolution comptable et réglementaire : normes IFRS et règles de solvabilité. Une première étape vient d'être passée avec l'adoption des normes IFRS. À ce stade, l'objectif de transparence de ces normes va conduire les réassureurs à communiquer plus que dans le passé sur la composition de leurs portefeuilles et l'importance des risques qu'ils recèlent. Cette problématique sera encore accrue lorsqu'on passera à la deuxième phase de cette réforme, puisqu'il faudra alors quantifier en « *fair value* » les passifs de réassurance ; ce qui, à ce stade, paraît d'une complexité extrême. L'approche générale promue par l'IAS Board, de

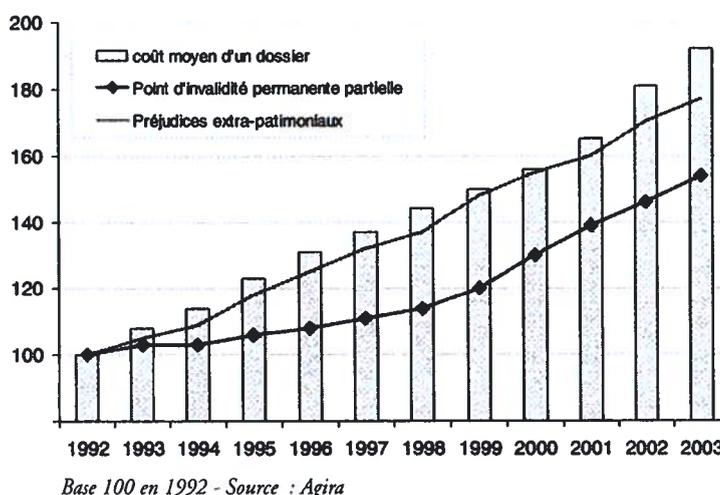
quantification élémentaire des différents passifs, paraît tout à fait antinomique avec l'activité de réassurance qui, par nature, repose sur la mutualisation de risques hétérogènes.

Les enjeux relatifs à la solvabilité sont probablement mieux cernés : les réassureurs vont rapidement devoir intégrer les principes posés par la nouvelle directive qui s'applique au secteur. Dorénavant soumis au contrôle dans leur pays d'origine, les réassureurs originaires de l'Union européenne pourront bénéficier comme les assureurs du « passeport européen ». Ils auront donc la possibilité d'exercer sans autorisation supplémentaire dans l'ensemble de l'Union. Pour cela, la marge de solvabilité minimale qui leur sera demandée sera celle qui est actuellement appliquée aux sociétés « non-vie ». Dans un deuxième temps, ils devraient, comme les assureurs directs, appliquer les textes en préparation relatifs à « Solvabilité 2 ». Ces textes devraient notamment leur permettre de définir leur niveau optimal de solvabilité par l'utilisation de modélisation interne de leurs portefeuilles d'actifs et de passifs.

Bien entendu, les défis lancés aux réassureurs ne sont pas seulement d'ordre financier, mais aussi d'ordre technique.

En premier lieu, enjeu majeur de toutes ces dernières années pour le marché français, la croissance régulière et non maîtrisée du coût de l'indemnisation des victimes d'accidents corporels s'est poursuivie.

Évolution du coût de l'invalidité



Selon les statistiques de la FFSA depuis 10 ans, ces coûts ont connu une croissance d'environ 6 % par an. Cette inflation est alimentée par l'absence de tout barème. Or, s'il est logique que les tribunaux adoptent une approche économique, fonction de la situation particulière de chaque assuré pour certains des postes d'indemnisation, d'autres indemnités, dites « extra-patrimoniales » (indemnisation des souffrances endurées, du préjudice moral, du préjudice esthétique...) n'ont aucune raison de différer significativement d'une cour à l'autre. Pour cette raison, les assureurs comme les réassureurs prônent l'adoption d'une référence nationale. Une telle mesure permettrait de limiter le coût croissant de ce poste dans les comptes de la profession, au bénéfice final du consommateur. Les victimes ne s'en trouveraient pas lésées, pour autant que ce barème aura été établi en liaison avec les associations qui les représentent.

Sur le terrain de la couverture du risque d'hyperterrorisme et, notamment, pour les risques dits NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique), la fin de l'année 2004 a été marquée par le débat entre assureurs et réassureurs sur l'opportunité de créer un dispositif de marché, à l'image de celui qui couvre les risques d'attentat majeur pour les risques d'entreprise (au-delà de six millions de capitaux assurés). Après avoir envisagé la mise en place d'un dispositif, à caractère obligatoire et bénéficiant de la garantie de l'État, les assureurs n'ont mis en place pour 2005 qu'un dispositif facultatif, couvrant à ce jour un nombre limité d'assureurs. L'idée de mettre en place une solution d'ensemble, pérenne, paraît cependant toujours pertinente alors que le risque d'un attentat majeur est loin d'être exclu.

Enfin, le régime français de couverture des catastrophes naturelles est l'objet d'une réflexion. L'année 2004 a été une année difficile au plan mondial. Toutefois, contrairement au reste du monde, l'Europe et la France ont connu une année particulièrement clémente. Ce sont les conséquences de la canicule de 2003 qui amènent aujourd'hui le marché à s'interroger. Dans le dispositif actuel, pour que les particuliers victimes de fissures causées par la sécheresse des sols puissent bénéficier d'une indemnisation, il convient qu'un arrêté des pouvoirs publics reconnaisse que

leur commune a été frappée par ce phénomène.

L'inflation des demandes ainsi que la difficulté d'analyser objectivement leur légitimité pourraient mettre en péril ce régime qui a pourtant montré son efficacité face à des catastrophes que l'on peut qualifier objectivement, comme les inondations majeures qui ont touché la France ces dernières années. Dès lors, il paraît nécessaire de mettre en place un dispositif adapté au risque de sécheresse et, à tout le moins, que les arrêtés soient pris sur la base d'une définition technique, nationale de ce risque.

## Conclusion

De par la nature de leurs activités, les réassureurs s'intéressent par priorité aux événements qui ont des conséquences financières importantes, qu'il s'agisse de calamités causées par les forces de la nature ou d'événements aléatoires de grande ampleur ou encore des indemnités élevées dans le domaine des responsabilités civiles. Inévitablement, ils sont concernés par les grandes évolutions qui se produisent dans le fonctionnement de la société civile ou dans les problématiques auxquelles elle a à faire face. Les réassureurs français ne font pas exception. Sur leur marché national, comme sur les marchés étrangers sur lesquels ils opèrent, ils sont conduits à apporter leur contribution à la réflexion sur les évolutions de société ou sur certains défis auxquels celle-ci est confrontée.

Par fonction, les réassureurs essaient d'anticiper les risques liés à ces problématiques, à les caractériser de façon aussi précise que possible, non seulement pour les prévoir comme « un élément du champ des possibles », mais aussi pour essayer de les quantifier à la fois en probabilité de survenance et en coût. Tout naturellement, les réassureurs sont conduits à modéliser, chaque fois que cela s'avère possible, ces problématiques. Grâce aux progrès de l'informatique, aux puissances de calcul permises par les nouveaux matériels et logiciels, des progrès considérables ont pu être accomplis au cours des années récentes, les réassureurs français prenant toute leur part dans ce mouvement.

Mais il est probable que les années à venir verront encore de nouveaux progrès très significatifs sur ces sujets, les modèles gagnant progressivement en fiabilité, d'une part, et, d'autre part, couvrant un domaine de plus en plus vaste d'hypothèses.

Les réassureurs utilisent la modélisation par priorité pour évaluer les risques qu'ils souscrivent ou qu'ils assument et pour optimiser leur gestion de ces risques. Simultanément, on observe que la valeur prédictive de ces modèles augmente avec l'expérience et l'on peut

prévoir que, par ce biais, les réassureurs pris collectivement apporteront une contribution non seulement à la prise en charge financière des risques auxquels la collectivité est exposée mais, peut-être aussi, à l'information des décideurs notamment dans le domaine de la prévention, voire à l'explication ou à la compréhension de ces grandes problématiques et au choix des solutions retenues pour les résoudre. Modestement, à la mesure de leurs moyens, mais en apportant leur savoir-faire, les réassureurs français participeront dans les années à venir aux réflexions en cours.

# LES RELATIONS ENTRE ASSUREURS ET RÉASSUREURS : MODÈLE OU MODÈLES ?

*Patrick Forget*

*Secrétaire général d'Azur GMF*

*Dans sa contribution sur les conséquences de l'évolution réglementaire et comptable sur l'achat de réassurance, M. Guillaume Gorge fait référence à deux modèles des relations entre réassureurs et assureurs. Sans surprise en ces temps troublés pour l'Europe, il distingue le modèle rhénan et le modèle anglo-saxon.*

*Le premier était caractérisé par la pérennité des relations entre les deux parties, fondées sur des rapports de confiance qui prenaient souvent le pas sur une approche technique des problèmes.*

*Le second repose au contraire sur des critères qui se veulent techniques, où l'opportunisme joue un rôle plus important que la préoccupation d'une relation durable.*

*Même si elle est simplificatrice, cette description correspond à une réalité. Assiste-t-on en France à la disparition du modèle rhénan ? Ou une réalité plus complexe est-elle en train d'émerger ?*

---

## Un contexte d'affaiblissement des assureurs et des réassureurs

---

**D**ès maintenant, et sans doute plus sûrement dans quelques années, pourra-t-on dire que le début du XXI<sup>e</sup> siècle aura été marqué par une grave crise dans le secteur de l'assurance.

### ■ Une sinistralité exceptionnelle...

Alors que les conséquences des tempêtes européennes Lothar et Martin étaient à peine absorbées, les attentats du World Trade Center, au-delà du montant exceptionnel du sinistre, ont fait apparaître une forme d'hyperterrorisme. Le sinistre AZF quelques semaines plus tard n'a fait qu'amplifier cette crainte. À cela, s'est

ajoutée la prise de conscience des sous-provisionnements des réassureurs sur différents engagements souscrits aux États-Unis dans les années 1990, voire antérieurement : RC médicale, amiante, risques environnementaux, accidents du travail en assurances dommages, garanties plancher en assurance vie.

### ■ accompagnée d'une chute des marchés financiers.

Mais il faut néanmoins reconnaître que cette sinistralité exceptionnelle aurait sans doute pu être prise en charge sans difficulté majeure si elle ne s'était accompagnée d'une chute vertigineuse des marchés financiers, en particulier européens, où les principaux indices ont été divisés par 2,5 entre la fin 2000 et début 2003. L'année 2004 le confirme : année de très forte sinistralité naturelle en Asie et et aux États-Unis, elle n'a pas empêché la plupart des réassureurs de retrouver

des niveaux de résultats élevés, grâce en particulier à une bonne tenue des marchés financiers. Or, les assureurs comme les réassureurs avaient renforcé leur exposition aux actions pendant la période « d'exubérance financière » de 1998 à 2000.

Cette simultanéité de deux évolutions négatives a fortement dégradé les résultats et les bilans des acteurs de l'assurance et, en particulier, des réassureurs dont les fonds propres se sont réduits. Étant très généralement des acteurs cotés, ils ont vu s'effondrer leurs cours de bourse en même temps qu'ils devaient recourir, sous des formes diverses, aux marchés des capitaux pour reconstituer leurs fonds propres et leur marge de solvabilité.

*Last but not least*, le secteur, jusqu'alors bien considéré par les agences de notation qui délivraient aux principaux acteurs ses *ratings* les plus flatteurs, est passé rapidement de la lumière à l'ombre comme s'il était désormais sous l'emprise d'une perspective négative générale. Et l'avenir a d'ailleurs rapidement montré que si le *down grading* pouvait être rapide, il était beaucoup plus difficile, et, en tout cas, beaucoup plus lent de remonter les paliers perdus dans les échelles de notation.

De leur côté, les cédantes, elles-mêmes affaiblies, ont ressenti d'autant plus douloureusement le durcissement de l'attitude des réassureurs qu'elles avaient besoin de l'appui de ceux qu'elles considéraient être des partenaires dans les moments difficiles.

Simultanéité de la crise de sinistralité et de la crise financière, concomitance de l'affaiblissement des réassureurs et des cédantes, tout était en place pour que se tendent les relations entre les acteurs de l'assurance.

---

## La fin du partage du sort ?

---

**P**ilier des relations entre les acteurs de l'assurance, au moins dans le modèle rhénan, le principe qui voulait que, en toutes circonstances, le réassureur se range aux décisions de la cédante, certes dans le cadre contractuel mais parfois au-delà, a été mis à mal.

Soucieux du redressement de leurs résultats

techniques, les réassureurs ont fait pression sur les cédantes pour qu'elles modifient certaines clauses de leurs polices originales, ou introduisent un découplage entre les conditions de réassurance et celles d'assurance.

Dès la fin 2001, les réassureurs ont refusé de garantir dans les traités le risque terrorisme pour les risques lourds, alors même que cette garantie est le corollaire obligatoire de toute garantie dommage en France depuis 1986. Les assureurs ont dû résilier puis souscrire leurs polices à quelques semaines de l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier et mettre en place très rapidement une solution de place sous la forme d'un *pool* (Gareat <sup>1</sup>) dont les deux tiers des cotisations sont reversées aux réassureurs, soit un volume équivalent à la moitié des cotisations de réassurance tempêtes ! Le terrorisme est devenu la meilleure affaire du marché français pour les réassureurs. Au passage, le risque illimité a été transféré à l'État au travers de la CCR.

En RC, alors que, jusqu'à présent, les garanties illimitées en RC matérielle et en vie privée étaient largement répandues et couvertes par la réassurance, les réassureurs ont imposé en 2002 la limitation des couvertures à 100 M€ par police.

Ce n'est que le début d'un combat contre l'illimité puisque la Suisse de réassurance a annoncé son intention de plafonner ses couvertures à partir de 2007 pour la garantie RC corporelle, bien que la législation oblige les assureurs à délivrer des garanties illimitées.

Bien d'autres mesures, dont le caractère négocié n'a pas été le trait principal, ont suivi :

- fin de la garantie du risque amiante ;
- section spécifique (et tarification *ad hoc*) pour la RC médicale ;
- révision des clauses dans un sens restrictif en particulier en RC ;
- interventionnisme dans la gestion des sinistres, allant dans certains cas jusqu'à l'élaboration de stratégie dans le but de réduire la charge de ceux-ci ;
- introduction de clauses de stabilité de la législation qui laissent planer une incertitude sur la portée des engagements souscrits.

Le propos n'est pas de contester en bloc la justification d'un durcissement de l'attitude des réassureurs, dans un marché non proportionnel où ils sont essentiellement exposés aux risques de pointe. Mais ce

durcissement a été brutal et s'est accompagné d'exigences nouvelles en matière de connaissance des portefeuilles des cédantes et de relèvements tarifaires (triplement des prix en tempêtes en 2001 après Lothar par rapport au niveau, il est vrai, de bas de cycle atteint en 2000).

À partir de 2003, la pression technique (voir ci-dessus) et tarifaire s'est portée sur la RC auto : les réassureurs se sont appuyés sur l'évolution du coût des corporels graves (en gros, un doublement en 10 ans) pour exiger des ajustements tarifaires brutaux en particulier pour 2005. Les assureurs ne contestent pas l'alourdissement des coûts des sinistres corporels graves. Mais ils s'étonnent de cette prise de conscience tardive, alors que l'évolution n'est pas nouvelle, et constatent que la situation n'est peut-être pas aussi alarmante puisqu'ils notent que, année après année, toutes survenances confondues, le flux de primes versées est supérieur à celui des sinistres réglés par les réassureurs.

Ils regrettent, là encore, la brutalité du relèvement des tarifs au moment même où ils doivent consentir des baisses de cotisations pour tenir compte de l'amélioration incontestable de la sinistralité routière. De fait, l'attitude des réassureurs ne serait-elle pas motivée par le souci de participer à l'amélioration du compte technique de l'assurance auto ? Comme quoi, les outils de l'excédent de sinistre peuvent être mis au service de la nostalgie proportionnelle...

En résumé, les cédantes françaises ont eu globalement le sentiment que les réassureurs leur demandaient de plus en plus d'efforts et d'informations, pour leur donner de moins en moins de couvertures à des coûts de plus en plus élevés, et alors même que la solidité financière de leur contrepartie n'est plus considérée comme acquise. Elles ont également le désagréable sentiment que les réassureurs leur font supporter plus que leur part des erreurs de souscription qu'ils ont commises sur le marché américain et que la mutualisation mondiale des risques inhérente au métier de la réassurance joue, à tout le moins, plus en faveur des États-Unis que de l'Europe.

Il reste que la dramatisation n'est pas de mise : la capacité de réassurance n'a jamais fait défaut (à l'exception notable de la RC médicale) car le marché

est efficient ; le relèvement des tarifs et le durcissement des conditions techniques ont contribué à l'afflux de nouveaux capitaux, d'abord en dommages avec une nouvelle vague de réassureurs bermudiens, puis en RC où des réassureurs jusqu'ici réservés à l'égard de ce type d'engagement y trouvent un relais d'autant plus attractif qu'ils anticipent une détente des conditions de la réassurance dommages. Cette situation a limité l'essor toujours virtuel de la réassurance alternative et compensé la mise en *run-off* ou la rétraction de quelques réassureurs majeurs.

---

## Vers un nouvel équilibre ?

---

**I**l paraît clair que la période récente laissera des traces qui ne sont pas toutes négatives ; ainsi, les exigences d'information de réassureurs ont obligé les assureurs à mieux connaître leurs portefeuilles et leur exposition et, ainsi, à mieux adapter leurs programmes de réassurance.

Il paraît probable que la pression continuera pour mettre fin aux couvertures illimitées, accompagnées ou non d'évolutions législatives, même si l'essentiel a été obtenu avec le plafonnement des garanties RC matérielles ; mais, la question est devenue quasiment théologique, ce qui ne peut étonner dès lors qu'il est question d'infini.

En revanche, alors que le cycle s'inverse, les réassureurs ne sont plus dans une position de force pour imposer des mesures non négociées : l'exemple de l'échec de Gareat II l'illustre bien ; après avoir annoncé *urbi et orbi* qu'il n'était plus question pour 2005 de réassurer dans les traités la garantie terrorisme des risques simples, les *leaders* du marché ont dû constater que, la concurrence aidant, ils n'étaient pas en mesure d'imposer au marché la création de ce *pool*, du moins à leurs conditions.

Une solution de place mieux négociée et moins coûteuse sera sans doute trouvée, mais la leçon ne sera pas oubliée... au moins pendant quelques années.

Les évolutions à venir vont avoir des effets contradictoires :

- la suppression des couvertures illimitées, si elle se

concrétise, banalisera les « grands » réassureurs qui étaient jusqu'à présent les seuls à prendre de tels engagements sur des parts importantes ;

- la disparition, à partir de 2009, de la règle légale du provisionnement en brut (pratiquée essentiellement par la France), prévue par le projet de directive réassurance adopté en juin 2005 par le Parlement européen, aura des conséquences inverses : relevant désormais du domaine contractuel, l'exigence des dépôts sera plus facilement appliquée aux assureurs les moins solides ou réputés tels ; ainsi pourrait s'introduire une différenciation des conditions entre réassureurs. Cela constituerait une évolution majeure dans l'univers de la réassurance.

Il est probable que les évolutions à venir seront également dépendantes de la manière dont les cédantes percevront le réassureur :

- Est-il essentiellement un fournisseur de garanties ?

Dans ce cas, la cédante est dans une pure logique d'optimisation d'achat, c'est-à-dire du meilleur équilibre prix/solvabilité, celui-ci pouvant être remis en cause chaque année ;

- Est-il aussi un bailleur de fonds propres ?

Dans cette logique, qui est sans doute celle qui a fondé le modèle rhénan, le réassureur peut être regardé comme un quasi-actionnaire et la préoccupation du prix n'est plus la seule à être prise en compte.

Mais, c'est probablement un mélange de ces deux approches, avec une pondération variable selon les moments, qui prévaudra encore longtemps sur le marché continental.

#### Note

1. *Gestion de l'assurance et de la réassurance des risques attentats et actes de terrorisme.*

# LES RÉASSUREURS, QUELLE SÉCURITÉ ?

*Jean-Marie Nessi*

*Head of Property and Casualty, PartnerRe Global*

*Le maintien ou la dégradation des notations par les agences de rating des plus grands réassureurs posent de vraies questions sous de faux prétextes. Est-il raisonnable de faire cohabiter des assureurs et des réassureurs sur les places boursières ?*

*La mutualisation temporelle, cœur du métier d'assureur, est-elle du même ordre chez le réassureur ?*

*Le partage de sort est-il encore envisageable ? Les créances auprès des réassureurs peuvent-elles faire l'objet d'une titrisation ?*

---

## Industrie de l'assurance et agence de rating

---

Les agences de *rating* ayant pignon sur rue sont au nombre de trois et toutes trois d'origine nord-américaine. Ce sont Standard and Poor's, Moody's et Fitch. Ces agences avaient au début une vocation plutôt financière : l'émission de prêts obligataires et la capacité de l'émetteur à honorer le service de la dette ; leurs commentaires portaient donc sur l'évaluation de la dette.

L'idée est alors apparue que certains émetteurs mal notés pouvaient accéder à un meilleur taux ou une meilleure commercialisation en achetant une police d'assurance qui rehaussait la valeur de leur crédit par substitution de l'assureur en cas de défaillance. Dès lors, il devenait nécessaire d'évaluer les assureurs quant à leur capacité à régler les sinistres, donc à accéder à des capitaux ou des fonds suffisants. Ce modèle de notation d'une dette sur ses mérites propres a évolué vers la notation de la capacité d'un assureur à régler un sinistre.

Les charges en capitaux devinrent tellement importantes que l'assureur fit appel, par le biais de la réassurance, aux capitaux des réassureurs d'où la notation des réassureurs eux-mêmes.

Dans ce cas, les agences financières se retrouvèrent face à un évident conflit d'intérêt dans la mesure où la notation s'adossait à une notation qu'elles-mêmes délivraient.

Chacune de ces étapes ne concernait que les mérites propres des entreprises notées. L'enchevêtrement des relations entre les différents acteurs a amené ces agences à introduire une notion de relativité en prenant en compte l'image générale diffusée par la profession. La notation individuelle est maintenant grevée d'un élément d'appréciation de la profession. C'est ainsi que l'on a vu des sociétés, qui, selon les modèles mis en place par les agences elles-mêmes, pouvaient prétendre à une notation meilleure ou stable, être dégradées, au chef que la profession dans son ensemble était fragilisée.

Le propos, ici, est de souligner l'introduction récente d'une notion de solidarité professionnelle imposée par des tiers non impliqués dans l'activité à proprement parler. Dès lors, cette solidarité supplante-t-elle la

sécurité du réassureur qui deviendrait seconde par rapport à la solidité de la profession.

---

## Assureur et réassureur à la cote boursière

---

L'actionnaire d'un réassureur est d'abord actionnaire ! Il attend une rentabilité fixée essentiellement à partir de la rentabilité sans risque et de la volatilité particulière du secteur. Son intérêt pour l'activité est limité ; il est d'abord motivé par le rendement qu'il peut en espérer. Pourquoi choisit-il la réassurance ? Principalement parce que cette activité est plus volatile donc supposée plus rentable. La comparaison la plus proche est l'assurance.

En quoi l'assurance est-elle moins volatile et justifie-t-elle une rentabilité moindre ? En termes de retour sur investissement, il n'est pas rare de voir un investisseur attendre 13 à 15 % de retour pour un réassureur, tandis qu'un 8 % à 9 % de retour est courant pour un assureur. Cette différence de rendement illustre l'écart entre la période nécessaire à l'assureur pour équilibrer ses sinistres par ses cotisations primes et celle nécessaire au réassureur (qui peut parfois être de plusieurs années).

La cotation boursière anticipe le résultat sur plusieurs années qui peut s'avérer différent du résultat réellement obtenu. C'est le service réel d'un profit virtuel. Cela ne fragilise-t-il pas le futur d'un réassureur ?

---

## Période de mutualisation

---

Pour qu'un réassureur et un assureur puissent travailler ensemble, il convient que le réassureur détienne un capital tel que « la prime de l'année plus le capital » égalent le

montant maximum de sinistres statistiquement attendus. La taille de l'échantillon des assurés donne à la charge sinistre chez l'assureur une bien meilleure précision que chez le réassureur. La période de mutualisation dure tant qu'est nécessaire le paiement de l'insuffisance de collecte des cotisations primes. Mais ce rappel ne concerne pas seulement les sinistres à régler mais aussi les profits dus aux actionnaires. Doit-on payer un dividende plus important à l'actionnaire après une année déficitaire, annoncée par le niveau de retour sur investissement promis lors de la souscription ?

Les agences de *rating* ont du mal à anticiper ces situations et dégradent des sociétés après que leur situation financière se soit détériorée ; elles et ne les rehaussent pas forcément en cas d'amélioration du marché. C'est toute la profession qui est pénalisée pour une économie fragile.

Pourquoi une société dont la capitalisation boursière peut-être jusqu'à dix fois celle de son réassureur persiste-t-elle à acheter de la réassurance pour niveler ses résultats ? Quel est le processus actuariel qui justifie qu'un assureur arbitre du capital à 15 % contre du capital à 8 % qu'il pourrait lever sur le marché financier ?

En quoi la situation de l'assureur s'est-elle améliorée en se réassurant chez un réassureur dont l'avenir est en tout cas moins stable et moins certain que le sien ?

---

## Partage de sort

---

Entre un assureur et un réassureur, la relation est, soit un partage de sort intégral des conditions contractuelles de la tarification et des sinistres, soit une relation contractuelle prévoyant un partage de sort des conditions des polices originales mais qui diffèrent en matière de cotisations primes et de sinistres cédés.

Souvent le traité de réassurance répond à l'incapacité ou la crainte qu'a l'assureur d'assumer des risques d'une taille trop importante. Parfois l'assureur, pour

répondre à la demande de sa clientèle, lance un nouveau produit dont la tarification est très difficile à établir. Il pense que son réassureur, de par son expérience et la diversité de ses compétences – tant techniques que géographiques – est plus apte à en déterminer tarif et conditions. L'assureur se débarrasse ainsi d'une zone de risque inconnue auprès du réassureur et maîtrise mieux l'incertitude de sa rétention.

La réassurance a ainsi pour effet de décharger l'assureur de risques difficiles en couvrant des assurés qui cherchent à se dégager au maximum de leur champ d'incertitude. Exposé à certaines réclamations justifiées par l'exercice de son métier, l'assuré peut protéger tout ou partie des conséquences de sa responsabilité professionnelle détériorant par déresponsabilisation la qualité de son travail. Le réassureur, à son tour, déresponsabilise l'assureur en le couvrant pour ces risques.

En matière de responsabilité civile, la période toujours très longue (trente ans) pendant laquelle une cause de sinistre peut être identifiée et donner droit à indemnisation par l'assureur incite ce dernier à se dégager d'une partie majeure de l'incertitude grevant la date de déclaration du sinistre.

Ces phénomènes de transfert de risque et d'obligation pouvant en découler obligent assureur et réassureur à constituer d'importantes réserves pour sinistres à régler qui viennent accroître leur passif et la difficulté à l'estimer.

La comptabilité de l'assureur fait donc apparaître à son actif des créances auprès des réassureurs. Cet actif est retenu pour une valeur réduite par les agences de *rating* et les organes de contrôle dans la détermination de la couverture des engagements. Ces créances sont considérées comme des créances partiellement douteuses. L'assureur mettra donc toute son énergie à les recouvrer, faisant même appel à l'arbitrage et au procès, quand nécessaire, ce qui fait les beaux jours d'une partie du barreau.

Du côté du réassureur, l'écriture miroir figure au passif dans les provisions pour sinistre à payer. Compte tenu des difficultés rencontrées par l'assureur pour estimer la date de survenance et la valeur finale

d'un sinistre, il est fréquent que l'assureur révise son actif « créances » auprès des réassureurs et que le réassureur enregistre donc une détérioration sur antérieurs.

Ces variations de postes sont consommatrices d'une part importante du résultat technique anticipé de l'exercice en cours.

La durée de règlement et les frais administratifs y afférents poussent parfois les deux parties à négocier une commutation, qui est une sorte d'avenant au traité par lequel le règlement d'une somme négociée clôt la relation contractuelle pour solde de tout compte. Cette somme négociée tient compte des flux financiers. L'assureur reçoit donc une somme d'argent qui accroît son actif et vient remplacer la créance auprès du réassureur qui est annulée. Chez le réassureur, le passif est diminué des sommes comptabilisées comme sinistres à payer et l'actif diminue du montant du règlement.

Une commutation est un règlement forfaitaire par lequel un client réalise partiellement une créance incertaine, et reçoit en contrepartie un profit égal à l'escompte de cette dette. L'incertain recule chez chacun : chez l'assureur dont la créance n'est plus douteuse grâce à cette titrisation, chez le réassureur qui ne sera plus exposé à des détériorations ultérieures.

La négociation d'une commutation n'est pas chose aisée. Ce qui incite l'assureur à envisager une commutation, c'est la qualité de la créance ; plus elle est douteuse plus il a intérêt à la réaliser. Le besoin de liquidité peut pousser un assureur à réaliser ses plus importantes créances. La taille de la créance est alors un élément déterminant. Seuls sont écoutés les réassureurs dont la dette est substantielle.

---

## Fragilité du réassureur

---

**D**ans un exercice, le réassureur est exposé à toutes sortes de risques. Il y a les risques qu'il porte en raison de la souscription de portefeuille de l'année et qui peuvent se

réaliser dans l'exercice. Ce sont essentiellement des sinistres à caractère catastrophique dont l'ampleur est directement liée à l'exposition souscrite. Si un assureur s'intéresse à la capacité de son réassureur à assumer ses engagements, une simulation, sur les expositions souscrites fournies par la société à la communauté financière, doit lui permettre de se faire une idée sur l'effet d'un sinistre- catastrophe avec retour tous les cent 100 ans. La taille et le modèle économique donnent un avantage certain aux réassureurs du type stratégie de taille avec large diversification. Si le sinistre à caractère catastrophique représente un demi- point de rapport sinistre à prime, il ébranle moins l'édifice que s'il représente 3 ou 4 %. Le réassureur qui s'est spécialisé dans le risque-catastrophe est une sécurité fragile même si le niveau de capital exigé est élevé.

Nous avons vu que beaucoup de réassureurs, pour diversifier leur portefeuille, ne se contentent pas de souscrire que du dommage mais vont souvent explorer la « *terra incognita* » de la responsabilité civile dont l'incertitude transférée est très importante. Un assureur se fera une certaine idée de la stabilité de son réassureur en mesurant l'effet d'une dérive de 10 % sur ses réserves RC exprimée en pour cent % du capital. « Le couloir des tentations » est difficile à parcourir pour le réassureur qui doit choisir entre *cash flow* et risque de dérive ultérieure des réserves. La société peut être mise en difficulté à un moment où le marché est favorable. Le débordement du passé n'est pas lié à la tarification en vigueur. La diversification du portefeuille a un effet stabilisateur si elle est bien contrôlée et mesurée faute de quoi la sécurité se dégrade.

Il est bien connu que la gestion d'actifs est optimisée en investissant en actions. Le réassureur, dont le contrôle est moins strict en matière de gestion d'actifs que celui de l'assureur, peut être tenté d'accroître ses risques en actions s'exposant ainsi à un crack boursier. Une simulation de 20 % de perte sur le marché actions peut être simulée faite et donner une idée de l'exposition de son réassureur à ce risque. Plus le réassureur est ancien, plus la masse d'actifs qu'il gère est importante et plus la contribution des revenus

financiers détermine son résultat. Un taux de rendement supérieur de 1 % (ce qui peut s'obtenir en renforçant sa part actions) peut facilement annuler les effets négatifs des deux points précédents. Le réassureur de grande taille est plus exposé que le réassureur de taille moyenne.

Enfin, plus un réassureur est ancien, plus il est probable qu'il ait dans ses réserves des engagements asbestose et environnement. Généralement, on exprime ces réserves sinistres en un nombre d'années pendant lesquelles le réassureur peut régler un montant identique à celui de l'année précédente. C'est une sorte de ratio de survie qui est fourni dans les informations. Il est communément admis qu'une période de survie de paiement de 25 ans est signe de solidité.

Chacun de ces risques majeurs est certes important, mais, ce qui l'est plus, c'est la combinaison de plusieurs entre eux. Une bonne mesure de la sécurité d'un réassureur peut donc être la somme que la société perd si les quatre phénomènes sont concomitants. Un pourcentage du capital inférieur à 20 % semble assurer une certaine pérennité.

---

## Conclusion

---

**I**l semble déjà bien difficile de mesurer la qualité d'un réassureur. Qu'en est-il d'une profession ? Les comités de sécurité des courtiers ont longtemps proposé à leurs clients de les rassurer sur la pérennité de leur réassureur. L'histoire leur a longtemps donné raison. N'étaient-ils pas sujets à un conflit d'intérêt ? C'est ce qu'ont prétendu les agences de *rating* en convainquant le marché de la cohérence et de l'objectivité de leur modèle. Toutefois, chaque modèle a ses limites et la notation sur la capacité à régler des sinistres dans vingt ans a été prise en défaut aussi vite que la notation d'émission obligataire rehaussée garantissant dans 40 ans la présence de l'assureur pour se substituer à la municipalité défaillante.

Les assureurs courent le risque de défaillance de certains de leurs réassureurs. Accroître leur nombre peut aider à la maîtrise de ce risque. Toutefois, le nombre des réassureurs allant en s'amenuisant, il maintient les cédantes dans une démarche d'analyse individuelle des sécurités, contradictoire avec l'approche sectorielle des notations données par les agences de *rating*.

Y a-t-il une vérité ? Mesdames les cédantes, ne laissez jamais à quiconque la mesure du risque que vous encourez ! Les conseillers ne sont pas les payeurs ! La connaissance intime et émotionnelle de vos réassureurs vous en apprendra plus sur eux qu'aucun modèle actuariel.

L'analyse du risque est question d'appréciation.

# CATASTROPHES INDUSTRIELLES ET RÉASSURANCE

*Daniel Zajdenweber*

*Professeur d'économie, université Paris-X Nanterre*

*Les sinistres industriels majeurs surviennent en France en moyenne presque une fois par an. Dans la mesure où les couvertures sont plafonnées, ils sont assurables et réassurables. L'analyse des douze catastrophes industrielles récentes montre que le passage aux normes IFRS risque de bouleverser l'équilibre financier des réassureurs, déjà mis à mal par l'accumulation des sinistres d'origine naturelle, les attentats et la volatilité des marchés financiers.*

**L**e récent incendie dans le tunnel du Fréjus, qui coûta la vie à deux chauffeurs de poids lourds et interrompit son activité pour plusieurs mois, va vraisemblablement allonger la liste des catastrophes industrielles dont les dommages s'évaluent en dizaines, voire en centaines de millions d'euros. Contrairement aux sinistres d'origine naturelle, qui frappent parfois des populations peu ou pas assurées, ces sinistres industriels majeurs sont assurés et réassurés, sauf de rares exceptions liées le plus souvent à la présence de l'État qui est son propre assureur. Conséquence paradoxale de l'assurance, le coût des dommages industriels est mal connu. Alors que les catastrophes naturelles mobilisent la puissance publique, les médias, les organismes humanitaires, les experts de toutes spécialités, les catastrophes industrielles – dans la mesure où elles sont prises en charge par les assureurs puis les réassureurs, tenus au secret professionnel – ne sont pas l'objet de publicité sur les montants indemnisés, sauf pour la partie concernant les victimes, blessées ou décédées. C'est ainsi, par exemple, qu'on ignore encore le montant total des dommages de l'usine AZF (2001) et le montant total des dommages du tunnel du Mont-Blanc (1999). Cette ignorance est due à plusieurs facteurs : une

partie seulement des dommages est indemnisée par les assureurs, l'autre partie étant supportée par l'entreprise. Les pertes d'exploitation, souvent aussi importantes que les dommages matériels, parfois plus importantes encore, ne sont jamais publiées car elles risqueraient de révéler des secrets commerciaux et financiers (les marges) à la concurrence ou... aux autres assureurs. Enfin, les grandes catastrophes industrielles tardent à être évaluées, car leurs conséquences sont elle-mêmes tardives, comme la pollution des aquifères ou les maladies liées à certaines industries (amiante, solvants, radioactivité). L'information sur les sinistres industriels doit donc être reconstruite à partir des diverses sources professionnelles. En France, les principales sources d'informations chiffrées sont : le rapport annuel de la FFSA, le périodique *l'Argus de l'assurance*, les publications du réassureur Swissre, la presse économique et financière, Internet... Le tableau ci-dessous rassemble les douze sinistres industriels extrêmes en France entre 1989 et 2004. Les données sont en euro constant, mais elles n'incluent pas les pertes d'exploitation, ni les coûts non indemnisés par les assureurs. Autrement dit, les dommages publiés, déjà catastrophiques, sous-évaluent les dommages réels assurés ou non. Ces données n'incluent pas non plus l'accident du tunnel sous le Mont-Blanc, dont les dommages ne

| <b>Sinistres industriels</b>                                  | <b>M€</b> |
|---|-----------|
| Usine AZF en septembre 2001                                   | 1 125     |
| Raffinerie Total en novembre 1992                             | 456       |
| Crédit Lyonnais en mai 1996                                   | 331       |
| Tunnel sous la Manche en novembre 1996                        | 192       |
| Terminal E2 à l'aéroport Roissy-Charles-de-Gaulle en mai 2004 | 150       |
| Entrepôt de marchandises diverses en août 1990                | 116       |
| Industrie chimique en février 1990                            | 94        |
| Industrie chimique en avril 1992                              | 92        |
| Centrale thermique en mars 1994                               | 91        |
| Industrie agroalimentaire en août 1994                        | 63        |
| Entrepôt de produits alimentaires en mai 1989                 | 56        |
| Industrie agroalimentaire en février 1994                     | 47        |

sont pas encore officiellement évalués. Nous y reviendrons. Tous les dommages sont en M €.

Malgré le petit nombre de sinistres catastrophiques et leur faible fréquence, 0,75 par an en moyenne, il est possible d'en extraire les deux informations statistiques indispensables à l'évaluation des primes pures, la distribution de la fréquence et la distribution de la sévérité. Compte tenu des montants en jeu, nous pouvons admettre que l'essentiel des indemnités versées aux entreprises sinistrées a été supporté par des réassureurs.

La distribution de la fréquence  $N$  est une loi de Poisson d'espérance  $E(N) = 0,75$  ; donc de variance  $V(N) = 0,75$ . De fait, entre 1989 et 2004, il y eut 9 années sans sinistre catastrophique, 3 avec un seul sinistre, 3 avec deux sinistres et 1 avec trois sinistres. L'ajustement est médiocre à cause du petit nombre de données ; c'est la malédiction des réassureurs qui disposent de peu d'exemples de sinistres catastrophiques dont la fréquence soit élevée. Mais, si on y rajoute le sinistre du Mont-Blanc, il s'améliore (8 années sans sinistre, 4 avec un sinistre, le reste inchangé). Le fait que la distribution soit de Poisson n'a rien de surprenant, c'est le contraire qui l'aurait été, puisque les divers sinistres n'ont rien en commun et peuvent être considérés comme indépendants.

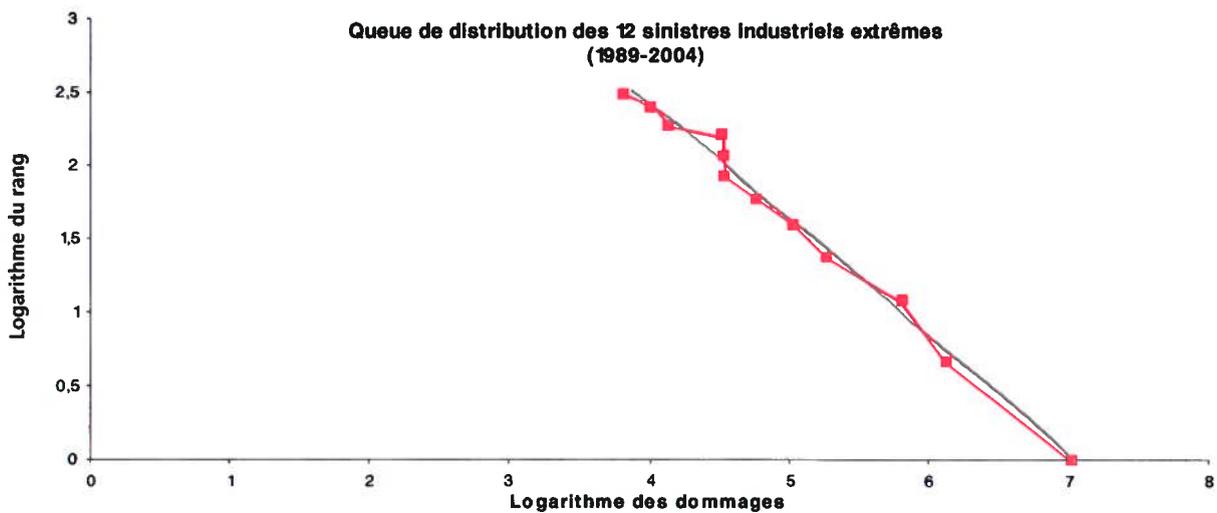
Il est donc possible d'estimer la prime moyenne annuelle  $P$  qui indemniserait tous les dommages s'ils restaient confinés aux deux bornes 47 et 1 125 M€. Soit  $X$  le montant des dommages, la prime annuelle  $P$

est égale à  $E(N).E(X)$  ; sa variance  $V(P)$  est égale à  $E(N).E(X^2)$  <sup>1</sup>. D'où  $P$  égale à 175,8 M€, qui devra être facturée à l'ensemble des assureurs (avec les chargements en plus) par les réassureurs. L'écart-type  $\sqrt{V(P)}$  est égal à 325 M€. Nous analyserons l'impact de cette valeur relativement élevée dans le chapitre suivant sur l'évaluation des capitaux propres des réassureurs.

La distribution de la sévérité est également bien connue des réassureurs. Malgré la petite taille de l'échantillon, son ajustement à la théorie est remarquable. Il s'agit d'une loi de Pareto, d'exposant caractéristique égal à 0,89, inférieur à 1, donc sans espérance mathématique. Ce qui signifie que sa valeur moyenne augmente avec le plafond des valeurs assurées, ici égal à 1 125 M€.

Le graphique ci-dessous pourrait être un cas d'école tant l'ajustement à une droite sur un graphique Log (dommages)-Log(rang), caractéristique de la loi de Pareto est visible. La droite en pointillés a pour pente de Hill confirme l'estimation par régression <sup>2</sup>. La pente inférieure à - 1 traduit le fait que le premier sinistre vaut un peu plus du double du deuxième, qui vaut un peu plus du double du quatrième, qui vaut un peu plus du double du huitième, etc. L'ajustement à une loi de Pareto n'a rien de surprenant. Il est la conséquence de l'absence d'échelle intrinsèque dans les risques industriels et de la concentration tant économique que géographique <sup>3</sup>.

Si l'on prend en compte la catastrophe du Mont-Blanc,



dont les dommages matériels et les indemnités des trente-neuf victimes sont évalués à environ 600 M€, non compris les pertes d'exploitation, la pente estimée sur treize sinistres diminue légèrement : - 0,82.

Ces résultats sont semblables à ceux observés dans les distributions des dommages catastrophiques dus aux événements climatiques ou aux tremblements de terre <sup>4</sup>. Ils montrent que l'assurance des catastrophes industrielles ne peut exister qu'avec un marché mondial de la réassurance aux capacités suffisantes et un plafond d'indemnisation. En effet, la garantie illimitée n'a pas de sens lorsque l'espérance des dommages est infinie.

Si nous admettons que le plafond des réassureurs reste fixé à 1 125 M€ et que le point d'attachement des contrats de réassurance reste fixé à 47 M€, nous avons vu que la prime totale annuelle (hors charge-ments et hors pertes d'exploitation) devrait s'élever à 175,8 M€. Mais la question de la solvabilité des réas-sureurs reste posée. À combien devraient s'élever leurs capitaux propres pour faire face chaque année à leurs engagements ?

Pour répondre à cette question, nous avons par deux fois calculé les cumuls des dommages et des primes théoriques, année par année, en suivant l'ordre chronologique. La première fois, en utilisant les règles habituelles du report d'une année sur l'autre des excédents et des déficits, par le jeu des provisions d'égalisation (hypothèse A) ; la seconde fois, en s'interdisant cette possibilité de report afin de respecter les nouvelles normes IFRS (hypothèse B). Autrement dit, dans l'hypothèse B, nous avons admis que les excédents d'une année étaient versés aux actionnaires sous la forme de bénéfices et au fisc sous la forme d'impôts, tandis que les déficits étaient comblés par des apports des actionnaires. Il s'agit évidemment d'une hypothèse extrême, mais elle met en valeur l'impact du changement de normes comptables sur la gestion des réassureurs. Les résultats sont arrondis. Les négatifs sont en gras.

La comparaison est éloquent. Alors que dans l'hypothèse A l'équilibre de la réassurance est maintenu dans le long terme, sans augmentation des cotisations,

| Année       | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hypothèse A | 120  | 86   | 262  | -110 | 66   | 41   | 217  | -130 | 46   | 222  | 398  | 574  | -375 | -199 | -23  | 3    |
| Hypothèse B | 120  | -34  | 176  | -372 | 176  | -25  | 176  | -347 | 176  | 176  | 176  | 176  | -949 | 176  | 176  | 26   |

il n'en va plus de même dans l'hypothèse B. Au pire, si l'on admet que les réassureurs doivent toujours maintenir un solde positif entre les cotisations et les indemnités, il suffit d'un capital de départ égal à 375 M€ – un peu plus d'un écart-type – pour que le solde annuel soit toujours positif ou nul, alors que dans l'hypothèse B, ce capital de départ devrait s'élever à 778 M€ avant 2001 (un peu plus de deux écarts-types) et à 1 727 M€ à partir de 2001 (plus de cinq écarts-types) !

Certes, il s'agit de comparaisons extrêmes qui ne tiennent pas compte de la rentabilité des placements, ni de la politique prudente des actionnaires, ni des cycles des primes qui suivent les événements catastrophiques. Il est donc vraisemblable que les écarts entre les deux hypothèses ne seront pas aussi importants. Mais cette comparaison montre bien que, dans une branche extrêmement volatile de la réassurance, tant en fréquence qu'en sévérité, les changements de règles comptables ne sont pas anecdotiques.

## Conclusion

Les sinistres industriels majeurs ne sont pas exceptionnels. En France, ils surviennent presque une fois par an. Dans la mesure où les couvertures sont plafonnées, ils sont assurables et réassurables, l'excédent éventuel, non assuré, restant à la charge des entreprises concernées. Toutefois, au cours des dix-sept dernières années, aucune des entreprises victimes de sinistres catastrophiques n'a disparu. En revanche, l'histoire récente a montré que de nombreux réassureurs, victimes à la

fois de catastrophes naturelles, d'attentats, de catastrophes industrielles et de placements volatils, ont cessé d'exister ou ont dû faire appel de façon massive à leurs actionnaires. L'analyse des récentes catastrophes industrielles montre que le passage aux normes dites IFRS risque de bouleverser l'équilibre financier des réassureurs en aggravant les exigences en capitaux propres. Il est donc à craindre qu'une augmentation des cotisations ne viennent compenser les insuffisances de capitaux propres des réassureurs, qui devront, en outre, trouver les placements suffisamment rentables pour rémunérer les apports de leurs actionnaires.

### Notes

1. La formule générale est :  $V(P) = E(N) \cdot V(X) + E^2(X) \cdot V(N)$ . Mais comme dans une loi de Poisson :  $E(N) = V(N)$  et comme par définition :  $V(X) = E(X^2) - E^2(X)$ , on obtient la formule simplifiée du texte. Voir William Feller (1966), *An Introduction to Probability Theory and its Applications*, vol. II, New York, J. Wiley and sons.
2. L'exposant caractéristique  $\alpha$  d'une loi de Pareto, de fonction de répartition  $1 - F(x) = Cx^{-\alpha}$ , est estimé par la formule :  $\alpha = [1/n \sum \text{Log} x_i - \text{Log} x_0]^{-1}$  avec  $x_i$  = valeurs des dommages ;  $x_0$  = valeur du plus petit dommage extrême, ici égale à 47 M€ ;  $n$  = nombre de dommages extrêmes.
3. Daniel Zajdenweber ; *Extreme Values in Business Interruption Insurance* ; The Journal of Risk and Insurance, 63,1, 95-110, 1996.
4. Daniel Zajdenweber ; *Économie des Extrêmes*, Flammarion, Paris, Coll. Nouvelle Bibliothèque scientifique, 2000.

# LA RÉASSURANCE DE PERSONNES : TOUT CHANGE !

*Arnaud Chneiweiss*<sup>1</sup>

*Directeur Stratégie et participations, Scor Vie*

*La réassurance recouvre deux métiers bien distincts : la réassurance de biens et la réassurance de personnes. Cette dernière est moins exposée sur le plan médiatique, mais elle constitue désormais la branche la plus dynamique du secteur. En outre, elle ne fait pas l'objet jusqu'à présent de cycles tarifaires comme dans les activités non-vie, ce qui conduit à un intérêt accru des investisseurs. Le vieillissement des populations des pays de l'OCDE et le durcissement des régimes prudentiels sont des facteurs lourds conduisant à penser que le potentiel de croissance de la réassurance de personnes sur le long terme est élevé.*

Quand on évoque la réassurance (« l'assurance des assureurs »), on songe souvent, en premier lieu, à la réassurance de biens, car on parle en général des réassureurs au moment des catastrophes – naturelles (tempêtes, tremblements de terre...) ou humaines (attentats du 11 septembre 2001). Et il est vrai qu'une des raisons d'être de la réassurance est d'assumer les risques de pointe, en mutualisant ceux-ci à l'échelle de la planète. Historiquement, c'est d'ailleurs essentiellement pour se protéger contre ce type de risques (tempêtes en mer) que les assureurs ont eu recours à la réassurance, si bien que le marché mondial de la réassurance dommages est aujourd'hui beaucoup plus important en volume que celui de la réassurance de personnes<sup>2</sup> : environ 145 Mds USD pour le premier contre 30 Mds USD pour le second<sup>3</sup>.

Cependant, il ne faudrait pas se contenter de ces chiffres pour conclure que l'activité vie serait mineure par rapport au marché non-vie : la réassurance vie s'est révélée beaucoup plus dynamique au cours des dernières années. Elle a d'ailleurs toutes les chances de

le rester, notamment en raison du vieillissement des populations des pays de l'OCDE et du renforcement des régimes prudentiels pesant sur les assureurs directs. Ainsi, la plupart des réassureurs internationaux ont infléchi leurs politiques de souscription ces dernières années vers un meilleur équilibre entre vie et non-vie et des réassureurs « *pure player* » vie sont apparus pour profiter du dynamisme du marché.

---

## Un marché en croissance rapide

---

À l'inverse du marché non-vie, soumis à un cycle tarifaire d'une durée de 6 à 8 ans maintenant bien identifié, la réassurance vie apparaît comme un secteur où les prix sont beaucoup moins volatils, en partie du fait de la technicité du métier qui rend moins facile l'entrée de nouveaux acteurs lorsque les marges apparaissent satisfaisantes. Dans une analyse récente, Partner Re a

estimé que la taille du marché est passée de moins de 10 Mds USD en 1993 à environ 30 Mds USD en 2003 et atteindrait 53 Mds USD en 2013, la croissance la plus forte de la demande venant d'Europe où seulement 15 % des cotisations vie sont réassurées, contre 62 % aux États-Unis.

Nous partageons, à Scor Vie, l'idée d'une forte progression du marché. Les raisons de cette très rapide expansion de la demande seraient :

- les contraintes prudentielles qui, toujours plus strictes, obligent les cédantes à venir chercher auprès de leurs réassureurs des solutions financières permettant des allègements de marge de solvabilité (le projet Solvency 2 en Europe, par exemple, contraindra les assureurs directs de taille moyenne à une réflexion sur leurs fonds propres, leurs allocations de capital et, du coup, le meilleur usage possible de la réassurance) ;

- la volonté de certaines cédantes (bancassureurs qui partout occupent une part croissante, mutuelles de taille moyenne notamment) de se concentrer sur la distribution, laissant le développement des produits et la prise de risque à leurs réassureurs chez lesquels se concentre l'expertise technique ;

- la tendance croissante dans les sociétés occidentales à vouloir se protéger davantage dans le cadre privé (assurance décès, dépendance) ou de l'entreprise (contrat homme-clé), en partie du fait du désengagement financier des États (réduction du rôle de l'État-providence). Cette prise de conscience que les États ne pourront plus pourvoir à tout, couplée au vieillissement des populations, conduit à une demande croissante pour les produits traitant des conséquences d'un handicap ou d'une maladie invalidante. Les assurés ont moins peur de mourir jeunes (souscription individuelle à une assurance décès) du fait des remarquables progrès de l'espérance de vie dans les pays de l'OCDE, mais craignent davantage de devenir dépendants ou de développer une « maladie redoutée » (cancer, maladie cardio-vasculaire notamment). Si les assureurs et réassureurs privés sont capables de structurer une offre de qualité sur le plan éthique et financier face à cette demande, on voit bien que le potentiel de croissance du secteur est très élevé.

## Deux marchés principaux : les États-Unis et l'Europe de l'Ouest

Les principaux marchés de réassurance sont, d'une manière générale, ceux des pays de l'OCDE. Il faut, en effet, d'abord des marchés d'assurance directe développés avant que les compagnies directes estiment souhaitable de céder une partie de leurs risques pour mieux les contrôler. Cette vérité est encore plus nette en assurance de personnes : ce n'est que dans les pays riches que l'on peut s'attendre à des volumes significatifs de souscription en assurance décès, dépendance, santé ou maladie redoutée.

Il n'y a donc pas de volume significatif de cotisations de réassurance vie aujourd'hui dans les grands pays émergents (Chine, Inde, Brésil...). En outre, ces pays ont parfois maintenu un monopole de réassurance confié à une entreprise publique, si bien qu'ils ne sont pas ouverts aux principaux réassureurs mondiaux, sauf à opérer avec cet acteur public.

Sans surprise, le premier marché de réassurance vie au monde est le marché américain : il représenterait les deux tiers des cotisations mondiales, soit environ 20 Mds USD. Sans surprise, car le marché de l'assurance vie américain représente le tiers des cotisations d'assurance vie mondiales. Cette taille du marché sous-jacent est accentuée par le taux de cession exceptionnellement élevé pratiqué par les compagnies directes en direction de leurs réassureurs : 62 % pour les affaires vie, alors que ce taux n'était que de 15 % au début des années 1990 !

Cela signifie qu'au cours des quinze dernières années les sociétés d'assurances directes américaines se sont de plus en plus comportées comme des courtiers, collectant les cotisations et transférant la plus grande part du risque au réassureur. Cette absence croissante « d'alignement » entre les intérêts des assureurs directs et des réassureurs a conduit à des résultats parfois désastreux (en assurance santé notamment),

qui ont mené les réassureurs à revoir drastiquement leurs politiques de souscription de manière à mieux contrôler la souscription initiale des cédantes, notamment en les incitant à conserver une plus forte proportion du risque. C'est la raison pour laquelle beaucoup estiment que le marché américain ne croîtra plus à l'avenir à un rythme aussi élevé.

Par ailleurs se pose pour les réassureurs une question spécifique à ce marché sur le principal risque couvert : la mortalité. Les progrès de l'espérance de vie seront-ils aussi forts qu'espérés, alors que l'obésité prend un caractère « épidémique » ? Les États-Unis ont aujourd'hui une espérance de vie moyenne inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE<sup>4</sup>. Cette situation est apparemment étonnante et beaucoup ont considéré dans leur tarification que des progrès nets seront faits sur les vingt prochaines années ; ce qui, vu l'incidence de l'obésité dans la population, n'a rien d'évident (plus de 30 % des adultes américains sont maintenant considérés comme obèses, avec les risques de maladies associées).

## ■ L'Europe en forte croissance ?

L'Europe représenterait 25 % du marché mondial. Les trois principaux marchés sont le Royaume-Uni, l'Allemagne et la France ; puis, à un niveau nettement moindre, viennent les Pays-Bas, l'Espagne, l'Italie et la Belgique. La croissance attendue au cours des prochaines années pourrait être nettement plus forte qu'aux États-Unis pour les raisons suivantes :

- les taux de cession ont un potentiel de croissance fort, considérant les niveaux bas observés en comparaison des niveaux américains (15 % en moyenne en Europe) ;

- la réforme des régimes de solvabilité en Europe peut conduire les cédantes à se tourner davantage vers la réassurance pour respecter leurs nouvelles obligations ;

- enfin, comme dans les autres pays développés, le vieillissement des populations et les contraintes de finances publiques peuvent conduire à un fort développement des produits d'assurance de personnes

(dépendance, maladies redoutées sur certains marchés).

## ■ Et l'Asie ?

L'Asie ne représente aujourd'hui que 3 % des cotisations mondiales. Seuls deux marchés sont aujourd'hui significatifs : la Corée du Sud (7<sup>e</sup> marché d'assurance vie au monde) et le Japon, tous deux caractérisés cependant par des taux de cession faibles. Il est probable que ces marchés et ceux d'autres « tigres » de la région (Singapour, Taïwan...) se développeront assez rapidement au cours des prochaines années car la problématique du vieillissement des populations y est également présente, avec les besoins d'assurance associés.

## Un marché mondial concentré entre peu d'acteurs

On peut considérer que les barrières à l'entrée sont plus fortes en réassurance vie qu'en non-vie :

- la technicité des produits (projections de tables de mortalité selon le portefeuille de la cédante, incidence de la dépendance, tarification de risques aggravés...) est sans doute moins bien partagée dans le monde que pour les assurances de biens (automobile, incendie...). Il y a, en effet, très peu d'équipes de réassurance vie dans le monde (une douzaine), si bien qu'il est beaucoup plus difficile pour un nouvel entrant de débaucher quelques souscripteurs et de se lancer ;

- les affaires sont beaucoup moins partagées en vie qu'en non-vie. En réassurance de biens, il est fréquent que le *leader* n'ait que 20 à 25 % de l'affaire, six ou sept autres acteurs se partageant aux mêmes conditions le reste du programme. En réassurance vie, il est au contraire banal que le *leader* prenne le tiers ou la moitié du traité de réassurance avec seulement un ou deux partenaires qui le suivent. Si bien que l'accès aux

affaires est plus difficile pour un nouvel entrant ;

- enfin, les affaires vie ne sont en général pas soumises à renouvellement annuel <sup>5</sup>. Alors que la réassurance d'un portefeuille automobile va être renouvelée tous les ans, avec donc une possibilité de modification des parts des réassureurs, une affaire vie consiste en général dans des engagements de très longues durées (10 à 15 ans, voire davantage pour les affaires de dépendance). Là encore, ce facteur ne facilite pas la percée d'un nouvel acteur.

Cela étant, ces éléments n'empêchent pas que de nouveaux acteurs se lancent pour profiter d'un secteur perçu comme à la fois dynamique et moins volatil que le non-vie, soutenus par des investisseurs revenus des taux de rentabilité promis à 20 % qui ne durent pas et qui préfèrent tabler sur des taux stables de 10-12 %. Le succès récent le plus net ces dernières années est le cas de Scottish Re, société bermudienne qui, en seulement quelques années d'une croissance très rapide, est parvenue à devenir le numéro 2 du marché américain suite au rachat d'ING Re.

La dernière naissance en date est celle de Wilton Re, créé il y a quelques mois avec pour *sponsor* principal le courtier Marsh (associé à des fonds d'investissement). Sa capitalisation initiale est de 600 Ms USD <sup>6</sup>.

Illustration de la concentration du marché : selon l'étude d'UBS déjà citée et sur la base des chiffres 2003, les neuf premiers acteurs du marché collectaient 91 % des cotisations primes de réassurance vie. Sur le seul marché américain, le Top 5 représente 81 % des cotisations primes.

Deux acteurs apparaissent dominants, Swiss Re et Munich Re, avec des parts de marché supérieures à 20 %. Puis on trouve, avec des parts de marché allant de 5 à 10 %, GE ERC, Hannover Re, RGA, Gen Re, Revios, Scor Vie, Scottish Re... Cette liste montre que plusieurs modèles coexistent :

- certains acteurs appartiennent à des groupes pratiquant vie et non-vie (Swiss Re, Munich Re, Scor...)
- dans le monde entier ;
- à l'autre extrême, certains ont fait le choix d'être

des « *pure player* » vie (RGA, Scottish...) très centrés sur le marché américain. Revios, issu du groupe Gerling, est aujourd'hui le seul acteur européen purement vie.

La concentration constatée à ce jour va-t-elle encore s'accroître ? C'est notre sentiment à Scor Vie, partagé par d'autres. Le CEO de Scottish Re a ainsi récemment déclaré que « d'ici 5 à 10 ans, il n'y aura plus que six à huit réassureurs vie mondiaux » (contre une douzaine aujourd'hui). En effet, le durcissement des régimes prudentiels conduit mécaniquement à la nécessité de disposer d'une base de capital accrue, d'autant plus que les cédantes veulent être rassurées sur la solidité de leurs réassureurs, particulièrement en vie où les engagements sont de longue durée.

## Une période de transformation rapide de la réassurance vie

**L**a réassurance vie connaît ainsi une période de transformation rapide :

- le marché mineur est devenu un marché en croissance régulière et rapide, attirant investisseurs et nouveaux acteurs ;

- phénomène complètement nouveau, plusieurs acteurs, dont des nouveaux venus, ont choisi d'être des « *pure players* », ne pratiquant que la réassurance vie et levant des capitaux sur la base de cette proposition, profitant de la déception de certains investisseurs à l'égard des activités non-vie après l'accumulation de catastrophes naturelles et humaines des dernières années ;

- la demande s'élargit, passant des produits « simples » (risque de mortalité) à des produits de plus en plus complexes (dépendance, maladies redoutées, solutions financières) ;

- à l'image du marché sous-jacent de l'assurance vie, l'industrie de la réassurance vie semble être engagée dans un processus de consolidation où l'assise financière et la taille, en termes de volume de cotisations, jouent un rôle essentiel.

Et, comme dans toute période de transformation de ce type, ce ne sont pas forcément les acteurs les plus gros qui en seront les premiers bénéficiaires, mais ceux qui seront les plus rapides à comprendre et gérer activement ces évolutions.

#### Notes

1. *Arnaud Chneiweiss a été conseiller pour les questions d'assurance des ministres de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, Dominique Strauss-Kahn et Christian Sautter (1999-2000). Il a ensuite rejoint le Groupe Scor en qualité de secrétaire général et directeur juridique (2001-2004), puis directeur Stratégie et participations de Scor Vie.*

2. *On utilisera dans cet article indifféremment les termes de « réassurance de personnes » et de « réassurance vie », ce dernier étant la traduction de l'appellation américaine « Life Reinsurance ».*

3. *Sources : UBS – Global Life Reinsurance, janvier 2005. Ces estimations sont à prendre avec prudence – aucun recensement systématique des transactions n'étant effectué – mais elles ont le mérite de fixer les ordres de grandeur.*

4. *L'espérance de vie des Américains était en 2000 de 74,1 ans contre 74,4 ans pour la moyenne OCDE et 75 ans pour les Français ; celle des Américaines de 79,8 ans contre 80,4 ans pour la moyenne OCDE et 82,4 ans pour les Françaises.*

5. *Sauf cas spécifique, comme le marché espagnol, où le marché est dominé par les bancassureurs.*

6. *Comme pour la réassurance de biens, les « naissances » de réassureurs vie ont été depuis dix ans quasiment exclusivement réalisées aux Bermudes, avec des capitaux venant des États-Unis, pour des raisons fiscales et réglementaires claires. Cela doit conduire les pays européens à s'interroger sur l'attractivité de leur territoire pour les activités de réassurance, essentielles à la structuration du secteur de l'assurance.*

# LA NOUVELLE DIRECTIVE RÉASSURANCE

Jean Alisse  
Guy Soussan

*Avocats à la Cour*

*Les réassureurs européens ont admis que les avantages d'un contrôle harmonisé étaient supérieurs aux inconvénients d'un formalisme supplémentaire. La nouvelle Directive qui devrait être approuvée à l'automne mettra en place un régime d'agrément et prudentiel semblable à celui des assureurs. Sur un sujet actuellement sensible, la réassurance «finite», Bruxelles s'est contenté d'en fournir une définition, laissant chaque Etat membre libre d'adopter des règles complémentaires alors qu'on observe au même moment une activité réglementaire intense aux Etats-Unis sur le même sujet. Cet exemple d'actualité illustre les nombreux obstacles qui jalonnent le chemin de la reconnaissance mutuelle des contrôles, objectif majeur de cette Directive.*

Plus de 41 ans séparent la directive du 25 février 1964 – qui mettait en place un régime de libre prestation de services et de liberté d'établissement pour les réassureurs européens – et la nouvelle directive réassurance qui devrait être formellement adoptée au cours des prochains mois et qui instaure un cadre réglementaire prudentiel applicable aux activités de réassurance exercées dans la Communauté. Le texte de 1964 était court mais suffisant pour permettre aux réassureurs européens de fonctionner avec la liberté dont ils avaient besoin à une époque où les barrières nationales diverses étaient encore nombreuses.

Au cours des trois dernières décennies, une réglementation européenne ambitieuse a été mise en place pour l'assurance directe avec, en particulier, le principe de la licence unique permettant à un assureur agréé dans un État membre de commercialiser ses produits dans les autres États membres avec un minimum de contraintes. Censées accélérer la mise en place d'un marché unique, on sait que d'autres barrières, notamment

culturelles ou pratiques, ont rendu difficile l'achèvement de ce grand marché. Pendant cette même période, en dehors de quelques directives communes aux assureurs et aux réassureurs<sup>1</sup>, les réassureurs ont échappé aux effets de cette inflation réglementaire alors que leur activité se modifiait profondément.

Face à la libéralisation des services financiers, l'arrivée de nouveaux réassureurs plus opportunistes, le développement de la réassurance non proportionnelle et de nouvelles formes de réassurance, l'accroissement des risques catastrophiques ou des risques à développement long, le besoin d'un minimum de règles partagées par le plus grand nombre de pays s'est fait de plus en plus sentir.

Au cours des dernières années, plusieurs instances ou forums internationaux avaient souligné « l'absence d'une harmonisation communautaire des règles de surveillance de la réassurance ». De leur côté, les réassureurs eux-mêmes avaient bien compris les désavantages que leur créait cette absence d'harmonisation, tant dans leurs rapports avec les assureurs que

sur le plan international. Avec le souci d'impliquer au maximum les différentes parties intéressées (autorités de surveillance, associations professionnelles, réassureurs et assureurs), la Commission européenne a démarré le processus en septembre 2000 – il vient tout juste d'aboutir – par l'organisation d'une journée « portes ouvertes ». Ayant ensuite fait réaliser une « cartographie » de la réassurance par un consultant et continué de rencontrer les parties intéressées, la Commission a mis au point plusieurs projets aboutissant à une proposition officielle de directive en avril 2004.

À l'issue d'une coopération étroite entre les différentes institutions européennes, le Parlement ayant achevé son propre processus d'examen du texte le 7 juin 2005, la directive devrait être définitivement approuvée par le prochain Conseil des ministres des Finances<sup>2</sup>. Les États membres disposeront ensuite de vingt-quatre mois pour transposer la directive dans leurs droits nationaux respectifs, étant précisé que chaque État membre aura la faculté d'accorder un délai supplémentaire d'un an à ses « anciens » réassureurs afin qu'ils se mettent en conformité avec les nouvelles règles de solvabilité.

Parallèlement à la mise en place de cette directive, la Commission poursuit ses travaux pour réformer les normes de solvabilité à travers le projet « Solvency II » qui s'appliquera bien sûr aux réassureurs européens. Tout réassureur ayant son siège social dans l'un des États membres devra obtenir un agrément de l'autorité de contrôle de cet État. L'agrément permettra donc à ce réassureur d'exercer son activité en vertu de la liberté d'établissement ou de la libre prestation de services à travers toute la Communauté.

Pour être agréé, le réassureur devra présenter un programme d'activité, posséder un fonds de garantie de 3 millions d'euros minimum<sup>3</sup> et être dirigé par des personnes « remplissant les conditions d'honorabilité et de qualification ou d'expérience professionnelles requises ». Le réassureur agréé devra se soumettre à un *reporting* périodique en fournissant des informations comptables, prudentielles et statistiques sur son activité. Pour ce qui concerne les actifs représentatifs des provisions techniques, la directive retient la solution dite du *prudent man plus* qui repose essentiellement

sur des principes qualitatifs, avec cependant quelques options quantitatives laissées à l'appréciation des États membres. La directive a même prévu que les États membres pourraient choisir d'appliquer ce dispositif – plus qualitatif que quantitatif – aux entreprises d'assurances exerçant de façon significative des activités de réassurance.

Un réassureur agréé pourra désormais procéder à un transfert de portefeuille de contrats de réassurance, dans des conditions définies par le droit de son État membre, à un réassureur établi dans un autre État membre si ce dernier possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire, ce dernier point étant attesté par l'autorité de l'État membre d'origine de ce réassureur.

Pour les réassureurs domiciliés hors de la Communauté, la solution retenue a été de laisser chaque État membre décider des règles prudentielles les concernant, la seule contrainte imposée par la directive étant qu'un État membre ne pourra pas appliquer « des dispositions induisant un traitement plus favorable que celui réservé aux entreprises ayant leur siège social sur son territoire ». Cette formulation laisse effectivement la possibilité pour un État membre d'adopter des règles plus contraignantes.

Il y a eu plusieurs points délicats au cours de la phase de préparation de cette directive.

Après avoir essayé d'imposer aux réassureurs vie d'appliquer un calcul de la marge de solvabilité sur la base des provisions mathématiques, ce qui aurait obligé les réassureurs vie à de fortes recapitalisations, les institutions européennes, considérant les similarités existant entre la réassurance vie couvrant le risque de mortalité et la réassurance non-vie, ont finalement accepté d'appliquer aux réassureurs vie un calcul de la marge de solvabilité selon les mêmes règles que celles s'appliquant aux assureurs non-vie, c'est-à-dire en fonction d'un pourcentage des sinistres ou des cotisations. Les États membres pourront cependant appliquer les règles prévues dans la directive assurance vie pour l'établissement de la marge de solvabilité requise pour les activités de réassurance vie liées à des fonds d'investissement ou à des contrats avec participation aux bénéfices.

Un sujet particulièrement sensible pour la France a

été l'abandon de l'obligation pour les réassureurs européens agréés d'avoir à représenter leurs engagements techniques auprès des cédantes françaises. L'article 32.2 de la directive dispose que « Les États membres ne maintiennent ni n'introduisent de système de provisionnement brut qui exige l'engagement d'actifs en couverture des provisions pour cotisations non acquises et pour sinistres à payer, dès lors que le réassureur est une entreprise de réassurance agréée conformément à la présente directive ou une entreprise d'assurances agréée conformément aux directives 73/239/CEE ou 2002/83/CE. » La directive autorise un État membre à reporter l'application de cette mesure de douze mois après la transposition de la directive. Puisque, en pratique, la directive ne sera transposée que deux ans après son entrée en vigueur, qui survient le lendemain de sa publication au Journal officiel, la disparition de la représentation des engagements techniques n'entrerait en application que trente-six mois après cette publication. La disparition du « contrôle au brut » que certains peuvent regretter est toutefois dans la logique du principe de la reconnaissance mutuelle des contrôles.

Un autre point important à relever est la position prise par la directive à l'égard des « véhicules de refinancement » (*Special Purpose Vehicles – SPV*) qui prennent en charge les risques des assureurs ou des réassureurs. La directive laisse les États membres libres de définir les conditions prudentielles s'appliquant à ces « entités à vocation particulière qui assument des risques d'entreprises d'assurances ou de réassurance ». La directive se contente de fixer les points qui devront faire l'objet de dispositions particulières au niveau des États membres. Les créances sur ces véhicules de refinancement pourront être prises en compte<sup>4</sup> dans les actifs représentatifs de provisions techniques ainsi que dans le calcul de l'exigence de marge de solvabilité<sup>5</sup>.

C'est d'ailleurs dans ce cadre que les autorités françaises réfléchissent actuellement à la mise en place d'un dispositif réglementaire<sup>6</sup> qui permettrait aux assureurs ou réassureurs français de réaliser des opérations de titrisation de risques d'assurance ou de réassurance.

Autre sujet délicat et particulièrement d'actualité : la réassurance « *finite* ». Tout en proposant une

définition<sup>7</sup> de cette réassurance dont la directive reconnaît la « nature particulière », chaque État membre se voit reconnaître « la possibilité d'établir des dispositions spécifiques régissant la poursuite d'activités de réassurance *finite* ». Si ce sujet (tout comme celui concernant les « véhicules de refinancement ») ne figurait pas dans les premières réflexions de la Commission et n'a donc été introduit que récemment dans les projets examinés par les institutions, il est intéressant de souligner l'approche qui a été retenue par les institutions européennes, consistant à s'en remettre aux États membres pour encadrer une activité qui fait actuellement l'objet, tout particulièrement aux États-Unis, de l'attention des autorités prudentielles, sans parler de celle de certaines autorités judiciaires. Le souci des autorités de supervision étant d'éviter que ces contrats soient utilisés pour lisser les résultats des entreprises et donner une fausse image de leurs résultats, certains pays envisagent de fixer des règles plus strictes pour l'usage et la comptabilisation des produits de réassurance « *finite* ». Probablement en raison de pressions exercées par certains États membres et des contraintes de calendrier d'approbation de la directive, les institutions européennes se sont contentées de définir le terme et d'appliquer le principe de subsidiarité en laissant aux États membres la faculté d'introduire des dispositions spécifiques pour cette activité.

Dans les années à venir, le grand débat sera celui de la reconnaissance mutuelle des contrôles. Dans le cadre d'un marché global très compétitif, les pays ou groupes de pays s'efforceront de n'accorder le bénéfice de la reconnaissance mutuelle qu'à l'issue de négociations où interviendront non seulement la juste appréciation de la confiance accordée au système de contrôle de l'autre pays ou groupe de pays mais également les rapports de force commerciale. À cet égard, par cette nouvelle directive réassurance, l'Europe a une longueur d'avance sur les États-Unis où n'existe encore aucun système de contrôle fédéral malgré plusieurs tentatives<sup>8</sup>.

Ce nouveau mécanisme harmonisé d'agrément et de contrôle des réassureurs européens va bien au-delà du seul souci légitime de protéger les consommateurs européens et les sociétés d'assurances qui peuvent

souffrir de la défaillance des réassureurs. D'ailleurs, le nouveau système mis en place n'interdit pas à un assureur européen d'acheter de la réassurance auprès d'un réassureur non européen, par définition non contrôlé dans l'un des États membres, mais il faut rappeler que les réassureurs non européens ne pourront pas faire l'objet de dispositions leur assurant un traitement plus favorable que celui réservé aux entreprises de réassurance ayant leur siège social dans un État membre.

L'une des raisons majeures de cette nouvelle directive est de mettre en place un environnement réglementaire qui accompagne les efforts des réassureurs européens pour préserver leurs positions ou pour gagner des parts de marché sur le grand marché nord-américain de la réassurance, l'objectif à moyen ou long terme étant de faire tomber ou d'atténuer les obstacles ou les règles mises en place aux États-Unis à l'égard des *alien reinsurers*.

Cette nouvelle directive réassurance est importante pour de multiples raisons que nous avons brièvement évoquées. Le choix des autorités européennes de retenir, dès le début du projet, une procédure relativement rapide pour son adoption et des principes de contrôle s'inspirant largement des règles applicables aux assureurs n'a pas permis le débat de fond qui aurait conduit à l'adoption d'un régime prudentiel parfaitement adapté au métier de la réassurance, notamment en matière de règles de solvabilité. Mais ce débat aura bien lieu dans le cadre du projet Solvabilité II.

#### Notes

1. Directive 01/674/CEE sur les comptes annuels des sociétés d'assurances et directive 98/78/CE sur la surveillance complémentaire des entreprises d'assurances faisant partie d'un groupe d'assurances.

2. Probablement à l'automne 2005 en rappelant que la

directive n'entrera en vigueur qu'à compter de sa publication au Journal officiel et pourrait être retardée pour des raisons de traduction.

3. Un État membre peut réduire ce montant minimum à 1 million d'euros pour les captives de réassurance.

4. Selon des modalités définies par les États membres.

5. Sous réserve de l'accord des autorités de contrôle de l'État membre du réassureur.

6. Le cadre juridique et fiscal serait celui des fonds communs de créances, probablement renommés à l'occasion de cette modification. Cette approche consistant à modifier un instrument existant a semblé préférable à celle qui aurait consisté à créer un nouveau véhicule.

7. Définition donnée par la directive : « réassurance «finite» : une réassurance dans le cadre de laquelle la menace de sinistre maximale explicite, exprimée comme étant le risque économique maximal transféré, résultant d'un transfert non négligeable de risque de souscription et de timing, dépasse le montant de la prime versée pendant toute la durée du contrat, pour un montant limité mais non négligeable, et qui possède au moins une des deux caractéristiques suivantes :

- la prise en compte explicite et matérielle de la valeur temporelle de l'argent ;

- des dispositions contractuelles visant à assurer l'équilibre de l'expérience économique entre les parties afin d'atteindre le transfert de risque recherché. »

8. Aux États-Unis, il n'y a pas de système fédéral de contrôle. Un réassureur agréé dans un État est soumis aux mêmes règles qu'un assureur (à l'exception de la réglementation sur les cotisations et les contrats). Un réassureur non agréé dans un État peut néanmoins souscrire des engagements de réassurance, à condition d'offrir la garantie qu'il pourra faire face à ses engagements techniques. Les réassureurs non agréés ont le choix entre établir un trust fund (d'un montant égal à la totalité de leurs engagements au brut à l'égard des cédantes américaines augmenté de 20 M\$) ou de mettre en place des garanties individuelles (par exemple des lettres de crédit) avec chacune des cédantes.

# LA RÉASSURANCE MONDIALE : UN MARCHÉ IMPARFAITEMENT CONCURRENTIEL

*François Fouques*

*Responsable d'études,*

*direction des Affaires économiques, financières et internationales, FFSA*

*La réassurance est souvent perçue comme l'archétype du marché « mondialisé », dépourvu des frictions liées à l'intervention publique car n'y interviennent que des opérateurs échangeant des services business to business. L'État se limiterait-il à corriger les « imperfections » du marché (pour les catastrophes naturelles, le terrorisme, etc.), faisant du marché de la réassurance l'illustration canonique de la théorie de la concurrence pure et parfaite ? La réponse à cette question est négative, tant d'un point de vue structurel (organisation oligopolistique) qu'opérationnel (obstacles multiples au libre-échange).*

**L**es sociétés de réassurance opèrent au niveau mondial et il est à cela plusieurs raisons objectives :

- l'écrêtement des risques souscrits par les assureurs ne peut se conjuguer qu'avec une surface financière importante ;

- les garanties offertes couvrent souvent des risques complexes et très spécifiques – industriels ou de responsabilité par exemple – et exigent un niveau particulièrement élevé d'expertise technique...

Raisons auxquelles il faut ajouter :

- la diversification géographique des souscriptions, indispensable pour éviter les cumuls de risques.

Ainsi l'offre se trouve-t-elle concentrée au sein d'un nombre relativement réduit d'entreprises (en 2004, les cinq premiers réassureurs mondiaux réalisaient plus de 80 % du chiffre d'affaires global) et, par conséquent, de pays (cf. graphique 1). La demande est aussi très concentrée géographiquement (sans que l'on constate d'adéquation avec l'offre – cf. graphique 2), mais plus diffuse quant au nombre d'opérateurs.

---

## Une concurrence oligopolistique

---

**L'**hypothèse d'atomicité du marché n'étant pas observée, la théorie économique nous suggère que le marché mondial de la réassurance est un marché d'oligopoles, la concurrence s'opérant alors par les prix et la diversification des produits. Cette déduction ne recèle pas qu'un intérêt théorique et reflète certaines caractéristiques du marché :

- l'existence de cycles de tarifs liés à la surcapacité temporaire de l'offre (elle-même liée à la sinistralité) ;

- et la couverture « sur mesure » de risques dont l'occurrence est peu probable mais dont la survenance s'accompagne de sinistres de grande ampleur (contrats en *Excess of loss* notamment).

Au-delà de cette « imperfection » intrinsèque liée aux caractéristiques de l'offre, ce marché est aussi

imparfaitement concurrentiel en raison de causes extrinsèques (bien que souvent présentes en concurrence oligopolistique) : les barrières à l'entrée et, plus généralement, les obstacles au libre-échange. Ces obstacles adoptent une forme dictée par les caractéristiques locales des marchés d'assurance, mais une taxinomie simple suffit à en rendre compte :

- cessions obligatoires et, plus généralement, limitations quantitatives aux souscriptions étrangères (en *cross border*, prise de participations dans des sociétés locales, etc.), d'une part,

- règles prudentielles discriminantes selon la nationalité de l'opérateur, d'autre part,

sont les obstacles les plus communs.

Si la première catégorie voit ses motivations bien identifiées (en particulier la protection d'opérateurs locaux qui ne sont pas en mesure d'affronter la concurrence étrangère), la seconde est plus difficile à analyser : s'agit-il de règles prudentielles ou de mesures protectionnistes ?

Il convient de souligner que, à ces obstacles particuliers au marché de la réassurance, se superposent des obstacles « horizontaux » susceptibles de toucher tout opérateur étranger intervenant dans un secteur de services financiers local : les obligations liées à la nationalité des dirigeants en sont une bonne illustration.

## La protection d'une industrie dans l'enfance

Opposé à la conception bucolique d'une Amérique agricole défendue par Thomas Jefferson, Alexander Hamilton, premier secrétaire au Trésor de l'histoire des États-Unis, exposa dans son *Report on Manufacturers* le principe d'une protection douanière et d'une politique industrielle vigoureuse afin de favoriser l'émergence d'une économie moderne dans son pays. Friedrich List popularisera vers 1820 cette nouvelle théorie du protectionnisme qui autoriserait un pays à promouvoir à grande échelle ses « industries dans l'enfance ». Ce concept s'est appliqué à de nombreux secteurs, tant

industriels que de services, et cela aujourd'hui encore de façon parfaitement légitime : l'Organisation mondiale du commerce accepte que certains de ses membres assortissent leurs efforts de libéralisation du commerce de « mesures de sauvegarde » temporaires.

C'est dans cette même logique que certains pays ont prévu des dispositions instaurant un régime de cessions obligatoires : les réassureurs locaux (dont le nombre est souvent réduit à un) bénéficient d'une part de marché certaine, car les assureurs opérant dans leur pays doivent leur réserver une partie de leurs cessions. On peut citer, sans prétendre à l'exhaustivité, le cas de l'Égypte (cession de 10 % – hors rétention – auprès d'Egypt Re), de l'Indonésie (jusqu'à 10 % selon le risque, en partie au bénéfice de ReIndo), de la Turquie (20 % auprès de Milli Reassurans) et du Vietnam (20 % auprès de Vinare).

On peut ajouter à ces exemples le cas d'incitations indirectes : taxation supplémentaire des cessions selon la nationalité du réassureur (Brésil, Chili – hors MAT : 2 %, Mexique : de 2 à 40 % sauf en cas d'accord de libre-échange, Venezuela : 3 % des cotisations nettes) ou limitation de la part des risques cédés à l'étranger (25 % au Canada). S'il ne s'agit pas de cessions obligatoires, la logique est identique puisqu'il s'agit de privilégier « quantitativement » les opérateurs locaux.

Cette version moderne du protectionnisme peut sembler séduisante lorsque le taux de cession obligatoire est « raisonnable », mais sa gestion pratique n'est pas évidente : Comment savoir qu'une industrie est assez mature pour affronter directement la concurrence ? Les structures et la gestion d'une entreprise protégée peuvent-elles évoluer vers celles d'une entreprise concurrentielle ? Est-il légitime de protéger des entreprises qui n'ont que peu de chances de pouvoir être un jour compétitives ?

Par ailleurs, l'institution de cessions obligatoires limite l'accès des assureurs locaux aux marchés financiers mondiaux (auxquels ont accès en général les réassureurs étrangers) et, par là même, les capacités de ces assureurs, d'où une limitation au développement du marché local. Enfin, on peut douter que ce type de mesure conduise à une allocation efficiente du capital et il ne faut pas oublier que la réassurance a une

contrepartie directement liée à la solidité financière du réassureur : en cas de sinistre catastrophique, les opérateurs locaux seraient-ils pleinement en mesure d'assumer, à concurrence du taux de cession obligatoire, les engagements pris auprès des cédantes ?

La mise en place de cessions obligatoires peut répondre à une autre préoccupation : la limitation des flux financiers sortants. Les arguments présentés ci-dessus s'opposent tout autant à cette conception.

## Misère de l'historicisme

Les cessions obligatoires (et obstacles assimilés) ne constituent pas la seule entrave au libre échange des services de réassurance. Les réassureurs semblent bien être, au vu de la situation observée dans deux pays, le Brésil et les États-Unis, les victimes de lois inexorables de la destinée historique. En effet, certaines lois édictées il y a plusieurs décennies dans ces pays, bien que de nature différente, conduisent à un régime fortement discriminatoire et semblent ne pouvoir être amendées que très difficilement en raison du poids des traditions.

L'Instituto de Reaseguros do Brasil (IRB), créé en 1939, a bénéficié plusieurs décennies durant du monopole de la réassurance au Brésil. Détenu à parts égales (50 %) par le secteur public et les sociétés d'assurances locales, l'IRB a une particularité rare : il est auto-contrôlé. Cette caractéristique surprenante s'explique par le fait que l'un des objectifs fondamentaux qui avaient été dévolus à l'IRB lors de sa création était de réguler le marché local. Un autre de ses objectifs était de promouvoir le marché, alors « dans l'enfance » et devant être protégé par l'institution d'une politique de cessions obligatoires à hauteur de... 100 %. Le monopole de l'IRB couvrait notamment les traités et la réassurance facultative, mais son spectre d'intervention s'est progressivement élargi à l'assurance directe des risques nucléaires, agricoles et de crédit export par exemple.

Les inefficiences constatées et les conflits qui opposèrent l'autorité de contrôle du marché de l'assurance

(Superintendencia de Seguros Privados – SUSEP) à l'IRB conduisirent, en 1996, à l'adoption par le Congrès d'une loi mettant fin au monopole de l'IRB, transformant par ailleurs celui-ci en IRB Brasil Re, mais toujours détenu majoritairement par le secteur public. En 1999, les fonctions de régulation de l'IRB étaient attribuées à la SUSEP. Mais une vive opposition politique (du Parti des travailleurs) vit le jour, arguant du caractère constitutionnel du statut de l'IRB, ce qui conduisit en 2002 à la levée des législations adoptées auparavant. Un nouveau retournement en septembre 2004 vit la Cour suprême confirmer la régularité constitutionnelle des lois supprimant le monopole de la réassurance et l'attribution à la SUSEP du contrôle des activités d'assurance (hors santé) et de réassurance.

Cette dernière décision sera-t-elle suivie d'effets, ou le destin historique de l'IRB serait-il de conserver un monopole de fait ? Est-il probable que la situation actuelle (monopole de fait) s'inverse rapidement ? D'autres lois « définitives » seront nécessaires à la libéralisation du marché brésilien, le projet de l'une d'entre elles étant aujourd'hui à l'examen. Ce texte programmerait la fin effective du monopole en trois étapes annuelles, introduisant une participation progressive des opérateurs étrangers à hauteur de 40, 60 puis 100 %.

La situation observée au Brésil fut, et demeure, vivement critiquée par la communauté des réassureurs américains réunie au sein de la Reinsurance Association of America – RAA. Pour autant, cette dernière défend avec la même insistance la législation actuelle de son pays qui, par certains égards, apparaît aussi protectionniste.

Le marché américain est compartimenté, cette situation trouvant son origine dans la Constitution elle-même. Après des débats houleux sur la compétence respective de l'autorité fédérale et de celle des États, la loi McCarran-Ferguson, adoptée en 1945, confirma la compétence exclusive des États dans la régulation et la réglementation des activités d'assurance, à la différence des activités bancaires. Le débat fut d'autant plus passionné que la fiscalité des activités d'assurance relève également, *ipso facto*, de la compétence de chaque État et alimente de façon non négligeable leur

budget. Cette controverse sur les compétences respectives n'est pas éteinte : les assureurs vie tentent d'obtenir une forme juridique (optionnelle) valable sur tout le territoire (*federal charter*) et le Congrès débat régulièrement du sujet (la dernière discussion en date étant relative au *SMART act*).

Si les contrôleurs et législateurs compétents en matière d'assurance ont tenté de limiter la fragmentation du marché en créant deux associations fédérales (la National Association of Insurance Commissioners – NAIC et la National Conference Of Insurance Legislators – NCOIL), force est de constater que les délivrances de licence, contrôle des produits et approbation de tarifs sont particulièrement lourds à gérer par des sociétés qui souhaitent opérer dans plusieurs États.

Les obstacles au libre-échange sur le marché américain ne se limitent pas à la structure de la régulation : on observe dans les faits une discrimination opérée par les contrôleurs selon la nationalité des sociétés. En effet, à la différence des réassureurs américains, les sociétés étrangères doivent s'astreindre à déposer des garanties financières (dites *collaterals*) auprès de leurs cédantes. Le traitement des cessions en réassurance aux États-Unis est gouverné, du point de vue du contrôle, par le Credit for Reinsurance Model Regulation de la NAIC. Ce texte prévoit plusieurs possibilités, les deux premières découlant de la décentralisation du contrôle :

– le réassureur est établi (*licensed*) dans le même État que la cédante. Celle-ci est libre d'apprécier de façon discrétionnaire la solvabilité du réassureur, le contrôle de la cédante s'opérant net de la cession ;

– le réassureur est établi dans un autre État que celui de la cédante. Il doit alors maintenir un fonds de garantie (20 millions d'USD) et fournir régulièrement au contrôle des assurances de l'État de la cédante des états comptables particuliers, mais une procédure, dite d'*accreditation*, peut lui permettre de bénéficier du régime d'un réassureur établi, ce qui est fréquemment observé ;

– le réassureur est étranger (*alien*) et n'est pas établi aux États-Unis. La cédante doit demander des garanties au réassureur si elle souhaite bénéficier d'un

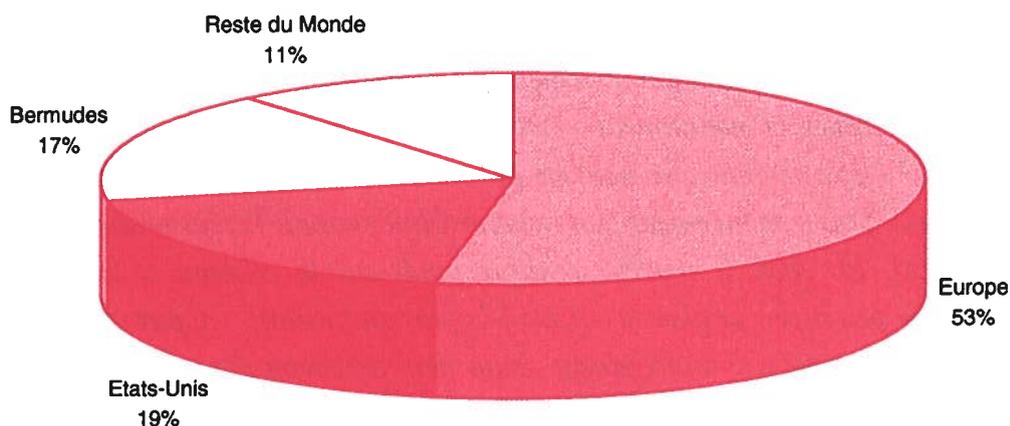
contrôle au net. Le réassureur peut donner un gage de sa solvabilité cédante par cédante ou constituer un fonds de garantie utilisable par toutes les cédantes (*multi beneficiary trust fund*). Quoi qu'il en soit, il doit maintenir un fonds de garantie de 20 millions d'USD et bloquer un montant égal à 100 % de ses engagements techniques lors de la survenance d'un sinistre, sans tenir compte des rétrocessions par exemple.

Face à ces contraintes, certains opérateurs, européens principalement, ont proposé une alternative dont la logique n'est pas sans rappeler celle du marché des *Surplus Lines*. Les Européens proposent ainsi de faire l'objet d'un examen au cas par cas pouvant aboutir, à l'aune de la satisfaction effective de certains critères, à une réduction des *collaterals*. Cette proposition a rencontré une très vive opposition de la part de la RAA et d'un grand nombre de contrôleurs. Si les arguments avancés par les défenseurs du *statu quo* sont présentés sous un éclairage prudentiel (les contrôleurs ne peuvent pas connaître tous les systèmes comptables étrangers, ni toujours compter sur la bonne exécution des jugements américains à l'étranger, etc.) le fait que le nombre de faillites de sociétés de réassurance étrangères n'est certainement pas supérieur à celui des sociétés américaines conduit plutôt à penser qu'il s'agit d'une protection pure et simple du marché. Par ailleurs, si le système appliqué aux sociétés étrangères est si performant, pourquoi ne pas l'étendre à l'ensemble des opérateurs, faisant fi de leur nationalité ?

Doit-on reprendre les mots de Paul Bairoch pour qualifier les États-Unis de patrie et bastion du protectionnisme moderne ? Sans poursuivre dans cette voie, force est de constater que la situation n'évoluera que lentement puisque l'établissement d'une régulation fédérale et la fin de la discrimination des opérateurs s'accompagneraient de grands bouleversements, en termes de structure du marché et de fiscalité. Les pressions politiques pour le maintien du *statu quo* sont fortes. Néanmoins, les travaux menés tant localement qu'au sein d'instances internationales (dont la conception d'un système de reconnaissance mutuelle des autorités de contrôle, en discussion à l'International

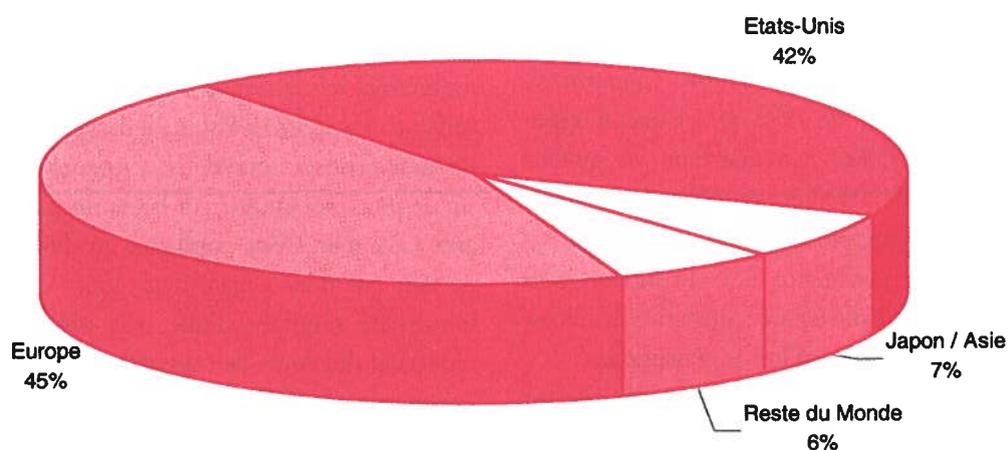
Association of Insurance Supervisors) contiennent les germes de la levée de nombre d'obstacles au libre-échange des services de réassurance, aux États-Unis comme ailleurs.

**Graphique 1 : RÉPARTITION RÉGIONALE DE L'OFFRE DE RÉASSURANCE EN 2004**



Source : ARF - 2005

**Graphique 2 : RÉPARTITION RÉGIONALE DE LA DEMANDE DE RÉASSURANCE EN 2004**



Source : ARF - 2005

# CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE ET COMPTABLE SUR L'ACHAT DE RÉASSURANCE

Guillaume Gorge

Axa Cessions <sup>1</sup>

*L'évolution réglementaire et comptable actuelle – la mise en œuvre des normes IFRS et de la réglementation Solvency II notamment – va-t-elle modifier les besoins en réassurance et de quelle manière ? Nous pensons que nous ne pouvons étudier correctement une telle question qu'en la replaçant dans le mouvement plus structurel que connaît la réassurance depuis le début des années 1990. En effet, le modèle séculaire fondé sur la relation et la confiance, sans disparaître, laisse peu à peu la place à un modèle plus quantitatif, s'appuyant sur les avancées théoriques et pratiques du risk management. Nous nous proposons donc d'étudier cette profonde évolution, puis d'y situer les normes IFRS et Solvency II avant de conclure sur les conséquences probables, surtout organisationnelles, de l'achat de réassurance.*

## Évolution structurelle de la réassurance

Les fidèles lecteurs de la revue *Risques* se souviennent probablement du livre de Michel Albert, *Capitalisme contre Capitalisme*, ouvrage publié en 1991 dans lequel il opposait le modèle capitaliste néo-américain au modèle rhénan. La principale différence entre ces deux modèles était la prise en compte du temps. Il ne s'agit pas ici de débattre de la pertinence de la distinction mais de l'utiliser comme clé de lecture instructive des changements que connaît aujourd'hui la réassurance.

La nationalité allemande ou suisse des plus anciens réassureurs est certainement révélatrice de la prégnance du modèle rhénan en réassurance ; comme le rappelle Michel Albert : « l'activité [de réassurance] requiert un maximum de sécurité et de continuité, et a choisi pour ses capitales deux villes des Alpes, Munich et Zurich <sup>2</sup> »,

villes où se sont installées les sociétés Munich Ré et Suisse Ré. La relation de réassurance est fondée sur une relation de long terme et sur la confiance entre assureur et réassureur.

L'efficacité de ce système doit être soulignée. La certitude de la solidarité de l'assureur est primordiale pour le réassureur. Face à des risques difficilement mesurables tels la responsabilité civile illimitée, le terrorisme ou encore les risques émergents, un réassureur ne peut s'engager que dans la mesure où il peut être sûr de pouvoir compter sur la continuité de la relation avec l'assureur. Cette confiance est d'ordre éthique et ne naît pas d'un engagement écrit. La conséquence immédiate résultant d'une telle organisation est la réduction des coûts de transaction. En effet, même si l'asymétrie d'information est grande, l'absence de divergences d'intérêts tend à réduire ses conséquences et donc limite les moyens mis en œuvre pour s'en protéger.

L'impact sur la valeur des réassureurs doit également être mis en avant. En effet, l'existence de la confiance

dans les relations réduit le capital nécessaire à la couverture des risques pouvant se réaliser et donc le coût du capital mobilisé. Cela crée à l'actif économique des réassureurs une valeur, équivalente, dite de franchise.

En raison de nouvelles contraintes et préoccupations, initialement apparues sur les marchés financiers puis transmises au marché de la réassurance, le modèle rhénan a glissé progressivement vers le modèle anglo-saxon. De la communauté d'intérêts caractéristique du modèle rhénan, la réassurance perd peu à peu sa spécificité par rapport au marché traditionnel. L'un des objectifs des réassureurs sur un tel marché est de convaincre de la sécurité qu'ils apportent. L'apparition de sinistres surprenant le marché, tels les quasi-faillites des sociétés ReAC et Gerling, a contribué à cette mutation du point de vue de l'assurance. Conséquence et moteur d'un tel mouvement, le *risk management* s'est développé, initialement surtout chez les courtiers avec notamment l'apparition de techniques d'évaluation du risque empruntées à la finance (*Value At Risk, Capital Asset Pricing Model*, par exemple) ou le développement IT permettant un *risk management* moderne sur base de simulations (logiciels de modélisation des catastrophes de type AIR, EQE ou RMS, outils de simulations, etc.).

L'un des enjeux du *risk management* est notamment la modélisation des risques exceptionnels et des corrélations (même approximatives) entre ces risques afin de déterminer la stabilité financière des sociétés d'assurances ou de réassurance.

## L'émergence des normes comptables IFRS

La réglementation comptable s'est également transformée, parallèlement à cette évolution du marché de l'assurance, avec l'apparition des normes IFRS. Tout système comptable véhicule une vision économique, voire éthique, souvent de façon implicite. Pour les normes IFRS, en

revanche, cette vision est explicite avec la mise en avant de l'hypothèse d'un marché financier parfait, c'est-à-dire complet, liquide, sans coût de transaction. L'adoption de l'hypothèse de marché financier parfait correspond à l'adoption d'une valeur pour le risque : c'est le concept de « *fair value* », de juste valeur, qui résulterait de l'échange du risque sur les marchés. Or, en raison de l'illiquidité des passifs d'assurance, la valeur d'échange n'existe pas – ou que très partiellement – pour les risques d'assurance : les normes IFRS posent donc le problème des modalités d'évaluation du risque et de la valeur donnée à l'illiquidité.

L'un des enjeux majeurs actuels des normes IFRS consiste certainement dans la déclinaison de la norme IAS 39 (« instruments financiers ») avec la nécessité de prescrire une *valeur aux passifs* des bilans. Cette prescription en induit une autre, celle de la *valorisation des risques* figurant aux passifs des bilans des assureurs et des réassureurs. De nombreux auteurs ont noté l'importance de l'absence de comptabilisation cohérente à l'actif et au passif en termes d'accroissement de la volatilité (on pourra notamment s'en référer aux numéros 58 et 61 de la revue *Risques*).

Les normes IFRS peuvent sensiblement modifier, à terme, l'achat de réassurance. La réassurance permet en effet de rendre liquide des passifs illiquides, ce qui peut devenir une préoccupation importante des assureurs : ainsi, une baisse des rétentions des assureurs peut combler partiellement les conséquences pour l'assureur de la suppression des provisions d'égalisation<sup>3</sup>. En outre, la réassurance est souvent utilisée par les assureurs pour donner un prix aux risques les moins liquides et une extension de ce principe à la comptabilité IFRS pourrait être envisagée théoriquement. Une telle évolution sera d'autant plus probable que l'on exigera de l'assureur des calculs précis pour fonder ses comptes. L'assureur doit faire des hypothèses sur tous les paramètres qui peuvent influencer sur la vie des contrats : détermination des risques, probabilités de survenance du ou des risques, stabilité ou évolution de la jurisprudence, changements de comportement de l'assuré, etc. L'établissement des comptes en *fair value*, pour ne pas devenir un exercice éminemment subjectif,

devra recourir à des modèles réellement pertinents et stables. Dans ce cadre, la réassurance est un moyen de vérifier que le marché valide ces modèles et hypothèses à travers un prix (de marché) proche du prix obtenu par les modèles.

---

## Le développement de la réglementation prudentielle : le projet Solvabilité II

---

L'approche du projet Solvabilité II est clairement orientée sur la prévention des risques globaux des sociétés d'assurances même si la réglementation n'est pas encore parfaitement définie. L'organisation de la solvabilité à travers plusieurs piliers est l'une des évolutions majeures nées de Solvabilité II, l'un précisant les ressources financières, l'autre les modalités de contrôle et, le dernier, la discipline de marché. La sécurité accrue proviendrait moins d'une augmentation des marges de solvabilité que d'un accroissement des politiques de prévention : les modèles internes des sociétés doivent jouer un grand rôle dans l'appréciation de la marge de solvabilité et le contrôle des pairs est renforcé par l'augmentation significative des informations publiées, suscitant une émulation vers les meilleures pratiques de réduction des risques. En particulier, les modèles internes des sociétés présentent l'intérêt d'inciter les entreprises concernées à prendre plus correctement la mesure des risques auxquels elles sont confrontées.

En matière de réassurance, les conséquences du recours aux modèles internes sont importantes : la modélisation des risques va obliger les cédantes à se poser la question de l'efficacité de la réassurance, entraînant une certaine objectivation de l'achat de réassurance par rapport à la conservation de ce risque en interne. Dès lors que les risques sont connus, la société d'assurances est en mesure d'appréhender le coût de ces diverses sources de financement et donc d'en déduire une combinaison d'instruments – fonds

propres, dettes ou réassurance – lui permettant de minimiser ses coûts.

La meilleure connaissance des risques par les assureurs peut modifier l'achat de réassurance de deux manières. Elle va valoriser tout d'abord les stratégies permettant de réduire ces risques. Il est probable que la souplesse de la réassurance sera utilisée pour des cessions de plus en plus précises : cession de tel risque particulier, protection du risque de réserve ou, au contraire, uniquement du risque pur de souscription... De plus, la perception de l'insuffisance de couverture par rapport à certaines expositions devrait se traduire par une augmentation dans certains pays des niveaux de réassurance (en termes de protection de sévérité – contre les événements extrêmes – mais surtout en termes de protection de fréquence, se protégeant contre un nombre inhabituel d'événements).

En revanche, une meilleure connaissance des risques peut être aussi l'occasion d'une prise de conscience que la réassurance induit elle-même des risques : du point de vue de l'assureur, la réassurance est moins un transfert de risques qu'un échange de risques<sup>4</sup>. En particulier, la meilleure prise en compte du risque de contrepartie des réassureurs peut modifier sensiblement la structure des traités de réassurance par la recherche d'une meilleure protection vis-à-vis de ce risque. Il est possible, à ce titre, que les assureurs demandent sur les risques les plus rares des mécanismes de garantie de l'engagement maximal des réassureurs (collatéralisation totale) à l'image de la structuration des *cat. bonds* par exemple.

---

## Les impacts sur le cessionnaire

---

La première conséquence de l'évolution que nous venons de décrire nous semble être le rapprochement des modes de pensée de la finance et de ceux de la technique en réassurance. En effet, IFRS et Solvabilité II sont une contrainte touchant, en premier lieu, les directions

financières auparavant relativement éloignées de la réassurance et de ses décisions, historiquement sous la responsabilité du directeur technique et proches de la souscription. Le développement du *risk management* ne peut se faire sans la participation de la direction financière qui a la responsabilité de l'agrégation de tous les risques, ni sans la direction technique qui les connaît.

La deuxième conséquence majeure, au-delà de cette convergence entre les domaines financier et technique, est l'augmentation de la technicité du métier de cessions de réassurance (et parallèlement aussi d'acceptation). Les discussions impliquent dorénavant non seulement des éléments sur la connaissance qualitative du risque, mais aussi quantitative, la confiance se déplaçant vers la qualité des informations reçues et la transparence : il n'est pas rare désormais de voir des négociations où les actuaires des réassureurs et des cédantes confrontent leurs modèles internes de risque. De même, en termes d'expertise juridique, les besoins nécessaires augmentent régulièrement. L'évolution du marché de la réassurance se caractérise par la recherche de réduction du risque opérationnel et par une disparition de la pratique du « *deal now, detail later* », consistant à remettre à plus tard la finalisation des termes des contrats de réassurance. Enfin, nous avons évoqué la complexité croissante de la structuration des programmes de réassurance qui se traduit, elle aussi, par une expertise plus grande des métiers de la réassurance.

## Conclusion

**L**a confiance à la base du modèle rhénan est toujours le fondement de la réassurance même si elle s'exprime différemment. « The greater the uncertainty, the more important is mutual trust <sup>5</sup> ». Les assureurs et les réassureurs ont

à redécouvrir les nouvelles formes de cette confiance et à apprivoiser le nouvel environnement de leur relation. Cela se traduit par exemple sur le risque de défaut par une analyse fine du poids des agences de notation. Certes, un assureur ne peut pas durablement ignorer le jugement des agences de notation sur tel ou tel réassureur. Mais il peut, et même doit, établir des relations avec ses réassureurs qui s'affranchissent dans une certaine mesure de leurs jugements, sous peine de détruire une partie importante de la valeur de la relation entre assureur et réassureur.

### Notes

1. Je tiens à remercier chaleureusement Mathieu Gatumel qui m'a aidé à écrire cet article à partir de mes quelques notes sur le sujet.
2. Michel Albert, *L'avenir de l'assurance : modèle alpin ou maritime ?*, *Risques* n° 5 : 181-195.
3. *Les provisions d'égalisation sont parfois analysées comme des provisions liées à une surprime d'illiquidité des risques particulièrement difficiles à estimer, ce qui aurait pu permettre de les conserver en comptabilité « fair value ».*
4. KPMG, dans son rapport de mai 2002 pour la Commission européenne considère que parmi les onze risques touchant les sociétés IARD, trois sont directement liés à la réassurance : *inadaptation de la couverture de réassurance ; risque de crédit sur les créances auprès des réassureurs et risque opérationnel lié aux opérations de réassurance.*
5. *Swiss Re, the Risk Landscape of the Future, 2004.*

### Bibliographie

- ALBERT, M. ; *Capitalisme contre capitalisme* ; Éditions du Seuil, 1991.
- ALBERT, M. ; *L'avenir de l'assurance: modèle alpin ou maritime ?* ; *Risques* n° 5, p. 181-195, 1991.
- TRAINAR, P. ; *La réforme de la solvabilité des assureurs européens : l'exercice Solvency II* ; *Risques*, n° 54, p. 45-58, 2003.

# RÉFLEXIONS SUR LA RÉASSURANCE DU SYSTÈME «CatNat 82»

*Luc Malâtre*

*Directeur général, Gras Savoye Ré*

*L'extraordinaire volatilité des risques de catastrophes naturelles est un défi pour les assureurs qui ont à la fois beaucoup à gagner et beaucoup à perdre en offrant ce type de garantie à leurs clients. Or les réassureurs, et même certains acteurs financiers « alternatifs », sont particulièrement intéressés par la couverture de ces événements comme en témoigne la concurrence qu'ils se livrent pour souscrire les grands programmes de ce type.*

*Le système CatNat 82 réassuré par la CCR (Caisse centrale de réescompte) présente, après plus de vingt ans de fonctionnement, des résultats globalement bons, même s'il existe des incertitudes sur l'ampleur des sinistres de subsidence consécutifs à la sécheresse de 2003. Alors que l'État a lancé une réflexion sur le système, il convient d'examiner les possibilités et avantages d'une implication plus forte des marchés de réassurance et financiers.*

---

## Les catastrophes naturelles et la réassurance

---

**C'**est un truisme que de rappeler l'extraordinaire volatilité des sinistres de catastrophes naturelles pour les assureurs, et ce, même si les dommages sont encore loin d'être tous assurés. Ainsi, selon Swiss Re, sur la période de 1987 à 2004, la charge annuelle des dommages de catastrophes naturelles a varié, pour les assureurs, entre 6 Mds \$ (1996) et 46 Mds \$ (2004). Les principaux dommages assurés ont été causés par des tempêtes et ouragans, ainsi que des tremblements de terre : sur la même période de dix-huit ans en effet, la moyenne annuelle de 23 Mds \$ a été dépassée quatre fois (chiffres corrigés de l'inflation) en :

- 1992, notamment du fait de l'ouragan Andrew (21 Mds \$) ;

- 1994, du fait du tremblement de terre de Northridge (17,8 Mds \$) ;
- 1999, suite aux tempêtes européennes de décembre (11 Mds \$) ainsi qu'aux ouragans américains et typhons japonais (10 Mds \$) ;
- 2004, avec treize ouragans aux USA et aux Caraïbes (dont quatre ont causé 19 Mds \$ de dommages assurés dans le seul état de Floride), dix typhons au Japon et le tsunami du 26 décembre (dommages assurés estimés à 5 Mds \$).

Ces dommages ont été indemnisés, pour l'essentiel, par les marchés privés de l'assurance et de la réassurance. Ainsi, pour prendre l'exemple de la France, le coût des deux tempêtes Lothar et Martin (26/27 décembre 1999), 8,5 Mds € pris en charge par les assureurs et réassureurs, a été équivalent à la charge totale des sinistres du régime « CatNat 82 » de 1983 à 2003. Les réassureurs sont particulièrement intéressés par la couverture des catastrophes naturelles car c'est

un domaine où ils peuvent valoriser leurs atouts financiers et techniques :

- financiers parce que les fonds propres mis à leur disposition par leurs actionnaires sont calibrés pour faire face à une volatilité beaucoup plus forte que celle des assureurs (ce qui se traduit par des objectifs plus élevés en matière de « ROE ») ;

- techniques par la vision globale qu'ils ont de ces événements, et grâce aux outils de modélisation dont disposent les principaux intervenants (réassureurs, courtiers et même certains grands assureurs).

## Les dispositifs nationaux

**E**n pratique, les conditions nécessaires à l'assurabilité des catastrophes naturelles par les marchés privés ne sont pas toujours réunies ou bien ne l'étaient pas au moment de la création de ces dispositifs. Le risque de tremblement de terre représente un défi particulièrement complexe : en effet, un grand sinistre peut détruire des agglomérations entières et causer ainsi des dommages en milliards, voire dizaines de milliards d'euros. C'est pourquoi même des marchés extrêmement puissants et bien réassurés ne peuvent offrir des couvertures complètes et accessibles à tous sans la mise en place de dispositifs de mutualisation dérogeant aux règles de la concurrence qui s'appliquent normalement dans l'assurance.

C'est ainsi que des marchés nationaux particulièrement exposés ont développé leurs propres *pools* pour

couvrir les risques de tremblements de terre : en Suisse (1939), en Nouvelle-Zélande (1945), au Japon (1966), en Islande (1975), en Californie (1996), en Turquie (2000), à Taïwan (2002) et en Algérie (2004). Ils ont permis aux assureurs intervenant sur ces marchés d'offrir des garanties économiques de catastrophes naturelles sur l'ensemble des contrats dommages aux biens ou au moins habitations, et ce grâce :

- à la mutualisation ;
- à des garanties d'états et/ou à des couvertures de réassurance de marché ;
- et parfois à des couvertures placées sur les marchés financiers.

Il est intéressant de noter que les USA comptent trois dispositifs de type « CatNat » avec le National Flood Insurance Program américain financé par les autorités fédérales, la California Earthquake Authority réassurée sur le marché et le Florida Hurricane Catastrophe Fund qui intervient en complément des capacités du marché. Au total, treize régimes publics ont été mis en place dans le monde, comme indiqué dans le tableau ci-après où l'on constate que seulement deux régimes sont entièrement réassurés par l'État sans intervention des marchés : le Consorcio espagnol et le système CatNat 82 français.

*Définition des sigles utilisés dans le tableau ci-dessous :*

*DAB : toutes polices dommages aux biens*

*MRH : toutes polices multirisques habitation*

*TdeT : tremblement de terre*

*TOC : tempêtes, ouragans, cyclones*

| Pays    | Nom et date de création          | Garanties   | Tarification                           | Réassurance (courtier principal)                            |
|---------|----------------------------------|---|--|---|
| Algérie | Pool Catastrophe Algérien (2004) | <u>DAB</u> : TdeT, inondations, glissements de terrains, tempêtes                                       | Par décret, selon zone et construction | État et Marché (Willis) via CCR                             |
| France  | Cat Nat (1982)                   | <u>DAB</u> : Tous risques « assurables », en pratique inondations, subsidence, TdeT et TOC dans les DOM | 12 % des primes DAB                    | État <i>via</i> la CCR (non obligatoire mais quasi général) |

| Pays             | Nom et date de création  | Garanties   | Tarifification                 | Réassurance (courtier principal)                          |
|------------------|--|---|--------------------------------|---|
| Islande          | Icelandic Catastrophe Fund (1975)                                | <u>DAB</u> : Tous risques naturels, en pratique TdeT, éruptions volcaniques, glissements de terrains, inondations, tempêtes | Taux fixe                      | Marché  |
| Japon            | JERe (1966)  | <u>MRH</u> (assureurs participants)<br>TdeT, tsunamis et éruptions volcaniques  | Selon zone et construction     | État (4,1 Mds JPY) et Marché (plusieurs courtiers)        |
| Nouvelle-Zélande | EQC (1945)   | <u>MRH</u> : TdeT, tsunamis, éruptions volcaniques, glissements de terrains, inondations, tempêtes                          | Taux fixe                      | État et Marché (Benfield)                                 |
| Norvège          | Norsk Naturskedepool (1979)                                      | <u>DAB</u> : tous risques naturels, en pratique TdeT, éruptions volcaniques, glissements de terrains, inondations, tempêtes | Taux fixe                      | Marché (Willis)   |
| Espagne          | Consortio de Compensación de Seguros (1954)                      | <u>MRH</u> : tous risques naturels et événements politiques ou sociaux (y compris terrorisme)                               | Taux fixe                      | État  |
| Suisse           | Pool Suisse Elemental et Fond Suisse Tremblement de Terre (1939) | <u>DAB</u> : TdeT, glissements de terrains, avalanches, grêle, neige, inondations, tempêtes                                 | Taux fixe                      | État & Marché (AON)                                       |
| Taiwan           | Taiwan Residential Earthquake Insurance Pool (2002)              | <u>DAB</u> : TdeT   | Taux fixe                      | État & Marché (plusieurs courtiers)                       |
| Turquie          | Turkish Catastrophe Pool (2000)                                  | <u>DAB</u> : TdeT   | Selon zone et construction     | État & Marché (Willis)                                    |
| USA              | California Earthquake Authority (1996)                           | <u>MRH</u> : TdeT   | Taux « actuariels » (EQE)      | Marché (Ben Guy Carp)                                     |
|                  | National Flood Insurance Program (1968)                          | Contrats spécifiques du NFIP (par communauté)   | Selon zone et nature des biens | État & Marché (Cat Bonds)                                 |
|                  | Florida Hurricane Catastrophe Fund (1993)                        | <u>MRH</u> : TOC  | Taux « actuariels »            | État & Marché (Cat Bonds) pour 15 Md\$ excess de 4,5 Md\$ |

## Le système français « CatNat 82 »

Le régime institué par la loi du 13 juillet 1982 présente les spécificités suivantes :

- obligation est faite pour tout contrat dommages (et pertes d'exploitation) couvrant des biens meubles et immeubles situés en France, y compris les Dom, de prévoir la garantie des catastrophes naturelles à des conditions tarifaires et de couverture fixées par la loi ;

- le système offre une garantie de type tous risques puisque sont couverts les « dommages non assurables » sans plus de précision ; en pratique les tempêtes, la grêle et le gel sont couverts hors du système.

- les franchises sont fixées par arrêtés et sont uniformes ; pour les risques de particuliers 380 €, sauf en cas de subsidence : 1 520 €, ces chiffres déjà anciens (correspondant à 2 500 et 10 000 F) étant majorés pour les risques professionnels ;

- la tarification est aussi fixée par l'État, sous forme d'une surprime applicable aux contrats dommages : de 5,5 % à l'origine, elle a rapidement été portée à 9 %, et ce jusqu'à 1999, date à laquelle la surprime est passée à 12 % (sauf pour les contrats autos) ;

- le droit à indemnisation est conditionné à la constatation d'état de catastrophe naturelle pour la commune de l'assuré, et ce, par un arrêté interministériel (Economie et finances, Intérieur, Environnement) ;

- enfin l'État garantit le financement du système en offrant aux assureurs une couverture illimitée au travers de la CCR.

Bien que les assureurs soient libres de se protéger ou non auprès de la CCR, pratiquement tous ont fait ce choix, ne serait-ce que dans la mesure où aucun autre réassureur ne peut offrir une garantie tous risques illimitée.

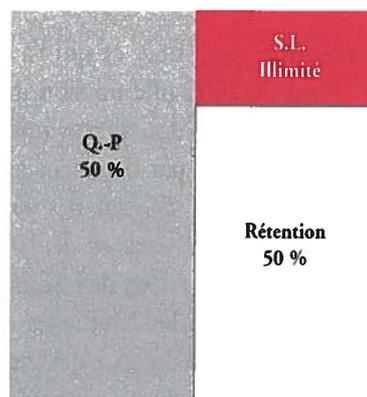
### Caractéristiques de la réassurance offerte par la CCR

Elle mixe quote-part et *stop-loss* sur la rétention. Depuis 2000, après que la CCR eût épuisé sa réserve d'égalisation à l'occasion des événements de fin 1999 :

- la quote-part est de 50 % sans commission (alors que les frais des assureurs s'élèvent en moyenne à 20 %) ;

- le *stop-loss* sur rétention est illimité à partir d'un seuil négociable avec la CCR, généralement au moins 200 % de l'encaissement protégé, mais la CCR se réserve d'exiger des seuils plus élevés pour les portefeuilles plus volatiles (notamment ceux de risques d'entreprises).

*Schéma de la réassurance CatNat  
fournie par la CCR à une cédante*



200 % de l'encaissement  
protégé, soit 100% de l'encaissement total

### Résultats du système CatNat 82

Globalement, avec un encaissement passé de 300 M € en 1983 à près de 1,2 Md € en 2003, le système a été bénéficiaire pour le marché qui a dégagé sur la période un S/P moyen de 69 % et un ratio combiné de 89 % au brut – avec toutefois une incertitude sur l'exercice 2003 (*cf.* plus loin) et par contre une excellente année 2004.

La sinistralité sur cette période, environ 9 Mds €, s'est partagée pour l'essentiel entre les inondations (50 %) et la subsidence (50 %) sachant que ce chiffre résulte des évaluations de la CCR au début 2005 ; celles-ci sont plutôt prudentes pour les sinistres connus mais pas encore réglés (y compris une forte proportion de ceux résultant de la sécheresse de 1995), mais ne prennent pas en compte les sinistres potentiels sur les milliers de communes qui à cette date n'avaient pas obtenu l'arrêté au titre de 2003.

Pour la CCR, son encaissement au titre des CatNat est passé de 85 % des primes du marché en 1983 à environ 50 % en 2003 soit 612 M€ ; elle n'a dû faire appel à la garantie de l'État qu'à l'occasion des événements de 1999, pour un montant de 450 M€ dont la moitié a été remboursée depuis. Or, sur ces vingt et un ans, l'État a encaissé beaucoup plus grâce aux dividendes de la CCR, et surtout aux taxes d'assurances acquises sur les primes CatNat.

### Les points faibles dans le système

Ils ont été identifiés par l'État, ce qui l'a conduit à constituer au début de 2005 une mission interministérielle de réflexion. Deux des quatre ministères la composant sont représentés par d'anciens assureurs : Philippe Dumas, inspecteur général des Finances et ancien directeur général du Gan et de la CTR, et Raymond Fekik, inspecteur général de l'Administration et ancien directeur général des Mutuelles du Mans. Cette mission a été chargée d'émettre des propositions plus particulièrement sur les deux sujets suivants :

- Comment lever l'incertitude qui pèse sur les résultats de l'exercice 2003 en raison du développement des sinistres de subsidence résultant de la plus forte vague de sécheresse connue par la France depuis 1976 ? Au début de 2005, ces sinistres sont globalement provisionnés pour 1,25 Md € mais leur coût global pourrait plus que doubler si toutes les demandes des communes touchées étaient satisfaites ; un tel dérapage serait majoritairement à la charge de la CCR et de l'État ;

- Comment consolider la CCR, sachant que le montant de ses provisions d'égalisation n'a jamais dépassé 600 M€ et était de l'ordre de 420 M€ fin 2004 ? Ce chiffre est clairement insuffisant pour faire face, non seulement à un « dérapage » des sinistres sécheresse de 2003, mais plus encore à un sinistre grave, que ce soit une grande inondation (le SMP centenaire est évalué à plus de 5 Mds € pour Paris) ou un tremblement de terre (SMP 15 Mds € pour la Côte d'Azur selon la CCR).

D'autres points faibles ont fait l'objet de discussions avec les assureurs :

- la mutualisation absolue qui fait payer aux assurés urbains, sans risques, les sinistres de ceux localisés dans les zones les plus exposées comme les communes « inondables » ou les Dom ; en pratique, le marché ne dispose pas encore des outils nécessaires pour mettre en place une vraie tarification reflétant les risques de chacun ; par contre, la prévention pourrait être mieux encouragée par une plus grande modulation des franchises : actuellement, elles ne sont majorées que lorsqu'une commune ayant fait l'objet de plusieurs arrêtés ne met pas en œuvre un plan de prévention des risques naturels,

- le caractère « politique » de la procédure de reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle, qui rend particulièrement difficile une indemnisation « techniquement homogène » des sinistres de subsidence ; sur ce sujet les assureurs ont pris des dispositions concernant notamment les sinistres sur des bâtiments ayant changé d'assureur et/ou couverts par des garanties dommages ouvrage ; ils ont aussi proposé d'autres mesures pour mieux encadrer le travail des experts sinistres.

---

## Comment la réassurance pourrait aider à faire évoluer et sécuriser le système CatNat 82

---

**L**es réassureurs ne sont pas totalement absents de ce dispositif. En effet :

- une poignée d'assureurs ont réassuré ces risques hors de la CCR ;
- et, surtout, un nombre important et croissant d'assureurs ont souscrit des couvertures « sous-jacentes » au *stop-loss* de la CCR.

Cette expérience et le développement exponentiel du marché mondial de la couverture des risques naturels ont amené certains réassureurs à faire des propositions pour prendre en charge les couvertures CatNat 82.

Bien entendu, aucun réassureur ne saurait se substituer complètement à l'État en offrant une couverture tous risques illimitée. Par contre, le marché pourrait réassurer :

- les risques majeurs de tremblement de terre et d'inondations en métropole ainsi que de tempêtes-ouragans-cyclones dans les DOM ;
- la volatilité des rétentions des assureurs au net de leurs protections CCR.

À titre d'illustration des capacités marchés en événements naturels, les assureurs français achètent en 2005 au total 6 Mds€ de réassurance sur un événement tempête, pour un coût total de l'ordre de 400 M€. En outre, certains acteurs financiers seraient très intéressés à fournir des couvertures paramétriques de type dérivés climatiques ou « Cat Bonds ». Cela a déjà été le cas pour les couvertures tremblement de terre aux USA et ouragans en Floride, mais aussi en France dans la solution montée par Gras Savoye et CDC-IXIS pour couvrir EDF contre les risques de tempête. Tout montage de réassurance (ou *a fortiori* de type alternatif) requiert bien entendu une bonne visibilité sur les risques, grâce à la modélisation.

## Le rôle de la modélisation

La modélisation joue aujourd'hui un rôle de plus en plus important dans le paysage de l'assurance et la réassurance, étant devenue un outil puissant dans l'appréciation des risques mais aussi dans la gestion et le contrôle des engagements des acteurs du marché. Dans le contexte particulier des CatNat, la problématique de la modélisation se résume à deux axes essentiels :

- celui des sinistres « extrêmes », de faible fréquence et de forte intensité ;
- celui de la masse annuelle des sinistres dont la volatilité est susceptible d'impacter les exigences des acteurs en termes de rentabilité.

En ce qui concerne la modélisation des événements exceptionnels tels qu'une inondation en région parisienne ou un tremblement de terre dans le sud-est de la France, cités précédemment, des études très importantes ont été menées par la CCR. Certains acteurs ont choisi d'utiliser ces études approfondies déjà existantes, d'autres ont opté pour la construction de leur propre modèle de simulation. Certains courtiers possèdent une grande expérience dans ce domaine, ayant déjà construit des outils sophistiqués pour les périls tels que l'inondation et le tremblement de terre.

Toutes ces approches semblent bien adaptées pour la modélisation d'un événement en particulier, mais elles restent trop lourdes pour simuler la sinistralité annuelle d'un assureur. En explorant les méthodes alternatives, davantage orientées vers la modélisation directe du coût annuel des sinistres CatNat, certains courtiers ont mis en place un outil dans le but d'assister les cédantes dans l'estimation de la charge moyenne tous périls confondus et aussi de sa volatilité. Les données d'exposition détaillées par commune servent de base pour estimer la distribution des sinistres, en les confrontant notamment aux données statistiques publiquement disponibles ainsi qu'aux bases de données internes du courtier.

## Conclusion

Le système français des CatNat apporte aux assurés et aux assureurs une couverture très simple et efficace grâce à une forte mutualisation complétée par une réassurance tous risques et illimitée. Il a permis au marché d'offrir aux assurés français une couverture très complète, et ce, avec des résultats jusqu'ici équilibrés. Par contre, c'est l'un des très rares dispositifs au monde qui ne fait pas appel aux marchés de la réassurance, exposant ainsi l'État français à un risque financier qui pourrait être transféré à l'instar de la plupart des dispositifs CatNat à travers le monde, ou même de celui du Gaeat (Gestion de l'assurance et de la réassurance des risques

attentats et actes de terrorisme), le système mis en place par le marché dommages pour couvrir les risques de terrorisme avec l'aide de l'État.

Bien entendu, le transfert aux marchés des risques du système CatNat 82 requiert des travaux importants de modélisation afin de mesurer les expositions et les périodes de retour des événements. La CCR a déjà mené une grande partie de ces travaux grâce à son extraordinaire base de données que lui fournit l'ensemble des assureurs. La finalisation de ces travaux et la mise en forme de leurs résultats pour une

approche des marchés permettraient :

- de réduire la vulnérabilité financière du dispositif ;
- de l'aider à évoluer vers un fonctionnement plus conforme aux marchés, tout en conservant à la CCR son rôle de pivot du système et à l'État celui de garant ultime.

Enfin, la mise à disposition des assureurs des outils de modélisation développés par les courtiers leur permettra d'optimiser leurs rétentions en pouvant comparer différentes options de réassurance.

# 3.

## Risques santé : quelles techniques d'assurance ?

---

- Gérard de La Martinière

*Société du risque et société assurancielle*

- Alain Etchegoyen

*Le risque, réalité et miroir de la société*

- Romain Durand

*L'assurance des risques aggravés (HIV, diabète, cancers)*

- Didier Bazzocchi

*Les évolutions de l'assurance santé :  
financements, comportements et réponses des organismes d'assurances de personnes*

- Jean-Marc Leverrier

*Y a-t-il des besoins nouveaux et des réponses innovantes en assurance de personnes ?*

- Jérôme Kullmann

*Remarques juridiques sur les sinistres sériels*

- Marie-Ève Joël,

*La réponse publique à la demande croissante de soins de longue durée*

- Pierre-Denis Champvillard

*Les réassureurs et les risques émergents*

- Jean-Claude Chollet

*La responsabilité civile médicale et la réponse de la profession*

- Mathias Matallah

*L'explosion de l'assurance de responsabilité civile liée aux problèmes de santé*

# SOCIÉTÉ DU RISQUE ET SOCIÉTÉ ASSURANCIELLE

*Gérard de La Martinière*

*Président de la Fédération française des sociétés d'assurances*

---

## La « société du risque » : réalité ou effet de mode

---

**I**l est désormais convenu d'inscrire la réalisation de tout événement catastrophique, de quelque nature qu'il soit, aussi bien que les spéculations sur les risques potentiels auxquels nous pourrions être confrontés, dans l'horizon d'une « société du risque ». L'expression reprend le titre du livre d'un sociologue allemand, Ulrich Beck, *Risikogesellschaft* (1986), sorte de manifeste des Verts allemands. Ce livre commente la montée des risques qui caractériseraient les sociétés contemporaines et insiste sur la montée des nouveaux risques, risques technologiques (Tchernobyl) et risques sociaux (liés à la flexibilisation du rapport salarial et au délitement de l'État social).

En effet, depuis une vingtaine d'années, nos sociétés se décrivent comme environnées de « nouveaux » risques : technologiques, catastrophiques, sanitaires, alimentaires, climatiques, scientifiques, terroristes, démographiques, mais aussi sociaux. « Inventer » des risques bruts, réels et imaginaires, est devenu un des impératifs d'une société qui fait de la transparence sa vertu principale. Le risque est devenu une modalité des rapports sociaux, une ressource que les groupes mobilisent dans leurs combats. La peur du risque alimente une demande de sécurité infinie.

L'État y trouve son compte, une ressource pour se requalifier à travers de nouvelles politiques publiques

conçues comme gestion de risques. La « société du risque » sert de motif à tout un programme de réforme des dispositifs de sécurité : agences de sécurité d'un côté, réforme de l'État-providence de l'autre. Des politiques de prévention, couronnées par le principe de précaution, sont brandies par les pouvoirs publics comme la réponse adaptée à la nouvelle situation. En même temps, le thème de la « société du risque » nourrit la critique de l'assurance comme technique et institution adéquates pour couvrir les risques. Au centre de ce débat, demeure la question de l'assurabilité et ses limites. Les dispositifs d'assurance seraient inadéquats pour faire face aux nouveaux risques. On parle de techniques de couverture alternatives. On insiste sur la nature de risques catastrophiques à faible probabilité et forte intensité.

Dans la société du risque, l'assurance serait dépassée. Elle serait condamnée à éclater d'un côté vers la finance, de l'autre vers l'État, présentés comme les nouveaux partenaires de la société des « nouveaux risques ».

---

## Développement de la « société assurancielle »

---

**F**orce est de constater que, pour le moment, la « société du risque » relève plus du discours que de la réalité. Elle témoigne d'une fascination pour l'immédiat de certains événements

rares. Dans la réalité considérée sur le long terme, non seulement on ne constate pas une régression de la « société assurancielle », mais plutôt son extension. La preuve : assurance maladie et responsabilité (indemnisation des victimes) sont deux problèmes liés, dans la mesure où beaucoup des problèmes de responsabilité évoqués sont adjoints à des problèmes sanitaires.

Cette extension de la société assurancielle se constate en matière de risques sociaux – retraite, assurance maladie – où l'on remarque à la fois de nouvelles formes de combinaisons entre assurance sociale et assurance de marché et la volonté de couvrir de nouveaux risques (dépendance). Elle s'observe aussi en matière de risques naturels et technologiques : couverture des catastrophes naturelles, loi Bachelot sur les catastrophes industrielles, couvertures des risques terroristes. La « société du risque » ne chasse pas « la société assurancielle » ; elle apparaît plutôt un vecteur de son développement. Cela se constate encore par le déploiement de nouveaux dispositifs d'indemnisation : garantie des accidents de la vie et multiplication des fonds. Les protections que demande le citoyen restent de l'ordre de l'indemnisation.

Dans bien des cas, ce sont ces développements de la société assurancielle qui sont le révélateur des risques (catastrophes naturelles par exemple) et permettent d'en avoir une juste mesure. Mais il est vrai que cette extension emprunte des voies qui ne sont pas nécessairement orthodoxes, au sens où tombent les clivages entre les églises d'Orient (sécurité sociale) et d'Occident (assurance de marché). L'assurance contemporaine renouvelle ses techniques et ses marchés. Les besoins d'assurance n'ont jamais été si grands ; par contre, le contexte ne rend pas la tâche facile aux assureurs.

## La question de l'assurabilité

**L**e rôle de l'assureur est bien sûr de souscrire des risques après les avoir évalués et sélectionnés. L'assurabilité est toujours relative. Ce n'est pas un bien en soi. Elle dépend de

questions techniques, économiques, politiques, sociologiques et morales. Les marchés d'assurance ont un rôle régulateur dans la définition des politiques de gestion de risques. Qu'un risque ne soit pas assurable peut signifier qu'il ne doit être pris et doit plutôt être prévenu. La question est d'autant plus délicate que les pouvoirs publics interviennent aussi bien dans le fonctionnement des marchés d'assurance par leur rôle de régulateur (ce qui peut conduire à limiter l'assurabilité) que pour forcer l'assurabilité (en se constituant en opérateur).

En matière de sécurité sociale, l'assurabilité des risques passe par la réforme. Mais celle-ci est souvent limitée par des contraintes politiques et sociales. Ce qui implique l'intervention d'un État, parfois imprévoyant.

En matière de responsabilité, les crises sont souvent liées à des défauts de l'État dans ses pouvoirs de police (amiante, sang contaminé, vache folle). Les conditions d'assurabilité dépendent, d'un côté, des règles du droit de la responsabilité et de l'indemnisation, de l'autre côté, de la capacité du service public de la justice à les mettre en oeuvre d'une façon stable et prévisible. L'assurabilité dépendra aussi des contraintes que l'on imposera aux sociétés d'assurances pour encadrer et contrôler leur activité (régulation prudentielle, exigence de solvabilité, normes comptables...).

Société du risque et société assurancielle ne sont pas incompatibles. Organiser les meilleures conditions d'assurabilité, faire le partage entre prévention et indemnisation restent une prérogative de la puissance publique. Il appartient à l'État d'en avoir une vision claire et, si possible, stable. On pourrait imaginer que la dimension européenne, qui définit l'espace de nos marchés d'assurance, soit mieux utilisée dans la mesure où elle peut permettre une meilleure dispersion des risques et offrir des formes de mutualisation plus favorables. Rien ne condamne la société assurancielle à laisser place à une société du risque. Prévention et assurance ne sont pas des alternatives. Pourtant, il y a là deux modèles de société : l'un met l'accent sur la prévention, l'autre sur la liberté et la responsabilité.

# LE RISQUE, RÉALITÉ ET MIROIR DE LA SOCIÉTÉ

*Alain Etchegoyen*

*Commissaire au Plan*

*On entend souvent déplorer que les Français aient perdu le sens du risque et que la sécurité constitue désormais leur seul objectif. Ainsi évoque-t-on l'appétence des jeunes et de leurs familles pour les métiers de la fonction publique et le dynamisme insuffisant de notre économie. Comment expliquer ce constat négatif afin d'y remédier ? Une telle analyse mériterait d'amples développements, mais je me contenterai d'évoquer deux réflexions très différentes l'une de l'autre, puisque la première concerne l'usage même du concept de risque, tandis que la seconde renvoie à des pratiques démobilisatrices.*

**L**a sécurité est effectivement très valorisée. Elle imprègne tous les discours politiques avec plus ou moins de force et le discours dit sécuritaire n'est plus le monopole d'une extrême droite marginalisée.

Le principe de précaution, la sécurité alimentaire, la lutte contre la délinquance, l'éloge de l'assurance participent du même mouvement : chacun a le désir de vivre en sécurité, c'est-à-dire de ne pas se sentir menacé par une agression, un accident de la vie ou un prion malfaisant. Il est difficile de contester cette tendance qui situe la notion de sécurité dans un couple conceptuel traditionnel « sécurité/insécurité » et correspond à des aspirations profondes.

Effectivement, quand le contraire de la sécurité est désigné comme l'insécurité, il ne semble pas que puisse se développer un débat mobilisateur. Mais, la sécurité peut aussi s'opposer au risque et son concept change alors de contenu. Il en change si le concept du risque n'est pas assimilé à la notion de danger, elle-même associée à la notion d'insécurité. Il faut donc opérer des distinctions qui lèvent la confusion qu'entretiennent

souvent aujourd'hui les vocabulaires communs à l'assurance et au *management* (cf. le *risk-management* des Anglo-Saxons). La distinction est assez claire si l'on se réfère au langage lui-même. La différence entre le risque et le danger s'exprime bien dans le fait que, au premier concept, correspond un verbe d'action, risquer, tandis que ce n'est pas le cas pour le mot danger. Autrement dit, le risque peut être l'objet d'une décision et d'un engagement, tandis que le danger apparaît toujours subi. D'une certaine manière, on pourrait dire que le risque dépend de moi, tandis que le danger ne dépend pas de moi, pour reprendre l'antique et toujours pertinente distinction stoïcienne. Quand j'énonce les deux couples de concepts antagonistes que sont sécurité/insécurité et sécurité/risque, je perçois que, selon le contraire qu'on lui associe, le concept de sécurité change de contenu. Dans le premier cas, sa connotation axiologique est positive de façon catégorique ; dans le second cas, elle se renverse car il est possible de faire l'éloge du risque.

En effet, le risque – encore une fois, pourvu qu'on cesse de l'identifier comme engagement subjectif avec le danger objectif – est pensé comme l'épreuve même

de notre liberté. Dans le fait de risquer, je fais l'expérience de cette liberté et je la vis comme une épreuve car le mouvement même du risque implique quelque effort ou difficulté. La philosophie s'est toujours fait écho de cette dimension. Si l'homme se satisfait de séjourner dans la caverne, nous explique Platon, c'est qu'il y jouit d'une certaine sécurité, tandis que la « pente rude et escarpée » qui le mène au monde des Idées le fait souffrir et l'inquiète car il quitte la sécurité commune et connue pour une aventure singulière dans l'inconnu. Descartes, lui-même, insiste dans ses *Méditations* pour évoquer le risque du doute, « dessein pénible et laborieux ». L'activité de douter est un risque de la pensée qui, se libérant des autorités traditionnelles, perd ses repères : aussi le penseur solipsiste souffre-t-il d'être comme entre deux eaux, ne sachant plus ni sur quoi s'appuyer, ni comment émerger. Ce n'est pas un hasard si Descartes évoque alors la figure de l'esclave qui préfère rêver qu'il est libre, que de se confronter, éveillé, à sa propre servitude. Le rapprochement n'est pas fortuit puisqu'il est repris d'une autre manière par Hegel dans sa célèbre dialectique où le maître ne doit sa domination qu'au risque qu'il choisit d'assumer contre la peur – le service et le travail – dans laquelle s'est réfugié l'esclave.

La critique de la sécurité comme élément fondamental de la servitude a été développée par maints autres penseurs en impliquant, d'une manière ou d'une autre, l'éloge du risque. Deux exemples rapides qui se font écho : le chapitre IV *Du Contrat social* (livre I) et *Les Temps modernes* de Chaplin. Rousseau montre définitivement le lien étroit entre désir de sécurité et servitude. En écrivant « on vit tranquille aussi dans les prisons », il nous fait penser aujourd'hui à la figure de Charlot qui, emprisonné, refuse de sortir de sa cellule dont on a ouvert les portes, tant il perçoit plus de sécurité dans le monde carcéral que dans la vie sociale dont il subit toutes les contraintes.

Il serait possible d'égrainer toutes références qui expriment cette importance du risque dans l'expérience et l'accomplissement de notre liberté. Confrontés à nos désirs de protection et de sécurité, nous avons à faire des choix difficiles qui passent par cette épreuve du risque, à condition, encore une fois, qu'on ne grève pas ce concept de tous les dangers, ce que suggère par

exemple l'expression banale de « assurance tous risques ». D'un point de vue politique, quand de Gaulle refuse la protection du parapluie militaire américain, il sait que cette protection implique dépendance. En fait, ce que nous montrent à la fois l'histoire de la pensée, les pratiques politiques et les expériences individuelles est simple à énoncer : toute sécurité gagnée se paie d'une liberté perdue. Notre existence se passe, en grande partie, à négocier ce processus d'échange : quand je fixe ma ceinture de sécurité, je choisis d'entraver mes mouvements, car la sécurité toujours ceinture. Il en est de même pour toute norme de sécurité qui, souvent à juste titre, implique limites et interdits. Encore faut-il en avoir pleine conscience et ne pas aller jusqu'à échanger notre liberté, ou nos libertés, de façon irréversible comme le démontre si bien Rousseau en critiquant Grotius.

Ma seconde réflexion portera sur les pratiques démobilisatrices qui dissuadent aujourd'hui les femmes et les hommes de pratiquer le risque et les amènent à se réfugier dans la sécurité. Depuis les débuts du capitalisme et les textes de ses meilleurs analystes et commentateurs, l'esprit du capitalisme est directement lié à la figure de l'entrepreneur : son profit serait justifié d'abord par le risque qu'il prend. Il est surprenant de lire la devise de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises, écrite sous le titre de son journal, *La Volonté*. C'est une très belle phrase de Jean Jaurès : « Dirige celui qui risque ce que les dirigés ne veulent pas risquer. » Le fondement du pouvoir, de l'autorité et du profit, c'est le risque lui-même.

Malheureusement, ce n'est plus guère l'image que donnent aujourd'hui quelques exemples qui ont envahi les médias : la sécurité semble être davantage du côté des dirigeants que des salariés. Dans le documentaire rigoureux que France 5 a diffusé sur Moulinex, le générique, assassin, évoque les devenirs comparés des salariés et des dirigeants successifs : le chômage, d'un côté, les indemnités et les pouvoirs ultérieurs, d'un autre côté. D'autres exemples de parachutes dorés, de retraites confortables, d'indemnités surprenantes accordées à des dirigeants ayant échoué ont fait se développer le thème de l'insécurité sociale qui ne concernerait que les salariés. Enfin, l'infidélité des

actionnaires et la volatilité de la bourse impliquent que, très souvent, les résultats négatifs d'une entreprise n'entraînent pas une suppression ou une baisse des dividendes versés. On pensait naïvement que l'achat d'actions sur le marché constituait une prise de risques : l'entreprise gagne, on gagne ; l'entreprise perd, on perd. C'est de moins en moins vrai et, par moment, on a le sentiment que le capitalisme marche sur la tête.

Évidemment, il faudrait nuancer ces remarques par des analyses plus fines, mais elles évoquent les effets sur l'opinion, les comportements et les représentations

d'événements qui s'accumulent depuis plusieurs années.

Je suis convaincu, pour ma part, qu'il faut promouvoir le risque et en faire l'éloge. Encore faut-il en développer clairement le concept trop embrouillé par le discours sécuritaire et rétablir, dans notre économie, un lien plus étroit avec un profit justifié, en se référant finalement à cette belle phrase de Jean Jaurès déjà citée plus haut : « Dirige celui qui risque ce que les dirigés ne veulent pas risquer. »

# L'ASSURANCE DES RISQUES AGGRAVÉS

*Romain Durand*

*Directeur général, Scor Vie*

*Quand on parle d'assurance des « risques aggravés », le danger est de faire face à beaucoup de malentendus. Premier écueil à éviter : penser que les « risques aggravés » ne concerneraient qu'une fraction marginale de la population. En réalité, les maladies chroniques concernent des millions de personnes en France et nous sommes potentiellement tous concernés par la survenue d'un cancer ou d'une maladie cardio-vasculaire. Deuxième écueil à éviter : penser que « risques aggravés » signifient forcément « surcotisations lourdes ». Bien sûr, il est des cas où il en sera ainsi, mais ce ne sera pas vrai pour les maladies chroniques bien contrôlées. Troisième écueil : croire que les « risques aggravés » conduisent au refus d'assurance. Nous montrerons dans cet article que tout est fait pour repousser les limites de l'assurabilité à mesure que les avancées de la médecine le permettent.*

---

## L'ampleur des besoins nouveaux

---

**L'**assurance des risques dits « aggravés » est un sujet de société majeur :

- premièrement, par l'importance des populations concernées.

On estime qu'il y a en France environ 3 Ms de personnes diabétiques, 500 000 personnes atteintes par le virus de l'hépatite C, 280 000 nouveaux cas de cancer par an... Nous sommes donc nombreux à être concernés et nous pouvons tous être concernés à un moment de notre vie par le besoin de s'assurer alors que notre risque médical est considéré comme « aggravé ».

Au-delà de notre pays, certaines de ces maladies ont un caractère épidémique massif, notamment le diabète

puisque les projections de l'OMS prévoient que le nombre de personnes malades dans le monde passerait d'environ 171 Ms de personnes en 2000 à 366 Ms en 2030. Dix-huit millions d'Américains sont touchés aujourd'hui ; 30 Ms le seraient en 2030, conséquence notamment du surpoids et de l'obésité.

Quarante millions de personnes sont infectées par le VIH dans le monde, dont 5 Ms de nouveaux cas en 2004. On diagnostique 10 Ms de nouveaux cas de cancer par an dans le monde selon l'OMS, et ce chiffre passerait à 15 Ms en 2020. L'énoncé de ces quelques chiffres montre l'ampleur des « besoins nouveaux » auxquels nous avons à répondre en matière de risques aggravés.

- deuxièmement, par l'importance accrue que peut revêtir le projet d'assurance pour des personnes en situation de plus grande fragilité. Tout doit être fait pour ne pas ajouter un autre handicap à celui que connaissent déjà ces personnes.

## Comment traiter ces besoins ? L'expérience de Scor Vie en France

**S**cor Vie a toujours souhaité être un réassureur en pointe sur ces sujets qui représentent une demande importante et croissante. Nous traitons aujourd'hui 45 000 dossiers individuels par an, pour moitié *via* nos experts à Paris, pour un quart *via* nos experts aux États-Unis, le reste de l'activité étant réparti entre Montréal, Bruxelles, Milan, Hanovre... Pour ce qui nous concerne, nous traitons aujourd'hui quatre fois plus de dossiers qu'il y a dix ans.

Quelques chiffres concrets sur notre activité à Paris permettront de fixer les idées : plus de 100 dossiers aggravés nous sont soumis par jour, en provenance de 120 assureurs directs. Pour les trois-quarts, les demandes d'assurance portent sur un montant inférieur à 200 000 €, un cinquième entre 200 000 € et 1 M € ; nous étudions bien sûr essentiellement à Paris des dossiers français, mais également venant d'Afrique noire, des pays du Maghreb, et même du Liban et de Corée du Sud. Nous intervenons à la fois de manière classique en réassurance de nos cédantes, mais aussi très activement dans ce que l'on appelle le « pool de 3<sup>e</sup> niveau » de la convention Belorgey : les dossiers les plus complexes, refusés *via* les procédures classiques, peuvent être réanalysés par un autre réassureur grâce à ce système qui permet de retenir un pourcentage significatif de dossiers supplémentaires (environ 20 %). Scor Vie a traité sur l'année écoulée 21 % des dossiers de ce *pool*, en étant ainsi l'acteur principal.

Ce qui précède permet d'étayer que nous avons une certaine expertise en la matière. Que constatons-nous ?

D'abord, de plus en plus de dossiers complexes nous sont soumis. « Complexe » signifie ici des dossiers « moyennement aggravés » à « très aggravés » (maladies rares ou patients présentant plusieurs pathologies,

conduisant à une surmortalité supérieure à 250 %).

C'est probablement le reflet à la fois du nombre croissant de cas à traiter et du fait que les malades savent mieux désormais que des solutions d'assurance – qui n'existaient pas il y a quelques années encore – sont possibles aujourd'hui. C'est pour nous une vraie satisfaction de fond : nous avons, sur certaines pathologies, repoussé au fil des ans les limites de l'assurabilité grâce à notre coopération étroite avec le corps médical (une dizaine de médecins travaillent en permanence à Scor Vie à travers le monde), nous permettant de nous tenir au mieux informés des avancées réalisées et de les transcrire en solutions d'assurance dès que nous avons le recul suffisant.

Bien sûr, sur les dossiers les plus complexes, ceux qui remontent jusqu'au niveau du « pool de 3<sup>e</sup> niveau » de la convention Belorgey, les taux de refus sont élevés, ce qui est assez logique puisque ces dossiers ont déjà été refusés deux fois. Cela étant, les statistiques du *pool* indiquent que grâce à ce nouvel examen, sur les dix-huit derniers mois, 18 % des dossiers ont pu trouver ainsi une solution d'assurance, notamment des cas de cancer ou de maladie cardio-vasculaire.

Ensuite, des réponses innovantes ont progressivement pu être développées pour certaines pathologies, même si énormément reste encore à faire au rythme des avancées médicales. Je prends trois exemples :

- l'hépatite C

En 1989, lorsque le virus fut identifié, les premiers dossiers étaient en général refusés. En 1993, des tarifications furent proposées aux personnes sans traitement par Interféron. En 2000, les tarifications avaient baissé de moitié dans les cas-type ;

- le VIH

Dans les années 1980, il n'y avait pas assez de données pour offrir une solution. En 1991, un *pool* d'acceptation spécifique a été créé. Depuis 2001, existent des offres différenciées en fonction de la charge virale et du suivi ;

- les cas de cancer

Dans les années 1980, l'attitude était d'ajourner le dossier pour les cinq ans suivant le diagnostic. Aujourd'hui, cet ajournement est en général ramené à un an, puis des tarifications différenciées sont proposées.

---

## Comment aller plus loin ?

---

Par une volonté : investir sur ces sujets.

Le service des risques aggravés que je vous ai présenté est un investissement qui nous dote d'une expertise. Il a aussi un coût que peu d'acteurs de la « place » ont été prêts à consentir. Là, comme ailleurs, je pense qu'il faut parler vrai. Oui, des solutions d'assurance sont de plus en plus possibles, mais elles ont un prix que les différents bénéficiaires, assurés et assureurs, doivent accepter de payer s'ils souhaitent y avoir accès.

Par une méthode : la concertation.

Les « réponses innovantes » reposeront avant tout

sur un dialogue et une concertation étroite entre les trois acteurs principaux :

- les associations de malades qui ont un rôle essentiel à jouer pour répercuter et structurer les attentes de leurs adhérents ;
- les médecins, seuls à même d'indiquer les progrès scientifiques réalisés ;
- les assureurs et réassureurs qui pourront alors proposer de nouvelles offres d'assurance.

Les pouvoirs publics peuvent jouer un rôle utile de deux manières : en facilitant ce dialogue, comme dans le cadre de la convention Belorgey ; et, bien sûr, en soutenant activement la recherche médicale afin que, sur le fond, des progrès décisifs soient réalisés.

# LES ÉVOLUTIONS DE L'ASSURANCE SANTÉ : FINANCEMENTS, COMPORTEMENTS ET RÉPONSES DES ORGANISMES D'ASSURANCES DE PERSONNES

*Didier Bazzocchi,*

*Directeur général, Mutuelle générale*

*En matière de soins de santé, il n'existe pas vraiment de nouveaux risques mais une évolution de l'information sur le risque, avec l'émergence de la médecine prédictive, et la probabilité d'une crise majeure du financement. L'existence d'un indispensable consensus social sur l'accès aux soins, les modes de financement, la réglementation sanitaire et le comportement rationnel des agents économiques déterminent les évolutions de moyen terme du système de soins et sa performance. Or, le système de soins français n'a apparemment pas trouvé son mode de financement pour les dix prochaines années et la manière dont les ménages vont pouvoir durablement accéder aux soins est une question préoccupante, autant en termes de respect d'un Droit constitutionnel, d'acceptabilité sociale des évolutions nécessaires, que de santé publique. La réponse aux questions posées nécessite un débat politique sur les concepts de désir de sécurité, de protection sociale, de solidarité, de générosité, dont les définitions appliquées à la santé n'ont pas été revues depuis la mise en place de la Sécurité sociale à la fin de la Seconde Guerre mondiale, alors que l'état du pays, les enjeux de sa reconstruction, les besoins des Français, la démographie et les techniques médicales n'avaient évidemment aucun facteur commun avec la situation actuelle de notre société.*

---

**Le financement de la demande  
de soins au cœur du débat  
sur la solidarité**

---

La question du financement tient à la conjonction de trois phénomènes.

■ La demande de soins va continuer de croître

Comme nous l'avons montré avec Jean-Claude Prager et Marc Guillaume dans le cahier n° 6 du *Cercle des Économistes*<sup>1</sup>, le « bien » santé est un bien supérieur, c'est-à-dire que sa consommation augmente

plus vite que le revenu disponible. On voit mal pourquoi des pays ayant atteint des niveaux de vie élevés, associés à des consommations plus ou moins futiles, ne donneraient pas la priorité à des biens essentiels comme la santé, le confort et la sécurité sanitaires, la prévention.

Un autre facteur de progression de la demande est lié à la démographie : le nombre d'Européens âgés de plus de 65 ans a presque doublé entre 1960 et aujourd'hui. D'ici 2020, plus de 5 % de la population des pays européens aura plus de 80 ans. Or, les dépenses de santé croissent avec l'âge : même si cette relation n'est pas facile à quantifier, le progrès technique renforce cette corrélation.

Ces constats d'évidence sont cependant souvent masqués. On fait observer que la consommation et le paiement des soins étant en grande partie déconnectés, il y a risque de surconsommation.

On ajoute que le système de soins – n'étant pas soumis aux régulations du marché et de la concurrence – est confronté à un autre risque : celui de l'inefficacité et du gaspillage des ressources. Et ce risque, comme le précédent, se réalise effectivement comme le montrent de multiples observations et enquêtes (par exemple, l'usage de médicaments plus coûteux que les génériques).

Ces abus et ces gaspillages sont donc réels et doivent être réduits. Mais, à supposer même qu'ils disparaissent totalement, il n'en reste pas moins que la consommation de santé est vouée à croître inéluctablement. Autrement dit, l'optimisation du système de soins – aussi souhaitable soit-elle et même si elle suffit, à court terme, au rééquilibrage du financement – ne suffit pas à maintenir cet équilibre à long terme.

## ■ Les Français ne sont pas habitués à payer le coût réel des soins

Les Français sont très attachés à un accès illimité aux soins. En effet, cet accès leur est fourni dans des conditions honorables de qualité, mais à un coût apparent très avantageux puisqu'il est pris en charge par les régimes d'assurance maladie, par les employeurs, par les régimes sociaux et par l'État au

titre de la défiscalisation des contrats collectifs. En outre, la prise en charge directe des soins de santé par les ménages représente une faible partie de leur consommation. Si on les compare aux autres composantes de la structure de dépenses des ménages (2002), les soins de santé viennent en neuvième position, représentant 2,9 % de la consommation juste avant les boissons alcoolisées et le tabac (2,7 %).

Cette sous-représentation des dépenses de soins de santé dans les dépenses des ménages, du fait de la « gratuité » de la majeure partie de ces dépenses, induit un ensemble de comportements non responsables.

Tout cela ne concourt pas à préparer les esprits à une augmentation inévitable de la contribution directe à des soins courants.

## ■ Le financement à moyen terme de la Sécurité sociale reste introuvable

Certes, les pouvoirs publics regorgent d'imagination depuis plus de trente ans lorsqu'il s'agit de trouver de nouveaux modes de financement des charges publiques ; la Sécurité sociale reste déficitaire de plus de 10 milliards d'euros par an et personne ne sait comment nos enfants vont pouvoir rembourser la dette sociale qui s'amplifie chaque année, alors que la population active va décroître à partir de 2006 et qu'aucune perspective de croissance économique significative n'est en vue.

Le Haut Conseil de l'assurance maladie, dans son dernier avis, déclare optimiste l'amélioration de 15 milliards d'euros à l'horizon 2007. Seuls, les 4 milliards d'euros de prélèvements obligatoires supplémentaires ont un caractère certain.

Dans ces conditions, il nous faudra trouver rapidement de nouveaux principes de financement des dépenses de soins de santé.

Si le principe d'égalité dans l'accès aux soins reste un élément important du consensus social dans notre pays, il règne une certaine confusion dans la définition des principes philosophiques et politiques qui gouvernent notre système de protection sociale. On y confond habituellement plusieurs concepts :

- le désir de *sécurité* que l'homme recherche depuis les premières communautés primitives, le plus vital de tous les « intérêts » ;

- la *protection sociale*, protection de l'individu en situation de faiblesse : l'enfant, le malade, le vieillard, le pauvre ;

- la *solidarité*, convergence objective d'intérêts mais aussi notion morale qui découle notamment de la prise de conscience des obligations réciproques qui lient tout homme à ses semblables ;

- la *générosité*, sentiment d'humanité qui porte à se montrer bienveillant ou charitable et à donner plus qu'on est tenu de le faire.

La redéfinition probable des limites d'intervention de la Sécurité sociale nécessitera, en raison d'une pénurie des ressources de financement, que ces définitions soient précisées et qu'elles interviennent dans la conception d'un système de financement futur, faute de quoi celui-ci pourrait provoquer une très sérieuse crise politique et sociale.

---

## La réforme de l'assurance maladie : une première étape pour faire évoluer les comportements

---

**L**a loi du 13 août 2004 a eu le mérite de favoriser une prise de conscience sur les enjeux d'avenir de notre Sécurité sociale, sans provoquer de crise sociale majeure, même si elle est très contestée par une partie du corps médical.

### ■ Des bases positives d'évolution

Quelques-uns des dispositifs institués par le Parlement depuis fin 2003 posent des bases positives d'évolution, pour l'avenir.

### ■ La recherche d'une égalité de traitement devant les charges sociales et fiscales

Durant les vingt dernières années, le développement des contrats collectifs au titre de l'article 83 du Code général des impôts a, certes, favorisé l'instauration de mécanismes de solidarité entre les salariés au sein des entreprises. Toutefois, les avantages procurés aux bénéficiaires de ces contrats, au titre des exonérations de charges sociales, de la fiscalité personnelle et de l'abondement par l'employeur, ont conduit au renchérissement de certaines catégories de soins et de biens médicaux, ainsi qu'au renforcement d'une inégalité sociale criante entre les cadres et les salariés de grandes entreprises bénéficiant de nombreux avantages sociaux, d'une part, et les chômeurs, les salariés de PME, les salariés à statut précaire et les personnes âgées, d'autre part, qui doivent supporter l'intégralité du coût de leur protection sociale complémentaire, alors que ce sont ceux-là même que la collectivité nationale devrait aider à contracter une couverture sociale. Le législateur est venu corriger en partie cette inégalité injustifiable dans une conception sociale de l'économie de marché, en plafonnant la déductibilité fiscale des contrats collectifs d'entreprise, en instituant un crédit d'impôt pour les plus bas revenus – que la Mutualité française demandait d'étendre à tous nos concitoyens – et en instaurant une contrainte de respect du contrat dit « responsable ».

Même si ce dispositif peut paraître imparfait, la mise en place du principe d'attribution d'une aide publique – l'exonération de charges sociales, de fiscalité personnelle et de TCA (Taxes sur les conventions d'assurances) – sous contrainte de respect d'une politique publique, actuellement exprimée par le respect du dispositif du contrat responsable, constitue une avancée pour l'égalité de traitement pour l'accès aux soins et pour la bonne utilisation des fonds publics.

### ■ La mise en place d'un parcours de soins

Pendant des décennies, la liberté de consommation

de soins aux frais de la Sécurité sociale a été érigée en gage de la qualité des soins par une communication subtile d'organisations syndicales de professionnels de santé.

Par la loi du 13 août 2004, les pouvoirs publics cherchent à faire prendre conscience aux patients et aux organismes privés d'assurances de personnes de la nécessité d'une consommation « responsable » des ressources médicales.

Certes, ce dispositif ne suffira pas à freiner, seul, l'évolution des dépenses de Sécurité sociale car il ne concerne pas directement l'augmentation du coût des affections de longue durée, la maîtrise des dépenses de médicaments, d'hospitalisation, de transport de malades, etc. ; mais cette mesure, avec l'instauration d'un reste à charge incompressible (1 €) et différencié selon le respect du parcours de soins par le médecin traitant, contribue à la prise de conscience que chaque acte consommé a une conséquence économique, tant pour la collectivité que pour le consommateur.

Par contre, la convention médicale généralise le droit à dépassement des spécialistes et instaure un maquis tarifaire dont les patients feront les frais, sans contrepartie en termes de qualité des soins ni d'information, et il est très regrettable que cela ne s'accompagne pas de garanties pour le consommateur.

## ■ La mise en place d'une instance de coordination des différentes familles d'organismes d'assurances de personnes

Les dysfonctionnements apparus dans le système de soins de santé, du fait de son mode de financement, sont principalement liés à trois phénomènes :

- la déresponsabilisation des agents économiques, notamment du fait de l'article 83 du CGI, évoqué ci-dessus ;

- le co-paiement simultané d'une partie significative des dépenses par la Sécurité sociale, par les organismes privés d'assurances de personnes et par les patients ; cela ne permet à aucun des acteurs d'exercer un

contrôle réel sur le service rendu et conduit à une quasi totale absence de maîtrise des dépenses engagées ; au fil des années, le patient s'est habitué à voir ses dépenses remboursées sans contrôle systématique et, lorsqu'un des organismes d'assurances de personnes se risque à mettre en place des contraintes d'engagement de dépenses, son rôle est vivement contesté par les patients comme par les professionnels de santé ;

- la vive concurrence entre les organismes privés d'assurances de personnes qui engendre une surenchère commerciale conduisant à la mise en place de garanties médicalement superflues mais très appréciées des réseaux de vendeurs, d'agents et de courtiers.

L'enjeu économique et social d'une coordination des organismes privés d'assurances de personnes avec la Sécurité sociale est donc majeur. Il doit permettre de réguler les modes d'intervention, d'éviter des pratiques commerciales non conformes à la politique publique et de constituer une force de proposition envers la Sécurité sociale et les professionnels de santé. Si ces organismes n'arrivaient pas à la définition d'une politique commune, la tentation serait grande pour les pouvoirs publics de procéder par voie légale ou réglementaire. Ce fut le cas de la CMU, pour d'autres raisons, et chacun peut apprécier (y compris le corps médical) les résultats décevants de cette prestation administrée, bien qu'elle constituait dans son principe une réponse pertinente aux besoins d'accès aux soins des populations les plus démunies.

## Une situation politique délicate

**N**éanmoins, les coûts des soins à la charge des régimes de Sécurité sociale continuent d'augmenter et ces évolutions tendanciennes des coûts provoqueront, à moyen terme, une situation politique délicate.

La répartition des dépenses entre régimes obligatoires et complémentaires marque l'ampleur du défi que le régime général doit assumer (données 2002) :

|  |                |
|--|----------------|
| Sécurité sociale                         | 103 Md€        |
| <i>dont à 100 % : 78 Md€</i>             |                |
| <i>dont avec TM<sup>2</sup> : 25 Md€</i> |                |
| État                                     | 1 Md€          |
| organismes complémentaires               | 17 Md€         |
| ménages :                                | 15 Md€         |
| <i>total</i>                             | <i>136 Md€</i> |

On constate que les dépenses prises en charge à 100 % représentent 57 % des dépenses courantes et que, sur les dépenses avec ticket modérateur (TM) ou non remboursées, la répartition des financements est la suivante :

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| régime obligatoire :    | 25 Md€ (44 %) |
| régime complémentaire : | 17 Md€ (30 %) |
| ménages :               | 15 Md€ (25 %) |

On remarque donc d'ores et déjà que :

- plus de la moitié des dépenses de l'assurance maladie obligatoire est prise en charge à 100 % ; ce phénomène s'amplifiera, toutes choses égales par ailleurs, avec le vieillissement de la population – ainsi, le nombre des affectations de longue durée augmente de 600 000 chaque année ;

- plus de la moitié des dépenses de soins courants relève déjà d'un financement par les ménages, directement ou par une couverture « complémentaire » ; ce phénomène est également appelé à s'amplifier.

Ainsi, si l'on prend l'hypothèse très modérée d'une augmentation annuelle de 5 % des dépenses couvertes par les régimes obligatoires et par les organismes « complémentaires », ce qui est inférieur au niveau actuel de croissance, et une augmentation annuelle du PIB de 2 %, on peut estimer les effets suivants pour 2008 :

- sans aucune action de transfert, les dépenses du régime obligatoire s'élèveront à 138 milliards d'euros, soit une augmentation de 35 Md€ par rapport à 2002 (+ 25 %) ;

- avec un transfert annuel vers les complémentaires

permettant de maintenir le niveau initial des prélèvements obligatoires, la plupart de leurs dépenses seraient consacrées aux remboursements à 100 % et les prestations servies par les organismes complémentaires doubleraient ; le taux de couverture des dépenses de soins par les régimes publics passerait de 75 à 69 %.

Il faut noter que, même si les mesures d'économie annoncées par le gouvernement lors de la réforme de l'assurance maladie en 2004 (7 milliards d'euros d'ici 2007 grâce au dossier médical informatisé) et par la Cnam – Caisse nationale d'assurance maladie – (4 milliards d'euros par an, dans l'hypothèse d'une réduction de la prescription des généralistes et d'une maîtrise des ALD, affections de longue durée) produiraient tous les effets attendus, elles compenseraient à peine les effets d'une dérive annuelle de 5 % dont on sait qu'elle est inférieure de 2 % à la dérive tendancielle. Ces mesures permettent donc de gagner seulement quelques années avant d'avoir à modifier les éléments fondamentaux du système de financement des soins de santé.

Dans un cas se pose une équation délicate pour l'État en matière de prélèvements obligatoires et/ou de déficit public et, dans le second cas, de réelles difficultés en termes d'élasticité de la demande aux prix, ainsi que de solvabilité de la demande pour une partie des ménages. Dans les deux éventualités, la situation politique est très délicate et, ce, d'autant plus que la population n'est pas préparée à ces évolutions.

## Pour conclure

**E**n conclusion, la réforme du 13 août 2004 ne permet pas, seule, d'assurer un équilibre de la Sécurité sociale à l'horizon 2010. Toutefois, si elle agit donc bien comme un retardateur, elle va conduire les assurés à s'habituer au paiement direct d'une partie importante de leurs dépenses de soins courants.

## Les rôles respectifs des financeurs et les réponses possibles en assurances de personnes

### ■ Tous les risques ne sont pas assurables

C'est évidemment un fondement théorique de l'assurance : l'assurabilité du risque est déterminée par la nature et l'ampleur de l'aléa et par le coût du risque, ainsi que, sur un marché concurrentiel, par la capacité de financement des agents économiques (ménages, entreprises).

Lorsque le produit arithmétique de l'aléa par le coût du risque sera supérieur à la capacité contributive des agents économiques, l'assureur considèrera que le risque sera devenu non assurable.

Ainsi, des risques très fréquents à coût élevé, comme certaines pathologies chroniques, ou des risques à coût très élevé, comme le traitement de cancers, peuvent être considérés comme non assurables dans les conditions actuelles de solvabilité des agents économiques.

C'est le cas des risques actuellement considérés comme relevant de la solidarité nationale, tels que ceux couverts par le régime des « affections de longue durée » : maladies du vieillissement, maladies chroniques, accidents ou maladies pour lesquels le processus vital est engagé.

Il convient de noter l'évolution importante engendrée par les progrès de la médecine prédictive dès lors que le caractère aléatoire d'une pathologie à caractère génétique disparaîtra et, ce, dès la naissance. Cela réduira encore le périmètre d'assurabilité des risques, ces risques nouveaux, qui deviendraient certains, devant être couverts par la solidarité nationale.

Le caractère assurable d'un risque dépend de la capacité contributive des agents économiques. Ainsi, si celle-ci est identifiée comme suffisante, y compris

par prélèvement sur l'épargne ou le patrimoine, les pouvoirs publics pourraient être tentés de transférer des charges futures sur les ménages. Ils pourraient ainsi déplacer la frontière des risques qui seront considérés comme assurables. *A contrario*, ils pourraient aussi envisager de prélever de l'épargne disponible ou du patrimoine pour répondre au besoin de financement des risques actuellement identifiés comme non assurables, pour les maintenir dans le périmètre de la Sécurité sociale.

Enfin, il existe une catégorie de dépenses, ne répondant pas aux critères d'efficacité médicale démontrée, qui ne devraient aucunement relever du domaine de la solidarité nationale. Aujourd'hui, certains de ces risques sont encore remboursés par la Sécurité sociale, tels les cures thermales et de nombreux médicaments à faible « service médical rendu ».

La notion de risque assurable des dépenses de soins à efficacité médicale démontrée est donc dépendante de deux facteurs prépondérants :

- la définition par la collectivité nationale des situations qui doivent relever de la solidarité nationale : absence de capacité contributive d'une catégorie de population, situations pathologiques lourdes et coûteuses, risques certains, etc. ;

- la capacité contributive, inscrite dans la durée, des agents économiques à financer une gamme de risques dits assurables.

## La nécessité d'un choix de société

**A**

l'horizon 2008, le Parlement sera confronté à la nécessité d'un choix de société pour assurer le financement des soins de santé.

Si l'on exclut des deux schémas extrêmes ne pouvant pas faire l'objet d'un consensus social, l'étatisation ou la privatisation complète, les marges de manœuvre des pouvoirs publics semblent, actuellement, permettre d'envisager trois *scenarii* :

## ■ Le *scenario* tendancier

Il consisterait en la poursuite du transfert – de la Sécurité sociale vers les ménages – de la prise en charge de soins courants à faible efficacité médicale. Mais cela ne suffisant pas à assurer un équilibre des comptes de la Sécurité sociale, l'État pourrait instituer un cofinancement des affections de longue durée par la mise en place d'un ticket modérateur. Afin d'éviter les effets insupportables d'un recul de l'accès aux soins pour des pathologies longues et coûteuses, une obligation serait alors faite aux organismes privés d'assurances de personnes de proposer une offre intégrant la prise en charge de ce ticket modérateur, et cette offre serait assortie d'une défiscalisation pour les catégories de population à bas revenus. La maîtrise des dépenses de Sécurité sociale serait également favorisée pour les dépenses de soins courants par un « contrat responsable » plus contraignant que celui envisagé en 2005.

Si ce *scenario* présente l'avantage évident d'être à « faible coût politique », il présente l'inconvénient principal de ne rien régler de la crise profonde de notre système de soins et de laisser se dégrader progressivement l'accès aux soins et leur qualité. Il présente également l'inconvénient de conduire à l'augmentation des prélèvements obligatoires.

## ■ Le *scenario* administré

C'est le *scenario* tendancier auquel on ajouterait une prestation administrée, en contenu et en prix, pour les catégories de population à bas revenus, par extension de la CMU, dont la mise en place serait imposée aux organismes privés d'assurances de personnes. Ce *scenario* présenterait les mêmes inconvénients que le précédent avec, en outre, une déresponsabilisation accrue d'une partie importante de la population. Il serait à la fois inégalitaire, car il existerait comme pour la CMU un effet de bord, et coûteux pour l'économie nationale, car un tel nouveau type de prélèvement obligatoire privé sans possibilité de régulation du coût des soins pèserait sur le coût du travail. Il est contraire aux nécessaires évolutions de long terme que seul le *scenario* suivant permet de préparer.

## ■ Le *scenario* de répartition des rôles

Comme nous l'avons décrit avec Jean-Claude Prager et Marc Guillaume, dans le cahier n° 6 du *Cercle des Économistes*, une réponse optimale au défi de financement des dépenses de soins auquel notre pays est confronté nous paraît être : la répartition des rôles entre une organisation de Sécurité sociale, finançant et gérant intégralement les risques relevant de la solidarité nationale, et les ménages, supportant les autres dépenses par paiement direct ou assurance de certains risques. Nous n'en reprenons pas la démonstration ici.

## Réviser profondément les stratégies

**D**urant les vingt dernières années, les organismes d'assurances de personnes ont ajouté de nombreuses garanties à leurs offres de base sous la pression de la concurrence, ainsi que celle des partenaires sociaux, pour l'assurance collective en entreprise. Ils vont devoir réviser profondément leurs stratégies.

Les principales innovations ont relevé de techniques de *marketing* avec une inflation de garanties nouvelles, sans de véritable engagement responsable de l'assuré-consommateur de soins, ni de prise en compte d'enjeux de santé publique.

Les facteurs déterminants de cette « dérive » ont été décrits ci-dessus : impossibilité de coordination des différents payeurs, prise en charge d'une partie des coûts par les employeurs, par la Sécurité sociale et par l'État (article 83 du Code Général des Impôts), vive concurrence entre assureurs.

Le transfert de certaines dépenses de soins courants vers les ménages, présent dans chacun des trois *scenarios* évoqués ci-dessus, ainsi que les contraintes fiscales et de solvabilité des ménages, vont conduire les organismes privés d'assurances de personnes à devoir modifier leurs stratégies de *marketing* et de vente.

## ■ Pour les entreprises

Les garanties « haut de gamme » seront probablement progressivement réduites :

- pour respecter de futurs cahiers des charges impliquant la déductibilité fiscale et sociale des cotisations patronales et salariales ;
- pour répondre aux stratégies de maîtrise des coûts salariaux, impulsées par les directeurs financiers et les *risk managers* des grands groupes industriels et de services ;
- pour répondre au refus croissant des salariés de voir leurs cotisations augmenter pour couvrir des risques ne les concernant pas ;

Ces réductions de garanties seront au profit de régimes optionnels pour les dépenses ne relevant pas strictement de la solidarité de groupe des salariés de l'entreprise ; il en est ainsi, notamment, de l'optique, des cures thermales, de certaines médications de confort. Cela supposera des modifications importantes de l'organisation et des techniques de vente, notamment pour les réseaux non salariés.

## ■ Pour les particuliers

Les offres vont devoir être adaptées de manière beaucoup plus précise selon les attentes des adhérents. En effet, si les catégories socio-professionnelles aisées auront encore une capacité à contracter une couverture complète, on assiste dès maintenant à des phénomènes de renoncement à la couverture complémentaire pour des personnes dont les revenus sont significativement

supérieurs aux seuils de la CMU. Ce phénomène se développera probablement pour les catégories de populations jeunes, fonctionnaires ou salariés non cadres.

Les organismes privés d'assurances de personnes devront développer des offres de financement pour les dépenses à coût unitaire élevé telles que, par exemple, les prothèses dentaires, la chirurgie oculaire réfractive, l'implantologie.

Ils devront diversifier leur offre par l'intégration de services de prévention, d'accompagnement personnalisé, de contrôle du coût du risque et par un fort couplage avec une offre bancaire.

Telles sont les conséquences possibles, à 3-5 ans, de la réforme de l'assurance maladie. Une véritable révolution stratégique pour les organismes privés d'assurances de personnes qui justifie, à elle seule, les mouvements de concentration en cours dans le secteur des institutions de prévoyance et des mutuelles.

Cette vision s'appuie sur une approche tendancielle de la politique publique ; si tel n'était pas le cas, les évolutions des métiers de l'assurance de personnes pourraient être d'une autre ampleur.

### Notes

1. Le Cercle des économistes, *cahier n° 6*, « *Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution* », juin 2004.
2. *Ticket modérateur : écart entre le tarif conventionnel de la Sécurité sociale et le montant pris en charge par celle-ci.*

# Y A-T-IL DES BESOINS NOUVEAUX ET DES RÉPONSES INNOVANTES EN ASSURANCE DE PERSONNES ?

*Jean-Marc Leverrier*

*Actuaire-conseil, directeur*

*La réponse à la question de l'innovation en assurance de personnes suppose une clarification entre l'assurance vie/épargne, d'une part, et l'assurance de personnes hors assurance vie, d'autre part. Si l'on excepte l'assurance emprunteurs, l'assurance de personnes hors assurance vie peut s'analyser comme le financement de garanties complémentaires à celles de la Sécurité sociale. Dans cette situation, le premier rôle en matière d'innovation ne peut revenir qu'à la Sécurité sociale. S'il faut intégrer absolument ce fort conditionnement, il ne faut pas oublier les spécificités de l'assurance et les différences fortes entre le pilotage des régimes obligatoires et des assurances complémentaires !*

---

## Les assurances de personnes, un formidable vecteur de développement ?

---

**D**e façon plus prosaïque, la question aurait pu être aussi : « Réforme retraite, réforme santé, dépendance, les assurances de personnes ne sont-elles pas devenues un formidable vecteur de développement de l'assurance ? »

En effet, chaque réforme évoquée plus haut renvoie explicitement à la responsabilité de chacun selon un schéma assez clair :

- des besoins croissants en matière de retraite, de santé ou de dépendance ;
- un refus d'augmenter les prélèvements obligatoires ;
- et, donc, pour maintenir le niveau de revenu de

remplacement ou de prise en charge, le renvoi inexorable à un financement complémentaire individuel facultatif.

Or, tous ces besoins sont liés à des aléas viagers ; ainsi, ils sont dans le champ naturel de l'assurance de personnes.

Les chiffres confirment l'importance déjà acquise par ces assurances de personnes puisque le rapport annuel 2003 de la FFSA décompose les chiffres des affaires directes en France de la façon suivante :

- assurance vie et bons de capitalisation : 92 Mds € ;
- autres assurances de personnes : 9 Mds € ;
- assurances des biens et responsabilités : 39 Mds €.

De même, quelques pages plus loin, le même rapport situe :

- le niveau des prestations complémentaires versées au titre de la prévoyance (santé, décès, incapacité,

invalidité et dépendance) à près de 30 Mds € si l'on englobe tous les intervenants (assureurs, mutuelles, institutions de prévoyance) ;

- et le chiffre d'affaires des contrats retraite professionnelle à plus de 7 Mds €.

L'activité d'assurance dans son ensemble peut donc être décomposée pour près de la moitié en assurance vie, le reste se partageant de façon voisine entre les assurances des biens et responsabilités, d'une part, les autres assurances de personnes (hors assurance vie), d'autre part.

Or, c'est cette dernière part qui connaît la croissance la plus dynamique. La conclusion paraît alors simple : s'y développer. Et pour cela, pourquoi ne pas chercher, comme sur les autres marchés, quelle pourrait être une offre innovante ? Finalement, quels besoins nouveaux et quelles réponses innovantes ?

Malheureusement, si la démarche paraît évidente, les réponses le sont beaucoup moins tant sont fortes les spécificités de ces assurances de personnes (hors assurance vie), du fait de leur complémentarité à la Sécurité sociale. Pour le faire apparaître, il importe d'affiner l'analyse en descendant au niveau des risques couverts.

## Description des assurances de personnes hors assurance vie

**T**raditionnellement, l'assurance se sépare en deux mondes techniquement très différents : l'assurance vie et l'assurance non-vie – ou assurance dommages – qui se situent dans des cadres juridiques et actuariels différents puisque la première renvoie à l'acquisition d'un capital en cas de vie ou de décès, tandis que la seconde renvoie à une logique de prestation d'indemnisation. Or, l'assurance de personnes a cette particularité d'être à cheval sur ces deux mondes : tantôt assurance vie en cas de retraite ou de décès toutes causes, tantôt assurance non-vie en cas de maladie, incapacité, invalidité et décès accidentel. Ainsi, avant la réforme du Code des assurances de 1993, qui a ouvert la possibilité de faire des comptes « mixtes » pour les assurances de personnes, les contrats de prévoyance collective étaient éclatés entre une partie vie (les garanties décès toutes causes en général excédentaires) et une partie non-vie (les garanties incapacité et invalidité en général déficitaires).

Une deuxième difficulté a longtemps reposé sur l'existence, pour des garanties identiques, de réglementations différentes selon les trois codes : mutualité, assurances, et Sécurité sociale pour les institutions de prévoyance. Même si cette difficulté est en grande partie levée, elle a généré une troisième difficulté : celle de la centralisation des données ! Pour autant, il est possible de se fier aux chiffres publiés dans le rapport de la FFSA :

### En prévoyance

|                            | Prestations versées en Mds € |  |
|----------------------------|------------------------------|--|
|                            | Frais de soins de santé      | Incapacité invalidité décès dépendance |
| Organismes de base         | 111,2                        | 18,3                                   |
| Organismes complémentaires | 18,4                         | 11,4                                   |

**En retraite**, le chiffre d'affaires des contrats de retraite professionnelle s'élevait à 7,6 Mds € pour un montant de prestations des régimes obligatoires (base et complémentaires) estimé à 165 Mds € en 2003.

Cette différence de comptabilisation entre cotisations (chiffre d'affaires) et prestations est d'ailleurs riche d'enseignements :

- les régimes retraite obligatoires fonctionnent presque tous en répartition plus ou moins provisionnée ; par définition, les cotisations sont donc voisines des prestations (aux frais et résultats près) ; et il est plus valorisant pour l'organisme de

présenter ce qu'il verse, que ce qu'il prélève. Il communiquera donc sur le montant de prestations versées ;

- les contrats d'assurance fonctionnent en capitalisation, les droits futurs doivent être provisionnés, ce qui refait apparaître la distinction entre la phase d'accumulation (la période d'activité) et la phase de service (la retraite) ; l'assureur étant un preneur de risque, il communiquera sur ses primes ou cotisations.

Et cette différenciation des phases du cycle de vie sera fondamentale pour l'analyse des besoins et des possibilités de financement :

|   | Enfance | Activité         | Retraite         |
|---|---------|------------------|------------------|
| Prévoyance :<br>- santé<br>- incapacité, invalidité<br>- dépendance | besoin  | besoin<br>besoin | besoin<br>besoin |
| Retraite  |         | accumulation     | service          |

Le risque santé est viager (ce qui conduit des entreprises à s'interroger sur les raisons de leur participation au financement) ; les risques incapacité et invalidité, d'une part, dépendance, d'autre part, sont au contraire attachés à une seule phase : l'activité pour les uns, la retraite pour l'autre ; le financement des compléments retraite est enfin lié à deux phases : l'activité pour l'accumulation des droits et la retraite pour le service de ces droits.

## Spécificité des assurances de personnes hors assurance vie

**L**a description de ces assurances de personnes hors assurance vie conduit à les définir comme **protection sociale complémentaire**, ce qui met bien en avant leur complémentarité à la

Sécurité sociale ou à des organismes gérés par les partenaires sociaux (Unedic, Agirc, Arrco). Quelles en sont alors **les spécificités par rapport aux autres produits d'assurance** ? Classiquement, un nouveau produit d'assurance suppose : un marché, un produit, une distribution, un tarif, un contrat.

L'une des applications les plus courantes est l'assurance automobile où la segmentation va permettre de trouver des triangles magiques : produits tarifé/cible segmentée/mode de distribution adapté (directe, réseau d'agents...).

Mais ces techniques d'analyse de marché, de définition de produit, de choix de mode de distribution, de tarification, sont-elles applicables à la protection sociale complémentaire ?

Un marché particulier ?

Oui, car il est davantage défini par la place laissée par la Sécurité sociale que par le besoin direct des consommateurs. Par exemple, il est plus facile de

définir un complément pour des prestations de base stables – comme en incapacité et invalidité – que pour la dépendance où l'instabilité des prises en charges publiques et leur mise sous condition de ressources gênent considérablement la définition d'une offre d'assurance qui ne peut être pourtant que complémentaire !

Des produits particuliers ?

Oui, puisque définis en complément des prestations de la Sécurité sociale ; pour exemple, la santé où les garanties complémentaires sont d'abord pensées en fonction des conventions instituées par les régimes de Sécurité sociale avec les professionnels de santé, ce qui force à les repenser à chaque réforme de l'assurance maladie.

Une tarification particulière ?

Oui, puisque la socialisation de leur prise en charge par les régimes de base rejaillit en complémentaire (interdiction de sortir du taux unique dans les contrats groupe d'entreprise, interdiction de sélection médicale dans les contrats individuels solidaires en complémentaire santé).

Une distribution particulière ?

Oui, puisque dominée par les « légitimes » de la protection sociale complémentaire que sont les mutuelles ou institutions de prévoyance qui sont les gestionnaires passés ou actuels de la protection sociale de base.

Un cadre juridique particulier ?

Oui, puisque relevant non pas du seul droit des assurances mais également du droit du travail (pour toute la protection sociale complémentaire intégrée au contrat de travail), ou du droit de la Sécurité sociale (par exemple pour des garanties associées telles que l'invalidité...).

Ainsi, les **analyses de marché** devront intégrer :

- les évolutions historiques des prestations des régimes obligatoires pour faire de bonnes anticipations, par exemple : la stabilité du revenu de remplacement en incapacité et invalidité qui forcera à aborder le complément comme un marché de maturité et donc

dans une logique de remplacement du concurrent, ou la décroissance du taux de remplacement après prise en compte des régimes Agirc Arrco qui devrait devenir manifeste avec l'information publique sur les droits acquis, ce qui pourrait inciter à caler l'offre sur cette information ;

- les évolutions au passé récent, par exemple l'impact de la fin des préretraites publiques sur l'envol du taux d'équilibre en incapacité-invalidité ;

- les évolutions au futur proche, par exemple, la définition des contrats responsables en complémentaire santé.

Certes, tout ne dépendra pas uniquement des décisions publiques ou des évolutions des prestations des régimes de base ; il est possible de noter en particulier :

- en santé, le risque d'un désengagement de l'entreprise sur un risque indépendant de l'activité professionnelle (hors maladies professionnelles) ;

- en retraite, un attrait des assurés plus fort pour le capital que pour la rente.

Enfin le **pilotage technique de l'équilibre** des garanties complémentaires devra intégrer le risque inhérent aux différences de pilotage technique des régimes de base obligatoires et des garanties complémentaires :

- les régimes de base sont encore gérés largement « en répartition », c'est-à-dire avec des ajustements prestations/cotisations quasi instantanés. Même si cela change un peu (rétablissement par la Justice des points gratuits famille des retraités Agirc annulés par décision des partenaires sociaux, rétablissement des droits chômage des « recalculés » Unedic), la règle est toujours la possibilité de changement instantané des garanties... et souvent à la baisse !

- les acteurs complémentaires sont eux davantage soumis à une gestion de « capitalisation » où les droits doivent être provisionnés et sont inscrits dans des contrats que l'on modifie par avenant signé par les deux parties ; ils sont donc sur une gestion à moyen terme (prévision des prestations, détermination de la cotisation d'équilibre sur la base de cette prévision, acceptation du risque de perte)... peu compatible avec les

ajustements ou autres désengagements instantanés des pouvoirs publics ou des partenaires sociaux ; deux exemples peuvent être pris :

- . d'une part, les pertes générées par les retraites « chapeau » où les garanties complémentaires ne pouvaient être changées unilatéralement par l'assureur, tandis que les régimes de base et complémentaires obligatoires modifiaient instantanément leurs règles de liquidation ou de revalorisation,

- . d'autre part, les garanties chômage des contrats emprunteurs où des pertes ont été aussi générées par cette différence de possibilité d'ajustement des garanties, instantanées pour les uns, bloquées par le contrat pour les autres.

## Conclusion

Un secteur en développement ? Certainement ! Où les techniques d'assurance ont leur place ? Tout aussi sûrement, si on sait les adapter ! Mais où la légitimité n'est acquise *a priori* que pour les acteurs qui ont géré, qui gèrent ou qui aspirent à gérer... la Sécurité sociale !

Et il existe de belles pistes pour l'innovation :

- une attente en termes de clarté de la prise en charge ! Avec quel reste à charge en cas de soins, d'hospitalisation, ou de dépendance ? Avec quelle perte de revenus en cas de maladie, incapacité, ou retraite ? Finalement, comme pour les autres contrats d'assurance !

- avec un fort contenu en prise en charge et en services... comme l'assurance automobile zéro km !

# REMARQUES JURIDIQUES SUR LES SINISTRES SÉRIELS

*Jérôme Kullmann*

*Professeur à l'université Paris-Dauphine*

*Directeur de l'Institut des assurances de Paris*

*Président de l'AIDA-France*

*C'est généralement avec un certain effroi que l'on évoque la notion de sinistre sériel car on l'accouple à des événements dramatiques, voire catastrophiques. Amiante, sang contaminé, tsunami<sup>1</sup> sont des exemples, et ce n'est rien encore en comparaison des risques dont on ne fait que soupçonner la possible réalisation prochaine : téléphones mobiles, fibre de verre ou de roche, etc. Il faudrait remettre un peu d'ordre et de raison dans ce type de présentation. Certes, chacun peut se faire une idée de ce qu'est une série, mais la définition en est difficile d'autant plus que si l'expression est dans toutes les bouches, elle ne figure, formellement du moins, ni dans la loi ni dans les contrats d'assurance.*

**A** l'ampleur « imprévisible<sup>2</sup> » des phénomènes déjà connus s'ajoute la peur de ces risques immergés ou émergents. Tout le monde en parle<sup>3</sup>, et le monde entier en bruisse<sup>4</sup>... les victimes, associations comprises bien entendu, les fabricants et prestataires de services, les spécialistes de la responsabilité, et les plus inquiets, peut-être, les assureurs. À la vérité, le sinistre sériel est essentiellement abordé du point de vue des premiers et des derniers cités. Les responsables exposent plus rarement le leur. Cela peut se comprendre car, très concrètement, c'est d'argent qu'il s'agit : les dommages doivent impérativement être réparés, et seuls les assureurs semblent être considérés comme capables de procéder à des indemnisations souvent présentées comme colossales du fait, non seulement de la série qu'il faut traiter, mais aussi des dérives jurisprudentielles, dites « à l'américaine », qui mènent à l'allocation d'indemnités toujours plus élevées.

Il faudrait remettre un peu d'ordre et de raison dans ce type de présentation car le sinistre sériel n'est pas toujours marqué par de sévères dommages corporels et il n'a pas systématiquement vocation à mettre en péril la

stabilité financière des entreprises d'assurances et de réassurance<sup>5</sup>. Le lot commun des dommages provient en effet de produits défectueux qui créent, certes, de très sérieuses gênes, mais de nature plutôt matérielle que corporelle : joint de fenêtre, équipements de véhicules automobiles, tuiles gélives... Pour autant, il est hors de propos de nier l'importance des sinistres sériels mais, bien au contraire, de la mettre en valeur en exposant, ou en dénonçant, l'état d'impréparation du droit en la matière. Encore faudrait-il nuancer cette affirmation car une distinction s'impose : les contrats d'assurance présents sur le marché montrent qu'assureurs et assurés<sup>6</sup> ont depuis longtemps prévu le régime contractuel de l'assurance de ces événements. L'impréparation est plutôt celle de la loi : Où trouver, dans le Code des assurances, une disposition qui affecte un régime spécial à la notion spécifique de sinistre sériel ? Depuis la loi du 1er août 2003, on peut citer l'article L.124-1-1 qui a créé les concepts d'ensemble de dommages et d'ensemble de faits dommageables ayant une même cause technique... Mais de là à parler de régime juridique, il y a un pas que l'on ne peut franchir. Il est donc temps de

tenter de faire un point sur quelques aspects juridiques des sinistres sériels. Certes, chacun peut se faire une idée de ce qu'est une série, mais la définition en est difficile, d'autant plus que si l'expression est dans toutes les bouches, elle ne figure, formellement du moins, ni dans la loi ni dans les contrats d'assurance. S'agissant de sinistres, la série n'est guère souhaitable, mais si elle a débuté, il convient d'essayer d'y mettre fin. Puisqu'elle existe tout de même, sa gestion contentieuse fait inmanquablement penser aux actions collectives. Son coût, pour l'assureur, peut être relativement bien maîtrisé grâce au mécanisme de globalisation. Et il faut bien, pour en finir, passer à l'étape du paiement des indemnités, mais dans un ordre difficile à établir.

---

## Définir la série : la mission impossible ?

---

**D**eux, vingt ou mille dommages issus d'une même cause technique... Quand se trouve-t-on en présence d'une série ? La question revêt un intérêt crucial surtout dans le cadre de l'assurance des frais de retrait des produits. Cette garantie est aujourd'hui assez répandue, mais elle est habituellement incluse dans un contrat qui, à titre principal, couvre le risque de responsabilité du fait des produits<sup>8</sup>. Cette inclusion ne doit pas avoir pour effet de la soumettre au régime de l'assurance de responsabilité, car elle relève de la catégorie des assurances de choses, et plus précisément, de pertes pécuniaires<sup>9</sup>.

La garantie des frais de retrait a pour particularité de n'avoir en principe à intervenir qu'à raison de sinistres sériels. La définition de ceux-ci est donc au coeur de son économie. L'examen des contrats disponibles sur le marché ne nous a pas permis de découvrir une définition contractuelle du nombre de sinistres, ou de menaces de dommages, propre à provoquer le sinistre qu'est le retrait<sup>10</sup>. Pourtant, le fait qu'il s'agisse ici d'un unique sinistre (sans idée de globalisation, propre à l'assurance de responsabilité) montre l'importance du caractère progressif de sa constitution. Comment, par exemple, fixer la naissance de l'obligation de l'assuré qui doit, aux

termes de l'article L.113-2 du Code des assurances, déclarer « tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur » ? Quand débute le cours de la prescription de son action contre l'assureur ? Bien évidemment, on répondra que, sans retrait provoquant des débours, aucun devoir ne pèse sur l'assuré, ni ne court le moindre délai.

Toutefois, c'est là méconnaître l'originalité de la garantie des frais de retrait. On parle beaucoup du devoir de coopération des parties à un contrat et il faut admettre que, en l'occurrence, c'est à juste titre. Retirer cent mille produits au prétexte qu'une série de vingt s'est avérée défectueuse, c'est probablement exagéré. Mais, que l'on attende que ce soit le cas d'un millier, et l'on tombe dans l'excès inverse - surtout quand l'assuré profite d'une nouvelle année d'assurance pour augmenter le montant de la garantie avant de procéder au retrait... Dans certaines hypothèses, la constitution du sinistre résulte de l'ordre, par la puissance publique, de procéder à un retrait. Sinon, les contrats d'assurance font souvent obligation à l'assuré d'informer l'assureur des défauts au fur et à mesure de leur connaissance afin que, d'un commun accord, le retrait soit entrepris. On n'insistera pas sur le caractère peut-être délicat de la participation de l'assureur à la réalisation du risque dans la mesure où cette prévision est relativement sage. Au fond, le lien que l'on peut trouver entre assurance de responsabilité et assurance des frais de retrait n'est pas réellement juridique : il tient au fait que ce sont fréquemment des sinistres relevant de la première qui conduisent, par leur répétition, à la mise en jeu de la seconde.

---

## Arrêter la série : la minimisation des dommages

---

**L'**aspect sériel du sinistre appelle une observation autrement importante d'autant plus que celle-ci est pertinente en présence tant de l'assurance des frais de retrait que de l'assurance de responsabilité. Il saute aux yeux qu'une fois cet aspect soupçonné, notamment par le biais des réclamations des clients ou des contrôles de qualité, le risque de dommages

causés par les produits va croissant. C'est alors la charge de la dette de responsabilité qui prend le même développement et il en est de même de l'étendue de l'engagement de règlement de l'assureur<sup>11</sup>. Quant à la garantie des frais de retrait, l'indemnité due par l'assureur peut-elle aussi s'accroître si la tardiveté de la décision rend plus complexe cette opération. Toujours est-il que l'on comprend sans peine qu'est ainsi abordé le problème de la minimisation du dommage : dommages propres à l'assuré pour les frais de retrait et pour les dettes de responsabilité, poids du transfert de ces risques pour l'assureur - sans omettre les dommages causés aux victimes des produits défectueux. Or, le droit français n'est pas favorable à l'obligation de minimiser son propre dommage<sup>12</sup>. Ce devoir n'existe pas à l'état naturel, pourrait-on dire, si l'on considère l'actuelle position de la Cour de cassation<sup>13</sup>. Cela signifie tout bonnement que rien n'interdit à l'assuré de demeurer inerte et de se borner à constater que la série s'allonge... Pourquoi arrêter la production d'amiante si l'assureur est là pour prendre finalement en charge les dommages ? Fort heureusement, le droit pénal peut contribuer à contrecarrer un si vilain penchant, par exemple par le truchement du délit de mise en danger de la vie d'autrui.

Il n'en reste pas moins que si ce comportement est cependant suivi, la sanction ne se trouve guère que dans celle d'une déclaration tardive de sinistre<sup>14</sup> ou dans celle que le contrat d'assurance a pu précisément stipuler en cas d'inertie de l'assuré. Au demeurant, certains contrats d'assurance font effectivement obligation à l'assuré de minimiser le dommage dont il a connaissance, mais il serait bon que ce soit le cas de toutes les garanties qui ont vocation à intervenir en présence de dommages sériels. Quant à la sanction, elle semble relever de la liberté contractuelle<sup>15</sup> : augmentation des franchises par exemple, voire déchéance puisque la Cour de cassation estime que cette sanction peut être valablement stipulée tant qu'elle n'est pas interdite par la loi. Mais, une fois encore, comment imaginer une sanction si la notion même de série n'est pas définie de façon claire, ce qui semble ne pouvoir se faire qu'à l'aide de données arithmétiques : connaissance, par telle ou telle voie, de tant de sinistres de nature sérielle, notamment ? Il est vrai que cette idée peut sembler fort éloignée du terrain, mais existe-t-il une autre méthode susceptible de permettre à l'assureur d'intervenir pour mettre fin à la série ?

C'est à ce que certains considèrent comme un véritable danger que peut encore conduire le caractère sériel des sinistres dus tant aux produits qu'aux services : celui de voir fertiliser le terrain sur lequel pousseraient les actions collectives des victimes, à la place d'une série d'actions individuelles.

---

## Gérer la série : les actions collectives

---

**P**our l'instant, les actions des victimes de dommages sériels demeurent individuelles : action en responsabilité contre le responsable, action directe en paiement de l'indemnité d'assurance contre l'assureur de ce dernier. S'il est cependant une conséquence des sinistres sériels sur laquelle tout le monde s'accorde, c'est bien celle du caractère collectif des contentieux qu'ils suscitent. Pour les uns<sup>16</sup>, c'est l'occasion rêvée de mettre en place, dans notre législation, un système qui s'inspirerait des actions collectives, ou des *class actions*, connues dans d'autres pays. Pour les autres, ce serait un facteur de fragilisation du secteur de l'assurance<sup>17</sup>. Pour les derniers, il convient de faire preuve de la plus grande prudence, mais pareille évolution semble inéluctable<sup>18</sup> d'autant plus que le droit français de la consommation connaît déjà la faculté, pour les associations de consommateurs, d'exercer une action en représentation conjointe afin d'obtenir réparation des préjudices individuels causés par le fait d'un même professionnel. Il est vrai que la question est essentiellement posée à propos des actions en responsabilité. Avec une seule décision, on saurait si le défendeur est responsable et, si oui, sa dette serait fixée dans son principe et dans son étendue (quoique l'on puisse avoir certains doutes à ce sujet... car s'agirait-il de l'étendue de chaque préjudice ?). La Cour de cassation a décidé que la décision qui retient la responsabilité de l'assuré constitue la preuve du sinistre, opposable à l'assureur de responsabilité : il suffit alors de comparer les éléments de la responsabilité établie à la responsabilité garantie par le contrat d'assurance puis, en cas de correspondance, d'appliquer le plafond (et les franchises) pour fixer la dette d'indemnité d'assurance (compte tenu de la globalisation).

Toutefois, à l'issue d'une condamnation du responsable par voie d'action collective, que se passerait-il en cas de contestation de sa garantie par l'assureur ? La multitude d'actions directes serait-elle transformée en une action directe collective ? Si tel était le cas, le paiement devrait être réalisé, pour les victimes membres de ce collectif, au marc le franc, dans l'hypothèse d'un plafond inférieur à la masse des dommages intérêts ; mais pour les tiers lésés qui ne participeraient pas à cette action, et agirait seuls, le prix de la course resterait la règle <sup>19</sup>... À cette difficulté s'ajoute celle due à une jurisprudence récente : la mise en cause de l'assuré n'étant plus nécessaire, selon la Cour de cassation, une action collective pourrait opposer les seules victimes au seul assureur du responsable, celui-ci restant étranger à l'instance. Il incomberait alors à l'assureur de décider de l'attirer au procès. En outre, à supposer qu'il y ait une pluralité de responsables, l'assureur de l'un d'entre eux, condamné à payer le tout à l'ensemble des victimes ayant agi par voie collective, serait subrogé dans les droits de cette collectivité à l'encontre des autres auteurs du dommage sériel... Il serait piquant de voir un assureur se prévaloir ainsi d'une *class action*.

L'action collective mérite-t-elle vraiment d'être considérée comme un épouvantail ? Pour ce qui est de la responsabilité, la réponse peut être positive si l'on considère les excès auxquels elle peut conduire, notamment en matière de publicité et de rémunération de certains avocats, de pression sur les entreprises et de phénomène de « ratissage » des victimes potentielles <sup>20</sup>. En ce qui a trait à la mise en oeuvre du contrat d'assurance du responsable, la crainte est probablement exagérée. Il ne faut pas oublier que l'assurance est l'un des domaines de prédilection du « collectif » : assurances collectives et assurances pour compte reposent sur la notion de la stipulation pour autrui, dans laquelle le stipulant (souscripteur du contrat d'assurance) est en droit d'exiger du promettant (l'assureur) qu'il exécute ses engagements au profit des bénéficiaires (assurés). Plus particulièrement, le procédé de la globalisation, inventé par les assureurs pour supporter et gérer les sinistres sériels, manifeste clairement une transformation de l'individuel en collectif. Si ces professionnels ont quelque raison de se méfier de la class action ayant pour objet l'établissement de la responsabilité de l'assuré, ils

disposent, avec la globalisation consacrée par la loi du 1er août 2003, d'une arme efficace pour limiter leur engagement.

---

## Plafonner le coût de la série : la globalisation

---

**L**a globalisation des sinistres relève de la fiction c'est-à-dire, avec quelque brusquerie, du mensonge : plusieurs sinistres existent mais on affirme qu'il n'y a qu'un seul sinistre. Ce procédé est bien connu du droit français <sup>21</sup>, l'un des exemples les plus connus étant celui de la clause écrite mais réputée non écrite <sup>22</sup>. Mentir à raison des faits conduit à établir une réalité purement juridique, ce que le législateur peut certainement faire. En est-il de même des contractants ? On peut légitimement poser la question, surtout quand ce mensonge est susceptible de nuire aux droits des tiers que sont les victimes. Celles-ci disposent en effet d'une action directe contre l'assureur de responsabilité, propre à permettre la mise en oeuvre de leur droit personnel sur l'indemnité d'assurance. La clause de globalisation ayant pour objet de soumettre les sinistres sériels à un unique plafond de garantie, l'épuisement de celle-ci se traduit par le défaut d'indemnisation d'un nombre plus ou moins important de victimes. Cette approche est probablement simpliste car, au fond, la limitation du montant de l'engagement de l'assureur est en elle-même parfaitement licite <sup>23</sup>. Globaliser les sinistres n'équivaut pas à nier le droit des tiers lésés sur l'indemnité d'assurance mais seulement à en délimiter l'étendue ; or, il est hors de doute que le plafond contractuel de garantie leur est opposable. Toujours est-il que, à notre connaissance, la validité de la clause de globalisation n'a jamais été mise en doute devant le juge.

La loi du 1er août 2003 a consacré cette pratique. Le nouvel article L.124-1-1 du Code des assurances dispose que : « Au sens du présent chapitre, constitue un sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à

une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique ». La loi ne va pas plus loin. L'incertitude imprègne donc encore au moins deux sujets <sup>24</sup>.

Tout d'abord, la globalisation est-elle automatique, par le seul effet de la loi, quelles que soient les stipulations du contrat d'assurance ? L'article L.124-1-1 est impératif et n'est pas cité par l'article L.111-2 du Code des assurances comme pouvant faire l'objet d'un aménagement contractuel. Il serait cependant surprenant que les parties soient dans l'impossibilité d'écarter un mécanisme qui n'est favorable aux intérêts ni des victimes ni de l'assuré. La logique voudrait que la globalisation légale ne s'applique que dans le silence du contrat sur ce point.

Ensuite, à quelle date situer le sinistre globalisé, autrement dit le début du processus d'épuisement de la garantie <sup>25</sup> ? Les contrats d'assurance retiennent diverses solutions : il est prévu, par exemple, que ce sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle aura été présentée la première réclamation, ou qu'il est fixé au jour de la connaissance, par l'assuré, du fait dommageable et/ou du dommage. Dans la mesure où le nouveau texte définit (toujours impérativement) le sinistre en se référant au dommage, le sinistre globalisé devrait prendre place au jour du premier des dommages sériels. Il serait pourtant curieux que s'agissant d'un problème temporel, la solution relève de l'époque d'un dommage alors que, pour la durée de la garantie, cet événement est écarté par la loi, au profit soit du fait dommageable, soit de la réclamation. La liberté contractuelle permettrait-elle aux parties, comme avant la loi de 2003, de décider d'imputer le sinistre à une période d'assurance déterminée soit par le fait dommageable, soit par le dommage, soit enfin par la réclamation ? Il est fort difficile de répondre de façon péremptoire, alors qu'il est évidemment essentiel de savoir quel plafond de garantie sera retenu, d'autant plus que dans les hypothèses de sinistres de grande ampleur, il y a fort à parier que l'enveloppe ne sera pas suffisante pour que toutes les victimes soient indemnisées - et l'on profitera de cette réflexion pour rappeler que l'assurance directe (garantie des accidents de la vie, assurances de dommages aux biens, etc.) ne connaît pas cet inconvénient de la globalisation, chaque

assuré ayant droit à la prestation fixée par le contrat, de nature indemnitaire ou forfaitaire <sup>26</sup>. Cela dit, on pourrait déplorer que, en 2003, le législateur n'ait pas réglé le sérieux problème de l'ordre des paiements que doit effectuer l'assureur de responsabilité. Mais le pouvait-il ?

## Régler la série : le paiement des indemnités

**L**a série de sinistres ayant une même cause technique peut souvent s'étendre sur de longues années. Une victime réclame le versement de l'indemnité d'assurance à laquelle elle a droit, puis une autre se présente quelque temps après, puis encore une... et, le cas échéant, des milliers les suivent. *A priori*, elles agissent en ordre dispersé. L'assureur doit-il les satisfaire en respectant la règle fondamentale du prix de la course, sachant qu'il opposera l'épuisement de la garantie à un énième créancier ? Ou doit-il refuser tout versement d'indemnité aussi longtemps que toutes les victimes ne se seront pas fait connaître, afin d'effectuer finalement des paiements *au prorata* du montant de chaque créance par rapport à celui de la garantie ? Ou encore, plus simplement, peut-il attendre d'être condamné pour payer en exécution de chaque décision de justice ? Dans le silence de la loi <sup>27</sup>, on ne peut que faire état de la jurisprudence de la Cour de cassation. En matière d'assurance pour compte <sup>28</sup>, l'assureur doit payer au fur et à mesure des demandes des assurés pour compte, jusqu'à épuisement de la garantie <sup>29</sup> ; et dans le cadre d'une assurance de responsabilité, un arrêt a, semble-t-il, adopté la même solution : « En retenant que le plafond de garantie était opposable aux époux S. et qu'il avait été atteint à la date de déclaration de leur sinistre, la cour d'appel a, par là même, estimé que la seule circonstance que l'assureur aurait indemnisé d'autres victimes après cette date n'était pas de nature à permettre aux époux S. de bénéficier de la garantie de cet assureur ». <sup>30</sup> Bref, les indemnisations s'empilent au fil du temps, ou plus précisément des demandes des tiers lésés, jusqu'à atteindre le plafond. Les victimes qui formuleront

leur réclamation par la suite n'auront droit à aucune indemnité d'assurance et ne pourront que tenter de faire payer le responsable - ou le fonds de garantie si celui-ci existe <sup>31</sup>.

Cette approche est trop abrupte pour être satisfaisante. On comprend que la victime ait à faire valoir son droit propre sur l'indemnité d'assurance, au moins en son principe. Cela signifie qu'elle doit porter l'existence de son dommage à la connaissance de l'assureur. Mais que faire si l'étendue de son droit propre dépend d'expertises diverses ou de consolidations de préjudices corporels ? Quelle attitude peut adopter l'assureur - qui est supposé être prêt à payer - si d'autres victimes exigent le versement d'une indemnité qui, elle, est déjà chiffrable puisque leur dommage aura déjà été chiffré ? La réponse se trouve probablement dans le principe du paiement d'une dette certaine, liquide et exigible : dès que ces trois conditions sont réunies dans la créance de la victime, l'assureur doit exécuter sa dette. Cette règle juridique laisse persister un certain malaise quand les victimes ne sont pas sur un pied d'égalité en dépit de leur appartenance à la série considérée, du fait des expertises, des évaluations, etc. C'est pourquoi on peut légitimement estimer que si l'assureur sait, sans aucun doute, que le fait dommageable commis par son assuré a causé des dommages sériels et que le plafond de garantie sera dépassé, une répartition au marc le franc doit être envisagée : il lui reste alors à mettre la somme correspondant à ce plafond sous séquestre ou à la consigner <sup>32</sup>. Telle n'est cependant pas la position de la FFSA qui préfère le système des paiements successifs qui épuisent progressivement la garantie, en raison de l'impossibilité pratique d'attendre de connaître toutes les réclamations des victimes avant de procéder à l'indemnisation <sup>33</sup>. On avouera ici ne pas être en mesure de trancher entre les deux méthodes de paiement, la balance avantages/inconvénients étant fort délicate à établir.

## En conclusion

**L'**originalité des sinistres sériels justifie-t-elle une réforme du droit positif actuel du contrat d'assurance <sup>34</sup> ? Des cinq points (souvent en forme d'interrogation) évoqués, seul celui des

actions collectives relève réellement de la compétence du législateur, mais la précipitation doit absolument être évitée car on doit avoir en mémoire les invraisemblables ambiguïtés de la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 pourtant destinée à mettre fin aux longs et passionnés débats sur la durée de la garantie dans le temps en assurance de responsabilité <sup>35</sup>. La définition de ce qu'est une série de sinistres incombe aux parties au contrat d'assurance des frais de retrait et autres risques liés. Il en est de même du devoir de minimisation du dommage et de la prise en charge des débours que son exécution entraîne - les assureurs, comme leurs assurés, doivent être conscients qu'en l'absence de prévision contractuelle de ce qui est tout de même un comportement souhaitable à tous égards, une prise en main jurisprudentielle de ce problème est très sérieusement envisageable. L'indemnisation, systématiquement limitée par la globalisation contractuelle et désormais légale, reste, à nos yeux, la question la plus complexe : Qui fera le choix entre indemnisation totale d'un nombre réduit de victimes et indemnisation partielle de (presque) toutes les victimes ? Même cause, même fait dommageable, même dommage, mais pas même indemnisation : la rupture du lien issu de la série surgit là où les victimes ne l'attendent probablement pas.

### Notes

1. *On laissera à une autre étude le soin de dire si un évènement unique est de nature à provoquer des sinistres sériels : une catastrophe naturelle ou technologique (loi du 30 juillet 2003 relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages) qui se traduit par des dommages subis par dix mille personnes ne nous semble pas correspondre à la notion de sinistre sériel qui requiert, à notre sens, un fait par dommage, le lien résultant de la similitude des faits. On parlerait plus exactement de sinistre de grande ampleur (le rapport de la Commission consultative de l'assurance a, en 1994, eu pour sujet « l'indemnisation des victimes de grandes catastrophes : les sinistres sériels n'ont pas été abordés). La discussion reste cependant ouverte. À titre incident, quelques extraits du rapport public du Conseil d'État pour 2005 (« Responsabilité et socialisation du risque ») manifestent cette ambiguïté : « Le changement d'échelle se traduit notamment par la manifestation de risques sériels ou de masse pour lesquels la réassurance est particulièrement difficile (inondations, attentats du 11 septembre 2001, etc.) » ; « Certains fonds répondent aux risques naturels ou sociaux, pour des dommages ne se rattachant à aucune responsabilité (calamités agricoles, aléas thérapeutiques) ou lorsque le*

responsable n'est pas identifié, pas assuré ou insolvable (terrorisme, victimes d'infractions pénales...). D'autres fonds répondent à l'apparition de nouveaux risques sériels ou de masse, ainsi de l'indemnisation des préjudices résultant de la contamination par le VIH causée par une transfusion ou de l'indemnisation des victimes de l'amiante. L'intérêt des fonds est souvent de permettre des financements croisés combinant mutualisation élargie et solidarité nationale, voire de reconstituer une forme d'assurance par un financement des assurés ou des responsables ».

2. Commission de contrôle des assurances dixit, Rapport d'activité 2000-2001.

3. Une expression concurrente, due à la pratique, est celle de risque « en grappes » : voir R. Leblanc, Entretiens de Friedland, CCIP octobre 2001.

4. Il suffit de se promener sur Internet, et de faire tourner un moteur de recherche avec les mots « sinistres sériels » ou « serial losses »...

5. Sur le problème de l'inaassurabilité des risques sériels, voir rapport du groupe Télémaque, « Les enjeux d'assurance de demain », in Regards prospectifs sur l'État stratège, Commissariat général au plan, La documentation française, décembre 2004. Et sur l'assurabilité permise par le mécanisme de la globalisation, voir infra.

6. On entendra par là assureurs des entreprises assurées qui créent les risques sériels.

7. De même que la question se pose pour qu'un évènement soit une catastrophe : voir C. Lienhard, Pour un droit des catastrophes, D. 1995, chron., p. 91, n° 23 : « La question se pose de la manière suivante : À partir de quand se trouve-t-on, en fonction du nombre des victimes, face à une catastrophe ? »

8. On pourrait, du reste, transposer son principe aux services - notamment dans le domaine informatique.

9. Le droit français ne connaît pas l'assurance de frais, espèce heureusement créée par le droit belge en 1992.

10. Ou, plus exactement, que sont les frais engagés pour le réaliser, sauf si l'assureur s'est engagé à exécuter certaines prestations techniques à l'occasion du retrait.

11. Dans la limite du plafond, et compte tenu du mécanisme de la globalisation, bien entendu.

12. Pourtant, le projet de loi de 1904 sur le contrat d'assurance prévoyait que l'assuré avait l'obligation de faire tout ce qui dépend de lui pour diminuer les conséquences dommageables du sinistre. Et une proposition de directive CEE du 10 juillet 1979, relative à l'harmonisation du droit du contrat d'assurance avait déclaré que l'assuré a l'obligation de prendre toute mesure

raisonnable pour éviter ou diminuer les conséquences du sinistre, l'assureur ayant alors l'obligation de lui rembourser les frais de ce sauvetage (voir J. Bigot, L'obligation de l'assuré de prévenir ou d'atténuer le dommage et la charge qui s'y rapporte, in, L'harmonisation du droit du contrat d'assurance dans la CEE, Bruylant, Bruxelles, 1981, p.369).

13. Voir Cass. 2e civ., 19 juin 2003, deux arrêts : « l'auteur d'un accident doit en réparer toutes les conséquences dommageables ; la victime n'est pas tenue de limiter son préjudice dans l'intérêt du responsable » ; M-A. Agard, Ne t'aide pas, le ciel t'aidera quand même !, Resp. civ. et ass. 2004, chr., n° 2.

14. Notamment la déchéance du droit à indemnité, si elle est prévue au contrat et si le retard a causé un préjudice à l'assureur.

15. Assurances obligatoires mises à part, évidemment.

16. Voir notamment le site classaction.fr, à propos duquel le Conseil de l'Ordre des barreaux a émis de sérieuses et compréhensibles réserves.

17. Rapport du groupe Télémaque, précité.

18. Voir Y. Picod, Le charme discret de la class action, D. 2005, p. 657 ; voir aussi le rapport du groupe de travail n° 1, Incertitude et sécurité juridique, Séminaire Cour de cassation « Risques, assurances, responsabilités » qui a proposé l'adoption de procédures « standardisées » de traitement des contentieux sériels et d'un modèle unifié de fonds d'indemnisation ainsi que l'encadrement du développement des « actions collectives » avec instauration d'une phase de recevabilité à partir de l'exemple canadien : strict encadrement de la recevabilité en instituant une étape de certification du recours collectif ; l'action n'étant recevable que si l'action collective est le moyen approprié pour trancher des questions communes.

19. Voir infra, sous le titre Régler la série : le paiement des indemnités.

20. Phénomène que l'on connaît en matière d'assurance sur la vie, à propos de l'article L.132-5-1 du Code des assurances ; voir M. Belmont et H. Lascombes, Le droit du renard, RGDA 2003 p.413.

21. Voir notamment G. Wicker, Les fictions juridiques, LGDJ 1997.

22. J. Kullmann, Remarques sur les clauses réputées non écrites, D.1993, chr.59 ; mais voir les nuances apportées par S. Gaudemet, La clause réputée non écrite, Thèse Paris II, 2004, dir. Y. Lequette, n° 9 et s.; J. Kullmann, Remarques sur les clauses réputées non écrites, D.1993, chr.59.

23. Sous réserve du régime impératif de certaines assurances obligatoires, bien entendu.

24. *On laissera ici de côté celle née de la notion de cause technique (voir P. Bichot, La réforme de l'assurance de responsabilité civile, Droit & Patrimoine - n° 122 - janvier 2004 ; L. Mayaux, La durée de la garantie en assurances de responsabilité depuis la loi du 1er août 2003 : les rayons et les ombres, RGDA 2003, p.652).*
25. *Voir L. Mayaux, Traité de droit des assurances, t. 3, Le contrat d'assurance, dir. J. Bigot, LGDJ, 2002, n° 1557 et s.*
26. *Il serait du reste intéressant de se livrer à une étude de la différence effective des prestations indemnitaires et forfaitaires. On parierait volontiers que, dans l'avenir, les assurances à caractère indemnitaire feront place à du forfait, tandis que d'autres, dites forfaitaires, se teintent en réalité déjà d'indemnité.*
27. *Le législateur connaît pourtant bien le problème : les avocats sont tenus de disposer d'une garantie qui couvre le risque d'insolvabilité en cas de non-remboursement des fonds, effets ou valeurs reçus en dépôt, soit par garantie financière, soit par assurance souscrite par le barreau pour le compte des clients déposants (voir L. Mayaux, Les assurances professionnelles de l'avocat, Justices 1997, n° 5). Or, les textes édictent un paiement au marc le franc, entre les clients garantis, pour ce qui est de la garantie financière... mais rien n'est dit à ce propos de l'assurance pour compte.*
28. *Celle, précitée, souscrite pour le compte des clients des avocats en cas d'insolvabilité.*
29. *Cass. 1re civ., 17 mars 1998, RGDA 1998, p. 319, note L. Mayaux.*
30. *Cass. 1re civ., 8 juin 1994, RGAT 1994, p. 874, note F. Vincent.*
31. *On n'insistera pas sur le lien qui unit le caractère sériel de sinistres particulièrement médiatisés et la création de fonds de garantie : amiante, HIV, etc.*
32. *En ce sens, voir A. Favre-Rochex, note sous Cass. 1<sup>re</sup> civ., 17 novembre 1998, RGDA 1999, p. 180.*
33. *FFSA, Le Livre blanc de l'assurance responsabilité civile, 12 septembre 2000, n°3.1.1.1.*
34. *Et le droit des entreprises d'assurances.*
35. *Voir H. Groutel, De la difficulté d'élaborer une règle de droit (à propos de la garantie dans le temps en assurance de responsabilité), Mélanges J-L. Aubert, Dalloz 2005 p.161.*

# LA RÉPONSE PUBLIQUE À LA DEMANDE CROISSANTE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

*Marie-Ève Joël*

*Professeur, LEGOS université Paris-Dauphine*

*La demande de soins de longue durée est croissante en raison de l'allongement de la durée de la vie, des nouveaux modes de vie des familles, du désir d'autonomie croissant des personnes âgées et, enfin, du travail des femmes qui conduit à faire faire plutôt qu'à donner certains soins aux personnes âgées dépendantes. La sensibilité de l'opinion publique et des hommes politiques français et européens à cette question s'est accentuée dans les dernières années.*

*Dans une perspective rationnelle, on imaginerait pouvoir définir, clairement et de façon univoque, ce qu'est la dépendance, dénombrer la population dépendante, estimer ses besoins et les coûts corrélatifs et, à partir de là, construire des scénarios pour les années à venir. Ces ambitions sont loin d'être atteintes dans la pratique.*

**L**a question de la définition de la dépendance est certainement le point où la réflexion a le plus avancé. Les instances européennes ont largement contribué dans les vingt dernières années au débat sur la définition de la dépendance à partir des incapacités, dans la ligne des travaux initiés par l'OMS. La définition adoptée, en 1998, par le Conseil de l'Europe peut servir de référence : « La dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie. » La notion de « soin de longue durée » émerge de toutes ces analyses pour désigner l'aide apportée aux personnes dépendantes dans sa globalité (médicale et sociale). Elle met en évidence la différence avec le soin aigu, la durée de la prise en charge et toute sa complexité (en termes logistiques et en termes de mesure de l'efficience). La réflexion sur les causes de la dépendance progresse et les études sur les pathologies longues et invalidantes (en particulier la maladie

d'Alzheimer) se développent. De même, le lien entre la dépendance et les conditions de travail commence à être étudié.

La question du dénombrement est plus délicate. Les estimations nationales sont imprécises dans de nombreux pays et les comparaisons internationales délicates. Les dépendances d'origine psychique sont sous-estimées. Les données statistiques sont d'autant plus fiables que l'offre de soins de longue durée est rationalisée (5<sup>e</sup> risque par exemple) ou que le système de protection sociale est centré sur l'individu, la dépendance étant considérée comme l'un des risques individuels les plus graves. Ces dénombrements ont pris la forme de grandes enquêtes longitudinales ou d'études qualitatives plus ponctuelles. Leur conséquence immédiate est la prise de conscience du poids des troubles psychiques chez les personnes âgées. Mais, il faut noter aussi que la situation des femmes qui aident un parent âgé est mieux connue, qu'il s'agisse du temps d'aide, de l'arbitrage travail/loisirs, du fardeau et de l'état de santé.

L'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes reste un point problématique. La demande individuelle du sujet dépendant est contingente à son degré d'information (qui est souvent limité), à la rareté des services, à l'état psychique du sujet. La faible représentation des personnes âgées est un obstacle à une expression collective des besoins. Le plus souvent les besoins sont évalués par les professionnels en utilisant des grilles, en procédant à des évaluations cliniques ou en s'appuyant sur des procédures administratives à partir de dossiers. Le repérage des besoins est l'occasion pour les professionnels de construire leurs normes de prise en charge. Le politique, de son côté, produit une appréciation sociétale des besoins à l'occasion des débats publics. Il définit une norme sociale de prise en charge des personnes dépendantes qui est une manière de définir leurs besoins, la contrainte économique étant donnée. C'est le panier de services, défini dans le cadre d'un débat politique, qui fait office de liste des besoins.

Dès lors, les scénarios que l'on peut construire sont inévitablement simples<sup>1</sup>. Ils consistent à faire vieillir les différentes classes d'âge, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire sans toucher au dispositif actuel de soins (au domicile et en hébergement). En se donnant des hypothèses sur l'évolution du prix des services et sur le taux de croissance, il est possible de construire des taux de dépendance pour les années à venir (annexe 1) et des projections des dépenses de soins de longue durée, appelées à doubler d'ici 2050 (voir tableau ci-dessous). Dans tous les modèles, la croissance des soins de longue durée ne dépend pas principalement du vieillissement de la population et du changement dans la structure des âges, mais des autres variables qui sont introduites dans les modèles. Les projections distinguent généralement deux types d'aides : l'aide informelle financée sur fonds privés et l'aide formelle financée sur fonds publics.

La part des dépenses de soins de longue durée (dans le scénario central de Comas Herrera) double dans chacun des quatre pays, le nombre des bénéficiaires également, ainsi que les dépenses de soins de longue durée, si le coût réel des soins demeure constant.

| Dépenses de soins de longue durée<br>en % du PIB en 2050 |      |
|--|------|
| Allemagne  | 3,32 |
| Espagne  | 1,62 |
| Italie   | 2,36 |
| Royaume-Uni  | 2,89 |

(Source Étude Comas-Herrera)

Ces projections sont sensibles aux hypothèses démographiques ; selon les variantes, la part des dépenses de soins de longue durée dans le PIB peut osciller de 0,5 à 1 %. Les projections sont aussi sensibles aux variations des taux de prévalence de la dépendance. Si, pour chaque année d'espérance de vie gagnée, la dépendance survient avec un retard de six mois ou d'une année, le coût des soins de longue durée connaîtra de sérieuses réductions (plus de la moitié dans le cas d'un retard d'une année). Deux points restent très incertains dans ces projections : les variations de l'offre de soins informels et l'homogénéisation de la consommation de soins de longue durée. La régression de l'offre de soins informels peut avoir des conséquences financières tout à fait considérables. Par ailleurs, si toutes les personnes âgées bénéficiaient du niveau moyen de soins professionnels de longue durée, cela aurait également un impact financier très important.

Comment, dans ces conditions, préjuger de la réponse publique à la demande croissante des soins de long terme en France ?

Actuellement, la réponse fournie par les pouvoirs publics est une réponse principalement financière, par l'intermédiaire de l'allocation pour l'autonomie (APA), après une longue période d'hésitation qui a vu successivement la prestation expérimentale dépendance (PED) et la prestation spécifique dépendance (PSD). Le résultat est une solvabilisation partielle des personnes âgées dépendantes qui correspond approximativement

à deux heures d'aide par jour à domicile. Cela ne permet pas le maintien à domicile de personnes gravement dépendantes qui, dès lors que leurs moyens sont insuffisants, n'ont plus d'autre recours que d'aller en établissement et de bénéficier alors de l'aide sociale. Les montants offerts par l'APA sont inférieurs à ceux de l'assurance dépendance allemande. La réponse publique inclut également la production directe de soins de long terme (maisons de retraite publiques souvent annexées à un hôpital ou services d'aide à domicile gérés par les collectivités locales). Au Royaume-Uni et dans les pays nordiques, cette production directe de soins de long terme par les collectivités locales est en régression. Enfin, la tutelle produit de la norme et a une fonction de contrôle sur une partie des producteurs de soins de long terme, c'est-à-dire principalement ceux qui accueillent des populations qui bénéficient de l'aide sociale.

La question qui se pose est de savoir si, face à la pression de la demande, on va observer une montée en charge forte des pouvoirs publics ou si, au contraire, le marché prendra une part plus importante dans la réponse à la demande, comme le craint le secteur associatif. Dans l'ensemble, les pays du milieu de l'Europe (Allemagne, Autriche, Luxembourg) ont choisi l'option publique par la création d'une assurance dépendance publique. Cette solution a souvent été évoquée en France, sous l'appellation de 5° risque.

Cette montée en charge des pouvoirs publics dans la réponse à la dépendance qui, à terme, correspond à une dépense de l'ordre de 3 % du PIB n'est pas le fait d'une générosité sociale particulière mais traduit un consensus politique, un consentement à payer pour la dépendance dans les formes proposées par les gouvernements. Ce consensus est particulièrement difficile à trouver en France en raison d'un déficit de débat démocratique sur ces sujets. La non-représentation des personnes âgées dépendantes et, en particulier, des

patients atteints de démences de type Alzheimer et de leurs familles est marquante.

L'importance des financements requis n'est pas en soi un problème dès lors que l'opinion publique s'accorde à financer la dépendance. D'autres pays européens dépensent actuellement 2,7 % du PIB pour les soins de long terme, sans que cela ait généré des problèmes macroéconomiques majeurs, ce qui n'exclut pas un certain nombre d'arbitrages en faveur de la population dépendante.

Toutefois, la tendance européenne actuelle est plutôt celle d'une stabilisation, en l'état, des dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le parc de places en hébergement est maintenu en l'état et sa croissance est limitée. La montée en charge se fait principalement à domicile par un recours aux soins de long terme privés, que ceux-ci soient produits par la famille ou des bénévoles, ou achetés au secteur privé par les personnes âgées ou leurs familles lorsqu'elles en ont les moyens. Cette tendance est confortée par la situation dans les pays de l'Est. En effet, le chômage croissant des femmes dans les pays de l'Est encourage les gouvernements de ces pays à laisser la charge des soins de long terme aux familles, sans accroître l'offre publique de soins de long terme.

Il reste que les populations qui sont dans la plus grande difficulté sont celles qui sont atteintes de troubles psychiques et de maladies du type Alzheimer. Ces populations sont très fragilisées et leurs aidants familiaux se trouvent souvent enfermés dans une relation d'aide extrêmement lourde. À moyen terme, il paraît improbable que les pouvoirs publics n'exercent pas une fonction de protection de ces populations, soit par des prestations directes, soit par un encadrement des prestations produites par des acteurs privés, quitte à être moins actifs auprès des populations âgées souffrant de troubles exclusivement physiques.

Annexe 1

Taux de dépendance pour les années à venir exprimés en %

Nombre de personnes de plus de 65 ans/nombre de personnes de 20 à 64 ans

|                            | <b>1960</b>      | <b>2000</b> | <b>2040</b> |
|----------------------------|------------------|-------------|-------------|
| <b>Allemagne</b>           | non significatif | 26,4        | 54,5        |
| <b>Autriche</b>            | 21,1             | 25,1        | 59,0        |
| <b>Belgique</b>            | 20,4             | 28,2        | 51,2        |
| <b>Danemark</b>            | 19,0             | 24,1        | 44,4        |
| <b>Espagne</b>             | 14,5             | 27,2        | 55,7        |
| <b>Finlande</b>            | 13,4             | 24,6        | 49,8        |
| <b>France</b>              | 20,8             | 27,5        | 50,0        |
| <b>Grèce</b>               | 14,0             | 28,3        | 57,9        |
| <b>Hongrie</b>             | 15,5             | 24,5        | 38,4        |
| <b>Irlande</b>             | 22,4             | 19,2        | 37,7        |
| <b>Italie</b>              | 15,9             | 29,1        | 63,9        |
| <b>Luxembourg</b>          | 17,6             | 23,0        | 36,9        |
| <b>Pays-Bas</b>            | 16,9             | 21,9        | 48,1        |
| <b>Pologne</b>             | 11,1             | 20,3        | 41,1        |
| <b>Portugal</b>            | 14,5             | 26,7        | 46,3        |
| <b>République slovaque</b> | 12,8             | 18,8        | 39,4        |
| <b>République tchèque</b>  | 15,2             | 21,9        | 47,8        |
| <b>Royaume-Uni</b>         | 20,1             | 26,9        | 46,3        |
| <b>Suède</b>               | 20,2             | 29,5        | 46,7        |
| <b>OCDE</b>                | 15,9             | 22,7        | 46,0        |

(Source : OCDE - Politiques de soins de longue durée pour les personnes âgées)

Note

1. Voir par exemple les scénarios de l'OCDE (*Estimating expenditure on long term care, OECD, Technical Papers (2005)*) ou de Comas Herrera (A. Comas-Herrera et R. Wittenberg : *European study of long-term care expenditure, rapport à l'intention de la Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales, code VS/2001/0272, document de discussion PSSRU 1840, février 2003*).

# LES RÉASSUREURS ET LES RISQUES ÉMERGENTS

*Pierre-Denis Champvillard*

*Consultant et enseignant au DESS 218*

*Tant par leur activité internationale (notamment aux USA) que par leur contribution au règlement des grands sinistres individuels et sériels, les réassureurs ont toujours été particulièrement concernés par l'émergence de « nouveaux » risques. Au cours des vingt dernières années, l'action des assureurs et des réassureurs a surtout consisté à essayer de faire payer ces sinistres par l'autre partie des contrats de réassurance passés entre eux. Aujourd'hui, il faudrait que ces deux secteurs recherchent une collaboration active pour l'analyse et la prévention de ces risques et mettent en place des solutions communes à long terme concernant les techniques d'indemnisation et le partage des coûts entre les différents acteurs.*

---

## Les risques émergents

---

**P**our le réassureur, comme pour l'assureur, le risque nouveau ou émergent peut se définir comme celui qui se réalise alors qu'il n'avait été nullement (ou très insuffisamment) envisagé au moment de la souscription et, donc, qu'il n'avait pas donné lieu à une cotisation explicite, voire même implicite.

Généralement, ce sont des sinistres liés à l'évolution technique, économique, sociologique ou comportementale dont les conséquences sont aggravées par la « mondialisation » : information facilitée et accélérée, dépendance internationale, concentration de certaines activités en des oligopoles et même des quasi-monopoles mondiaux, déplacements et regroupements des populations et des marchandises, fréquence accrue des voyages, haute technologie à fort impact médical ou environnemental notamment.

Ces changements de différentes natures font que des situations qui étaient *de facto* « tolérées » – comme par exemple la silicose pour les mineurs de

charbon ou la discrimination à l'embauche – deviennent totalement inacceptables. De même, on doit constater le recul de la responsabilité avec faute prouvée au profit de l'indemnisation systématique des victimes (même asymptomatiques) avec application de la pratique de la « *deep pocket* ». De plus, les produits doivent être totalement sûrs et leur emploi ne causer aucun dommage, bien au-delà de la meilleure connaissance de la science au moment de leur fabrication qui était une limitation acceptée encore récemment. Et, comme nous avons encore pu le voir dans des exemples récents de spéléologues perdus dans des grottes souterraines ou de personnes malades en phase terminale maintenues artificiellement en vie, aucun effort ou dépense ne peut être épargné pour préserver la vie humaine.

Ces développements, *a priori* positifs et louables, posent un certain nombre de problèmes, comme par exemple l'aversion au risque de notre société et de sa population ou – plus important pour notre propos ici – ceux de l'observation, de la prévention et de la tarification de ces sinistres par les assureurs et les réassureurs.

---

## Les réassureurs en première ligne

---

**A**cteurs dans la plupart des pays, les réassureurs ont pu suivre le développement de ces nouveaux risques à travers le monde, plus particulièrement aux États-Unis. En effet, les avocats américains, professionnels très fortement représentés dans la population et dans les instances politiques, jouissant de conditions très favorables comme les honoraires conditionnels et la libre publicité, ont facilité l'émergence de nouveaux risques comme, par exemple, les mousses toxiques dans les habitations (d'où le dicton : « *mold is gold !* ») ou, plus généralement, le « *sick building syndrome* » qui couvre aussi les dommages matériels et corporels résultant par exemple du plomb, de la poussière, des colles et solvants ou de la légionellose.

En même temps, le niveau des indemnités (dont moins de 50 % revient aux victimes) croît à une vitesse phénoménale : entre 1994 et 2000, le coût moyen des sinistres en responsabilité civile a triplé (passant de 0,4 million à 1,2 million de dollars) ceux de la branche RC produit évoluant de 1,7 million à 6,8 millions de dollars sur cette même période... Un rythme insoutenable à long terme qui explique les quelques tentatives avortées du pouvoir politique pour en contrôler la croissance.

Globalement, le montant des indemnités en responsabilité civile a représenté 0,6 % du PNB américain en 1950, 1,2 % en 1970 et 2,3 % en 2003, suivant une courbe de plus en plus pentue. Pour les principaux pays de l'Union européenne, le chiffre est inférieur ou égal à 1 %, ce qui laisse de la marge pour l'apparition de nouveaux risques...

De façon générale, les réassureurs sont particulièrement concernés (même au sens anglais de ce mot !) par ces développements car ils couvrent non seulement les sinistres unitaires élevés mais aussi parfois les cumuls de petits sinistres provenant de la même cause ou du même « évènement ». Des exemples récents comme la tragédie du World Trade Center ou les conséquences du réchauffement de la planète leur ont montré que les cumuls interbranches et inter-pays

vont certainement devenir plus fréquents, ce qui limite leur capacité de souscription. De plus, les opérations de réassurance, sur une longue période, dégagent des marges limitées qui ne couvrent pas les situations inattendues, donc non prises en compte dans les tarifs. Et, à partir de portefeuilles étroits et instables, la mutualisation n'est pas facile pour eux, leur clientèle étant de plus en plus changeante.

---

## La relation entre assureurs et réassureurs

---

**C**ette relation n'a pas été toujours facile ; en raison des contraintes économiques propres à chacune des deux parties, l'apparition de ces nouveaux risques, et donc des déficits techniques qu'ils engendrent, a périodiquement donné lieu à de sérieuses disputes, avec l'espoir de « faire payer l'autre », avec aussi la multiplication des arbitrages et recours judiciaires, des refus de payer et des demandes d'exclusion. On peut penser que, au contraire, une meilleure compréhension réciproque et une collaboration plus étroite permettraient au secteur de faire face à ces développements et leurs excès.

Quatre pistes peuvent être citées ici :

- Le partage des connaissances respectives des deux parties, la mise en place de cellules et d'instruments de veille permettraient un système d'alerte plus précoce et renforcé. Ainsi, les risques liés à l'asbestose, à partir de l'expérience américaine, auraient-ils été appréhendés beaucoup plus tôt dans nos pays. Déjà, on a constaté que, à partir d'un bon dialogue, le problème des mousses toxiques a pu, d'une part, être quasiment résolu aux USA où la sinistralité annuelle est repassée sous la barre des 50 millions de dollars et, d'autre part, être enrayer en Europe grâce à une coopération active entre assureurs et réassureurs.

- Les réassureurs peuvent offrir aux assureurs des couvertures adaptées leur permettant de financer efficacement les conséquences financières de l'apparition

de ces nouveaux risques. Au moment où les règles comptables évoluent au détriment des provisions d'équilibrage et de fluctuation, la réassurance offre une solution performante de remplacement.

- Des techniques plus adaptées, comme l'indemnisation directe et la barémisation des indemnités, plutôt que le recours à la responsabilité civile ou professionnelle, permettraient un meilleur contrôle du coût des risques nouveaux, bien mieux que les exclusions et les limitations qui, elles, peuvent être réfutées par les tribunaux. Là aussi, une étroite collaboration est requise pour réussir.

- Face à la difficulté permanente de définition de « l'évènement », notion sur laquelle repose actuellement la réassurance non proportionnelle, il conviendrait d'appliquer dans les branches de responsabilité, qui

sont les plus concernées par ces phénomènes, une distinction beaucoup plus claire entre le sinistre unitaire et la catastrophe, cette dernière provenant du cumul d'un grand nombre de sinistres issus de la même cause. Des progrès ont déjà été réalisés sur ce point technique mais il faut aller plus loin.

Le sujet est d'importance et il est urgent que le secteur se mobilise pour expliquer les difficultés que ces nouveaux risques lui causent, qu'il mette en place des systèmes de veille et d'analyse, puis, à partir d'une collaboration efficace entre tous les acteurs, assureurs ou réassureurs, propose des solutions, même limitées. À défaut, les réactions des populations contraindront les autorités à une intervention de plus en plus fréquente et profonde, avec une remise en cause générale de l'utilité et de la fonction de l'assurance dite privée à laquelle nous sommes tous très attachés.

# LA RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE ET LA RÉPONSE DE LA PROFESSION

*Jean-Claude Chollet*

*Président de la Commission Plénière*

*des Assurances de Biens et de Responsabilité de la FFSA*

*À la rentrée de septembre 2002, rappelons nous, la presse titrait : « La RC médicale en crise », « Les assureurs boudent les cliniques », « Les patients piégés entre assureurs et médecins »... Effectivement :*

*- la société américaine ACE venait d'annoncer son retrait du marché après Gerling et St Paul, qui elles-mêmes avaient remplacé peu à peu à partir de 1998 les grands assureurs français, abandonnant le marché à quatre assureurs spécialistes... dont l'un cherchait un partenaire pour consolider son activité à terme ;*

*- les réassureurs étaient dans l'expectative ;*

*- un quart des 3 000 cliniques se retrouvaient potentiellement sans assurance ;*

*- plusieurs centaines de praticiens, obstétriciens, anesthésistes et chirurgiens, étaient eux aussi dans la même situation ;*

*- une obligation d'assurance venait d'être imposée aux professionnels, établissements (l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris – soit 39 établissements, 25 000 lits – s'auto-assurait jusqu'alors), et laboratoires ;*

*- et, en corollaire, tous les assureurs ayant un agrément RC (sans forcément disposer de compétences spécifiques en RC médicale) étaient soumis à l'obligation d'assurer, avec intervention éventuelle d'un Bureau central de tarification (BCT).*

*Comment avait-on pu en arriver là ?*

---

## Chronique d'une crise annoncée

---

### ■ Les activités médicales : risques ou défis nouveaux ?

**C'**est vrai que les techniques nouvelles, exploratoires ou opératoires, ont permis peu à peu aux médecins spécialistes de prendre en charge des situations de

plus en plus délicates qui auraient été fatales auparavant et, ainsi, de déplacer – au regard du bénéfice attendu – le curseur sur l'échelle du risque pris ; c'est vrai aussi pour les généralistes qui ont prescrit des thérapeutiques médicamenteuses de plus en plus efficaces, mais également à risque iatrogène accru. Cela étant, l'un dans l'autre, il n'y a pas eu là à proprement parler de nouveaux risques.

Par contre, on peut, sans aucun doute, qualifier de « nouveaux » les risques sériels liés à la mise sur le marché de nouveaux appareillages ou de nouvelles molécules dont la diffusion (et l'utilisation) est devenue,

concurrence oblige, à la fois plus rapide et plus large, générant alors un nombre plus important de victimes avant que l'éventuel problème puisse être détecté et résolu.

Ont de même été nouveaux pour les activités médicales – qui n'ont jamais été sans risque – les défis que représentent à la fois le développement de l'aversion de notre société aux risques et la tendance permanente du système judiciaire à réinterpréter la notion de responsabilité au profit de l'indemnisation :

- le développement de l'aversion aux risques qui a eu pour corollaire une tendance de plus en plus systématique à rechercher un responsable pour tout préjudice subi et à légitimer un « droit à indemnisation » ;

- la tendance du système judiciaire à réinterpréter la notion de responsabilité au profit de l'indemnisation pour rechercher, autant que faire se peut, la solvabilité nécessaire à l'attribution d'indemnités pas forcément corrélées au plan économique tant aux besoins des victimes qu'aux engagements de l'assureur.

## ■ De l'obligation de moyens à l'obligation de résultat : le marché de la RC médicale bousculé

Accompagnant ces transformations du milieu et de l'environnement dans lesquels se développaient des activités médicales, la jurisprudence évoluait progressivement et irréversiblement :

- en 1936, l'arrêt Mercier après des années de « flou » juridique avait créé l'obligation de moyens pour les médecins et la preuve de la faute revenait au malade en s'appuyant sur cette obligation ;

- puis, à partir de 1951, le malade n'a plus eu à prouver que le fait qu'il n'avait pas été bien informé ;

- en 1990, la jurisprudence frappait un coup, important *a posteriori* : premièrement, en rendant inopérant pour les assureurs tout accord contractuel s'appuyant sur un critère d'application de la garantie dans le temps autre que « le fait à l'origine du dommage »... alors que le marché RC commençait à s'essayer à la base réclamation plus facilement maîtrisable ; deuxièmement, en reconnaissant la responsabilité sans faute en cas d'utilisation de thérapeutiques non entièrement maîtrisées ;

- enfin entre 1995 et 1998, la jurisprudence finissait par introduire l'obligation de résultat, d'abord avec l'affaire du sang contaminé, puis avec la présomption de responsabilité pour les infections nosocomiales (dans un premier temps) et pour les dommages causés par les matériels (dans un second temps). De plus, en 1997, elle inversait la charge de la preuve relative à la mauvaise information du malade : c'était au médecin de prouver qu'il avait bien informé.

Parallèlement, les assureurs, qui, d'un côté, suivaient avec appréhension l'évolution de cette jurisprudence et des indemnisations, et de l'autre étaient soumis à la pression de courtiers qui avaient constitué avec certains syndicats professionnels des groupements de praticiens spécialistes (gynécologues, anesthésistes...), segmentaient leurs tarifs entre praticiens – à des niveaux faibles pour les généralistes (# 200 €/an), et à des niveaux de *dumping* pour les spécialistes (par exemple # 3 000 € pour un obstétricien).

C'est dans ces conditions que, à partir de 1998, les grands groupes généralistes incapables de rentabiliser leur activité RC médicale ont peu à peu résilié les groupements de spécialistes, notamment au profit de nouveaux entrants américains.

## ■ L'arrêt Perruche et la loi Kouchner : la contraction du marché

La confirmation par la Cour de cassation de l'arrêt Perruche qui accordait une indemnisation à un adolescent, né gravement handicapé des suites d'une maladie qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la grossesse de sa mère (mise en cause du médecin qui avait analysé l'échographie... alors que l'erreur manifeste de lecture n'était évidemment pas la source de la maladie qui avait provoqué le handicap... à l'origine de la demande d'indemnisation de l'adolescent) ;

Puis le projet de loi Kouchner sur les droits des malades qui, tout en répondant à la question de l'encadrement de la responsabilité pour faute, ne réglait pas celle de l'étendue de la garantie dans le temps, rendait *a priori* responsable les établissements – pas les médecins – des conséquences de toutes les infections

nosocomiales (sauf cause étrangère) et enfin imposait enfin les obligations d'assurance et d'assurer ;

Ces deux faits entraînaient fin 2001 une première flambée des tarifs et la sortie du marché d'une première vague d'assureurs.

Le vote de la loi en mars 2002 aboutissait quelques mois après à la situation rappelée en introduction et à la prise de conscience par les pouvoirs publics du caractère d'urgence de la situation, au moment même où ils discutaient avec les syndicats de médecins libéraux d'un nouveau dispositif conventionnel.

## ■ La mobilisation pour recréer les conditions d'un marché efficient

La loi About et le GTAM

Face à cette situation « d'urgence », assureurs et pouvoirs publics se sont réunis fin septembre/début octobre 2002 pour :

- d'une part, modifier la loi Kouchner dans le sens d'une meilleure prise en compte des préoccupations des assureurs ; c'est la loi About qui limite dans le temps la durée des garanties, partage les coûts des infections nosocomiales entre l'État et les assureurs et impose pour le marché RC médicale le mécanisme contractuel de la base réclamation ;

- d'autre part, faire en sorte opérationnellement qu'aucun médecin libéral, aucune clinique ne soient sans couverture en assurance de RC médicale au 1<sup>er</sup> Janvier 2003 : c'est le *pool* de coassurance GTAM (Groupement temporaire d'assurance médicale) qui a été l'instrument de cet engagement.

Créé fin novembre 2002 pour un an entre dix-sept sociétés d'assurances et trois de réassurance, destiné par ailleurs à fonctionner de façon subsidiaire et non pas concurrentielle par rapport au marché, le GTAM a permis début 2003 de garantir les praticiens, établissements et laboratoires qui n'étaient pas parvenus à obtenir auprès des sociétés du marché les garanties d'assurance dont ils avaient besoin.

Malgré l'absence du BCT (Bureau central de tarification) prévu par la loi, mais dont la présence aurait certainement compliqué les opérations de souscription, le démarrage du GTAM a été difficile, les syndicats professionnels refusant dans un premier temps la « hausse pharaonique » des tarifs proposés aux 3 000 praticiens et 280 établissements qui avaient immédiatement soumis leurs risques et dès lors bénéficiaient automatiquement d'une couverture temporaire de trois mois en attendant le traitement de leurs dossiers.

Après « ajustement » des tarifs, décision de prise en charge partielle des cotisations d'assurance par la Caisse nationale d'assurance maladie et possibilité donnée aux assurés de résilier leurs contrats au 1<sup>er</sup> juillet, s'ils trouvaient mieux c'est finalement 4 000 dossiers de praticiens spécialistes (sur 10 000 au total) et 600 dossiers d'établissements que le GTAM a étudiés en un mois, pour au final en souscrire respectivement 1 000 et 450.

## ■ Le marché en 2003

En pratique, le marché sauvé ainsi *in extremis* ne s'est pas dégelé : au 1<sup>er</sup> juillet, le GTAM n'avait recueilli qu'une quinzaine de demandes de résiliation... et 400 souscriptions nouvelles. Et si les professionnels pouvaient considérer que, avec le BCT créé mi-2003, le problème de l'offre était réglé, celui du prix était toujours à l'ordre du jour, un peu exacerbé par l'activité d'une société irlandaise créée par un courtier français, fonctionnant en LPS et qui avait recueilli environ 3 500 souscriptions à des tarifs très inférieurs à ceux du marché français, du fait de son interprétation de la loi About.

Pour éviter une nouvelle crise, les assureurs et les pouvoirs publics ont alors, courant 2003, envisagé différents scénarios visant soit à supprimer la segmentation par profession observée dans les sociétés d'assurances, soit à transférer le financement de tout ou partie du coût de la RC à la solidarité nationale selon différentes voies :

- prise en charge par l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) des sinistres excédant 500 000 € ;

- mise en place d'un forfait hospitalier spécifique au risque médical ;
- financement par un abondement de l'assurance maladie ;
- création d'une garantie obligatoire des accidents médicaux souscrite par les familles.

Après expertise de ces différents scénarios par une mission d'inspection mise en place par les Pouvoirs Publics, ces derniers ont finalement décidé de laisser opérer le marché en essayant de limiter au maximum les interventions du BCT (qui a retenu comme tarifs de référence ceux du GTAM).

Les assureurs ont alors de leur côté fermé le GTAM et créé un *pool* de réassurance (GTREM) pour, à la fois, aider les acteurs actifs du marché à souscrire les anciens risques GTAM et réassurer ceux qui se voyaient imposer des risques par le BCT, en somme, pour permettre une transition en douceur vers un marché classique.

## ■ La situation actuelle du marché et ses perspectives

La situation du marché a un peu évolué en 2004 notamment dans le sens d'un élargissement de l'offre pour les établissements, mais reste toujours tendue pour les praticiens spécialistes. Et le renouvellement 2005 s'annonce délicat dans la mesure où la société irlandaise qui assure aujourd'hui en LPS près de la moitié des praticiens spécialistes français est mise en demeure d'arrêter son activité... Subsistent donc des points de fragilité pour une restauration relativement rapide d'un marché efficient, surtout qu'un certain nombre d'assureurs attendent aujourd'hui confirmation que les mesures prises redonnent bien capacité de pilotage et meilleure prévisibilité à une activité tout de même chahutée par les effets divers des nouveaux dispositifs des lois Kouchner et About.

On peut néanmoins tirer quelques conclusions intermédiaires sur les responsabilités et limites de l'assurance face au risque médical.

La première conclusion, est que, comme pour tous

les autres risques, la mission de l'assureur RC est d'organiser une mutualité de risque et de gérer au sein de cette mutualité l'équilibre entre les cotisations et les sinistres. Sa responsabilité est de l'organiser au mieux, en évitant les dérives et en faisant de la prévention ; elle est aussi de gérer efficacement de manière à garantir le paiement des indemnités... souvent longtemps après l'encaissement des cotisations en matière de RC ; les limites de son intervention ont tenu dans le cas de la R.C. Médicale :

- au marché qui a poussé les assureurs à segmenter de plus en plus finement sur des risques de plus en plus homogènes ; les assurés l'ont demandé pour leurs cotisations surtout que d'un côté, 200 000 généralistes présentent peu de risques, alors que, de l'autre 4 000 obstétriciens en présentent beaucoup. Le courtage et les syndicats professionnels de médecins l'ont eux-mêmes pratiqué dans le cas de la RC médicale et y ont poussé les assureurs ;

- à la jurisprudence qui à la fois a généré une dérive des indemnités, dérive d'autant plus grave que ces indemnités surviennent longtemps après la collecte des cotisations censées les couvrir, et même a empêché tout début de tentative pour mieux maîtriser l'équilibre en ne permettant pas aux assureurs d'utiliser la technique contractuelle adéquate ;
- enfin, à l'incapacité des assureurs, pour maintenir l'équilibre avec les indemnités, d'ajuster les cotisations malheureusement à la hausse, dans un contexte sociétal naturellement hostile à une telle disposition.

La seconde conclusion est que l'assureur ne fait que traduire dans son activité, les décisions de la société dont il est un **membre** :

- sa responsabilité est de prévenir et de fournir toutes les informations dont il dispose pour aider la société à décider ;

- la limite de son intervention est qu'il dispose de capacités de couverture finies et à rémunérer qui l'obligent toujours à choisir et éventuellement limiter ses engagements compte tenu des exigences de ceux auprès desquels il a appelé ces capacités.

# L'EXPLOSION DE L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE LIÉE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ

*Mathias Matallah*

*Président, Jalma*

*Au train où vont les choses, la responsabilité civile (RC) est en passe de devenir l'une des premières activités humaines. Aux États-Unis, le coût des sinistres RC par habitant, ajusté de l'inflation, a presque décuplé entre 1950 et 2003, passant de 91 à 845 dollars, ce qui représente désormais plus de 2 % du PIB de la première puissance mondiale. En France, les chiffres apparents sont plus modestes, notamment du fait de l'absence de législation sur les « class actions », mais on serait déjà autour de 1 %. Dans la mesure où nombre de sinistres, notamment ceux liés à l'amiante ou au tabagisme, sont in fine pris en charge par la collectivité, au travers notamment des régimes de Sécurité sociale, les chiffres réels ne devraient pas être très éloignés de ceux d'outre-Atlantique. Va-t-on assister dans les prochaines années à une accélération ou, au contraire, à une accalmie de ce phénomène inquiétant à plus d'un titre ?*

**P**our comprendre ce qui va suivre, il importe déjà de bien comprendre ce que recouvre la notion de responsabilité civile. La responsabilité au sens large se décompose en deux catégories majeures : la responsabilité pénale, d'ordre public, issue de la transgression des lois et règlements, et la responsabilité civile, permettant de déterminer dans quelles conditions la victime d'un dommage causé par un tiers peut en demander réparation.

L'engagement de la RC est logiquement conditionné par la preuve d'une faute commise par le responsable du dommage. Or, c'est là que le bât blesse. Des arrêts célèbres dans le domaine de la RC médicale ont fait émerger une nouvelle notion, celle de responsabilité sans faute (liée à l'aléa thérapeutique) donnant, elle aussi, droit à indemnisation. Dans l'affaire du sang contaminé, les juges ont ainsi conclu à la responsabilité des

centres de transfusion impliqués dans la transmission du virus du sida dans des cas où ils ne pouvaient pourtant pas détecter le virus.

Plus près de nous, l'arrêt Perruche rendu par la Cour de cassation en 2000 a condamné un médecin et un laboratoire d'analyses biologiques pour une erreur de diagnostic ayant dissuadé Madame Perruche de recourir à une IVG, alors qu'elle avait contracté la rubéole, donnant ainsi naissance à un enfant gravement handicapé. Au-delà de l'instauration de fait d'une obligation de résultat pour le corps médical, cet arrêt introduisait la possibilité pour une personne handicapée à la naissance d'être indemnisée sur la base d'un préjudice personnel. Il a été considéré comme révolutionnaire par les assureurs et le corps médical qui ont réussi, à l'issue d'un intense lobbying conjoint, à en faire atténuer les conséquences par un dispositif législatif ultérieur, dit

« anti-Perruche ». Ce caractère révolutionnaire doit en réalité être nuancé au regard de la jurisprudence américaine, encore beaucoup plus extrême.

Le tohu-bohu déclenché par l'arrêt Perruche traduit le contraste entre deux thèses radicalement opposées. Pour les médecins, soutenus en cela par les assureurs, pas question d'accepter la moindre obligation de résultat, la notion de faute elle-même étant contestée dans son principe. Pour les juges et le public, le débat est trop complexe, la faute souvent trop difficile à établir et, au bout du compte, l'essentiel est que la victime soit correctement indemnisée.

Qui a raison ? La position des juges s'inscrit dans un mouvement de civilisation marqué par la primauté de l'information et la recherche du risque zéro. Sur le premier point, la possibilité pour un patient d'avoir accès directement à son dossier médical sans passer par son médecin depuis la loi Kouchner est l'une des évolutions marquantes de ces dernières années. Auparavant, les établissements de santé ne pouvaient communiquer le contenu du dossier médical de leurs patients que par l'intermédiaire d'un médecin. La loi Kouchner a non seulement rendu l'accès possible dans tous les cas, y compris en médecine ambulatoire, mais elle permet également à chacun de consulter directement son dossier médical sans passer obligatoirement par un praticien. C'est la fin d'un tabou, d'une époque, où le dossier médical était exclusivement considéré comme un outil de travail des professionnels de santé, les malades étant, quant à eux, maintenus dans une ignorance infantilisante, pour leur plus grand bien évidemment.

L'obligation d'information des médecins est également un changement en profondeur. Le patient doit désormais être tenu informé de l'utilité, de l'urgence et des risques concernant les traitements qui lui sont proposés. Aucun acte médical ne peut plus désormais être pratiqué sans le « consentement libre et éclairé de la personne ». Cette mesure, logique sur le fond, est difficile à mettre en œuvre et peut à la marge poser de graves problèmes d'éthique médicale.

*Quid* en effet du cas de la personne en danger de mort qui refuse un traitement pour des motifs religieux ou autres ? Le cas s'est produit récemment et l'intéressée, témoin de Jéhovah, a porté plainte contre l'équipe médicale qui l'avait transfusée en s'abritant derrière la loi Kouchner.

Au-delà de ces conséquences marginales et très médiatisées, l'accès au dossier médical et le libre-arbitre retrouvé du patient vont très profondément modifier à moyen terme les comportements en matière de santé. L'exigence d'information va aller croissante et les patients n'hésiteront plus à critiquer les plans de traitement et à les comparer entre eux. Le double avis médical et chirurgical, qui en est encore à ses balbutiements, est promis à un bel avenir sous des formes encore à définir.

Le patient éclairé et acteur de sa propre santé ne s'arrêtera vraisemblablement pas en si bon chemin. Il exigera dans la foulée une information objective sur la qualité des établissements de soins et sur la compétence des professionnels de santé. Des secrets jalousement gardés jusqu'ici - comme les statistiques de réussite des équipes chirurgicales ou le nombre de patients atteints d'infections nosocomiales - deviendront dans un proche avenir des informations publiques, disponibles dans les revues et sur les sites Internet spécialisés. De grands magazines comme *Le Point* ont commencé, encore timidement, à aller dans cette direction.

Les conséquences de cette transparence nouvelle seront, à n'en pas douter, dévastatrices. Nombre d'hôpitaux et de cliniques incapables de se mettre au diapason seront rayés de la carte faute de malades. Les médecins qui ne pourront pas rassurer leurs patients avec des arguments tangibles se retrouveront inexorablement marginalisés. Les écarts entre les meilleurs et les plus mauvais, en termes de revenus et d'image sociale, qui sont déjà conséquents, deviendront abyssaux.

La recherche du risque zéro pose des problèmes d'une autre nature. Les citoyens malades assurés ne veulent plus entendre parler d'aléa. Il faut que ça marche, et sans problème, on paye pour ça et il n'y a pas à lambiner. L'aléa thérapeutique cher

aux médecins et aux assureurs n'a pas sa place dans une société marquée à ce point par le culte de l'obligation de résultat et de la neutralisation du risque. Les citoyens malades assurés sont d'autant moins enclins à être indulgents qu'ils ne sont pas idiots. Ils savent qu'on leur a menti sur l'amiante, dont on connaît en réalité les effets nocifs depuis des décennies. Ils savent qu'on a triché avec eux sur les effets du tabac, pour le plus grand profit de l'État qui perçoit 80 % du prix de chaque paquet de cigarettes vendu. Ils commencent à se rendre compte qu'on leur ment sur les maladies nosocomiales qui tuent chaque année trois fois plus de personnes que les accidents de la route et qui sont particulièrement concentrées sur des établissements-mouroirs qui auraient dû être fermés depuis longtemps. Ils découvrent petit à petit que l'aléa thérapeutique est vingt à trente fois supérieur chez certains chirurgiens que chez d'autres et que ça ne peut tout de même pas être uniquement la faute à pas de chance.

Ceux qui pensent que les dispositifs « anti-Perruche » et autres bidouillages techniques vont permettre de circonscrire le phénomène de montée en puissance de la RC médicale risquent donc d'en être pour leurs frais. À court et moyen terme, la sinistralité ne peut qu'augmenter. La législation elle-même va évoluer dans un sens de plus en plus favorable aux patients, ne fût-ce qu'en raison de l'asymétrie d'information qui les rend très dépendants de ceux qui les soignent. L'arrêt Perruche était sans doute excessif et le lobby médical a encore une fois réussi à écarter le danger en obtenant une législation sur mesure, mais il préfigure les décisions de l'avenir qui feront de la pratique médicale un exercice à encore plus haut risque qu'aujourd'hui.

Il n'est pas exclu que, dans un avenir pas si lointain, les patients ne se contentent plus de poursuivre leurs praticiens pour des affections dites iatrogènes et que le non-respect des références médicales constitue aussi un comportement fautif puni par les tribunaux. Les patients seront en effet fondés à attaquer dès lors qu'une

pratique non recommandée et à l'efficacité non reconnue aura eu pour eux des conséquences graves. Et ils auront toutes les chances d'obtenir réparation.

Cette évolution irait dans le sens de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en contraignant des professionnels jusqu'ici très rétifs à respecter partout où c'est possible des références médicales. Elle apporterait aux patients de meilleures garanties sur la qualité des soins reçus et permettrait sans doute d'éviter nombre d'accidents et de complications.

La formation continue des professionnels de santé devrait également être à l'avenir moins indigente qu'aujourd'hui. La loi du 13 août organise leur accréditation dans ses grands principes et ce point est incontestablement positif. À l'avenir, les assureurs eux-mêmes pourraient imposer des normes minimales et un régime dissuasif en cas de non-respect. C'est déjà le cas dans certains domaines comme l'implantologie dentaire où il est de plus en plus difficile de s'assurer sans apporter la preuve de la qualification correspondante.

Voilà pour les effets positifs. Les effets pervers seront malheureusement nombreux. Le personnel médical appliquera systématiquement le principe de prudence et multipliera les examens complémentaires de confort pour éviter d'engager sa responsabilité. Les faux positifs, c'est-à-dire les maladies détectées à tort, se multiplieront. Il en résultera une inflation des dépenses sans que le sort des malades ne soit réellement amélioré.

L'explosion du niveau de cotisations d'assurance conduira également, comme c'est le cas aux États-Unis, à une multiplication des actes inutiles. Un chirurgien opérera non plus seulement en fonction du besoin médical, mais aussi dans le but d'amortir ses charges d'assurance. Compte tenu des aléas thérapeutiques inévitables et des maladies nosocomiales, il en résultera un nombre significatif de décès précoces entièrement gratuits. Cela contribuera à faire encore monter les cotisations d'assurance, enclenchant ainsi inévitablement un cercle vicieux.

Comment peut-on éviter d'en arriver là ? Pas en légiférant comme pour l'arrêt Perruche car les politiques risqueraient de réaliser, à leurs dépens, que les patients sont plus nombreux à voter que les médecins. Plus sûrement en faisant preuve de pédagogie et en expliquant sans relâche que le risque zéro n'existe pas et que les médecins ne sont pas des magiciens. Seule une maturation du public permettra en effet d'éviter que les aspects juridiques ne finissent par jouer un rôle malsain et disproportionné.

Une plus grande responsabilisation des professionnels de santé sera également nécessaire pour éviter les dérives évoquées ci-dessus. Ils ont trop longtemps vécu dans le vase clos dans lequel ils sont enfermés depuis la création des ordres professionnels par Vichy. Le fait de devoir rendre compte à d'autres qu'à leurs pairs sera salutaire pour eux. La justice ordinaire sera tout à la fois plus exigeante et moins techno-centrée que la justice ordinale et leur donnera enfin la conscience aiguë, qui leur manque jusqu'ici, qu'ils ont des comptes à rendre à la société dans laquelle ils vivent.

L'État lui-même devra faire preuve d'un plus

grand sens de la responsabilité. Il a d'autant plus facilement accepté de prendre à sa charge les sinistres résultant de l'aléa thérapeutique qu'il est responsable de la majeure partie d'entre eux au travers de sa gestion déplorable du secteur hospitalier. Une confrontation trop violente avec des assureurs moins conciliants qu'au moment du dossier du sida (le secteur nationalisé a disparu) aurait mis en évidence le fait que de très nombreux hôpitaux sont aujourd'hui de facto inassurables et devraient donc être fermés.

Ce dernier point amène, et ce sera notre conclusion, à s'interroger sur l'évolution de la frontière entre responsabilité civile et pénale. Maintenir en activité un hôpital dangereusement infecté et mettre ainsi en danger la vie de tous les patients au système immunitaire déficient relève en effet plus du pénal que du civil. Il faudra vraisemblablement prendre en compte cette dimension avec moins de complaisance qu'aujourd'hui si l'on souhaite que la responsabilité civile reste assurable. Et en cela, le secteur de la santé n'est pas fondamentalement différent des autres, comme le montrent les exemples déjà cités de l'amiante et du tabac.



4.

# Chroniques

---

---

## Actualité

■ Gilles Bénéplanc

*Impossible concordance des temps ?*

## Économie

■ Pascal Bied-Charreton

*Les assureurs et la protection sociale : complémentaires ou indispensables ?*

## Droit

■ Georges Durry

*L'immunité des médecins salariés*

## Histoire

■ Pierre Martin

*Archaïsme, modernité et histoire de l'assurance climat*



## Impossible concordance des temps ?

*Gilles Bénéplanc*

*Directeur général, Mercer Human Resource Consulting*

La justice nous a habitués à son rythme propre qui implique ou même revendique l'instruction de ses affaires, puis leur dénouement sur un temps long. À chacune de ses étapes, le système judiciaire procède à une analyse minutieuse des faits qui se veut garante de la recherche de la vérité, de l'équité, de la punition des coupables et de l'indemnisation des victimes. Notre mémoire collective fourmille d'exemples dans lesquels la conclusion d'une affaire judiciaire ou civile intervient de nombreuses années après le début de l'action en justice. Cette caractéristique de la justice n'est pas chose nouvelle mais, aujourd'hui, certaines décisions se heurtent parfois violemment à d'autres sphères de l'activité humaine, elles-mêmes mues par une autre logique et dotées d'un temps propre et d'un rythme différent. Ce sont ces confrontations entre deux logiques distinctes et leurs conséquences que nous aborderons plus avant.

Le 31 mai dernier, la Cour suprême des États-Unis a prononcé une décision, passée presque inaperçue, annulant la condamnation de la firme d'audit Arthur Andersen dans le cadre de l'affaire

Enron. Au moment de ce verdict, il y a trois ans, Arthur Andersen, qui comptait près de 30 000 employés, avait dû cesser son activité d'auditeur sur le champ et ses collaborateurs avaient perdu leur emploi. Aujourd'hui, cette décision de la Cour suprême a sans doute été doublement perçue par les anciens d'Arthur Andersen : il s'agit pour eux d'une forme de réhabilitation de leur honneur et de la réputation de leur ancienne société. Mais, comment penser qu'ils ne ressentent pas également de l'amertume ou de la colère parce que, à l'évidence, cette décision de la Cour suprême ne ressuscitera pas Arthur Andersen ? Il ne s'agit pas de commenter le déroulement de cette affaire par le détail, mais force est de constater qu'il y a eu télescopage entre la logique judiciaire et celle du monde des affaires qui fonctionne de fait avec un rythme plus élevé, un temps propre plus court. Ainsi, avant même l'épuisement de toutes les voies de recours, le monde économique avait rendu un verdict définitif parce qu'une action en justice avait été intentée dans le cadre de la faillite d'Enron : Arthur Andersen ne pouvait plus, ne devait plus, exercer son activité. Autre paradoxe, le procès des dirigeants d'Enron, qui sont à l'origine des

faits reprochés à Arthur Andersen, n'a pas encore débuté.

L'indemnisation des victimes est un autre domaine où le temps de la justice semble poser question. Il y a quelques semaines, une juridiction française accordait les premières indemnisations aux victimes dans le cas du DES. Il s'agit d'un médicament qui avait été prescrit dans les années 1960-1970 pour éviter les fausses couches. Le DES était un traitement efficace mais entraînait de très graves dommages chez les patientes : des mères ayant suivi le traitement ont développé un cancer de l'utérus et, de surcroît, certaines de leurs filles ont également été atteintes de la même maladie et d'autres malformations. Enfin, la troisième génération souffre également de problèmes de santé liés à la prise du DES par leur grand-mère, même si le dernier jugement ne leur ouvre pour le moment pas de droit à indemnisation. Cet épisode pose la question de l'indemnisation des victimes et de la responsabilité civile des fabricants et des médecins. Dans ce cas précis, la durée des procédures, la complexité de la recherche des responsables et l'extrême difficulté à prévoir et chiffrer les préjudices subis plaident pour la

mise en place d'un système de réparation des victimes qui soit basé davantage sur la solidarité que sur la responsabilité civile des laboratoires pharmaceutiques ou des médecins. Ici encore, le décalage entre les calendriers propres à l'instruction des dossiers juridiques et à la réparation des préjudices subis par les victimes est manifeste.

**A** première vue, une réconciliation de la logique et des calendriers de la justice avec les autres sphères d'activité semble une tâche particulièrement ardue. L'accélération des procédures judiciaires peut apparaître comme une solution. Il est vrai que le système judiciaire recèle encore d'importantes marges de progression de son efficacité : simplification des procédures, augmentation des moyens et, en particulier, ceux liés aux technologies de l'information. Les investissements dans le domaine de la productivité sont donc nécessaires et doivent contribuer à réduire les conflits de calendrier qu'illustrent les exemples que nous avons décrits plus haut. Pourtant, cette réduction des délais ne peut constituer la seule solution ; elle va se heurter à plusieurs difficultés d'ordre technique et philosophique. Technique d'abord car, dans bien des cas, un temps suffisant est indispensable à la bonne gestion des dossiers, que ce soit pour une instruction précise et une analyse complète des faits que pour

l'indemnisation des victimes. Par ailleurs, une accélération à tout prix des procédures fait courir le risque de décisions sommaires, voire inéquitables ; un juge pressé par les délais pourrait ainsi négliger certains aspects de l'affaire ou favoriser la partie ayant le dossier le mieux construit.

**U**ne autre piste réside sans doute dans la mise en place de mesures de protection des victimes potentielles de la lenteur relative de la justice par rapport aux autres domaines d'activité. En premier lieu, il est nécessaire de poursuivre les efforts relatifs à une meilleure prise en charge des personnes physiques sur les plans matériel et psychologique. En second lieu, et parallèlement, il convient de faciliter à tous l'accès à la justice pour obtenir réparation. Plusieurs initiatives récentes vont heureusement dans ce sens.

**P**ar analogie, serait-il possible de concevoir un système analogue de protection des entreprises ? Malgré d'indéniables difficultés techniques résidant, entre autres, dans le libre choix des clients de travailler ou pas avec un fournisseur, une réflexion devrait être engagée dans ce domaine. Par comparaison, il est possible de se référer à ce qui est fait dans le système bancaire pour prévenir la survenance de risques systémiques en cas de crise financière grave.

Bien entendu, dans ce type de crise, une partie de la gestion des risques relève des autorités judiciaires elles-mêmes ; elles doivent en effet agir avec fermeté, diligence, mais également mesure, pour ne pas engendrer une réaction disproportionnée des médias ou des investisseurs.

La troisième piste de réflexion est du ressort des sociétés elles-mêmes à travers leurs dispositifs de management des risques et de gestion des crises.

Anticiper ce type d'événement paraît difficile mais les entreprises doivent réfléchir aux cas passés, s'interroger sur ce qu'aurait été leur réaction et, enfin, bâtir des outils de prévention. Les évolutions des systèmes de gestion des risques au sein des grandes entreprises marquent un net progrès dans ce domaine.

**A**u total, le sujet de la non-concordance du temps entre la sphère judiciaire et les autres activités est bien réel et pose de multiples questions d'ordre économique et politique. Nous sommes bien loin d'avoir les réponses adéquates mais l'importance des conséquences potentielles doit nous pousser à entamer une réflexion. Notre conviction est que les progrès proviendront d'une analyse du système dans sa globalité, plutôt que de réformes ou mesures qui porteraient uniquement sur une partie des acteurs.

## Les assureurs et la protection sociale : complémentaires ou indispensables ?

*Pascal Bied-Charreton*

*Directeur des études, des statistiques et des systèmes d'information, FFSA*

**L**es débats récents sur les réformes successives des retraites, puis de l'assurance maladie, ont mis en lumière le rôle des assureurs dans la protection sociale complémentaire. Les entreprises d'assurances sont à ce jour des acteurs importants face aux risques de maladie, d'invalidité, d'incapacité de travail, ainsi que pour la préparation de la retraite. Les perspectives d'évolution en sont considérables.

**L'**assurance santé complémentaire est aujourd'hui une activité partagée entre plusieurs formes d'entreprises : mutuelles du Code de la mutualité dites mutuelles « 45 », institutions de prévoyance, relevant du Code de la sécurité sociale et entreprises d'assurances, sociétés anonymes ou mutuelles, régies par le Code des assurances.

Ces trois familles remboursent chaque année 18 milliards d'euros de dépenses de santé<sup>1</sup> soit plus de 12 % du total des dépenses des Français. L'assurance maladie obligatoire (AMO) en couvre 77 %, le solde restant à la charge des ménages. Il faut toutefois rappeler que la répartition de cette prise en charge est éminemment variable en fonction de la nature des soins. Si l'AMO couvre

l'intégralité des frais liés aux affections de longue durée et l'essentiel des coûts de l'hôpital public (le « gros risque » en quelque sorte), les assureurs complémentaires sont en revanche plus présents sur les risques liés à la médecine de ville (18 % des consultations, 17 % de la pharmacie)<sup>1</sup> et assument une part importante des dépenses de prothèses dentaires (62 %) ou d'optique (66 %)<sup>2</sup>.

En réalité, les contrats d'assurance santé, dits complémentaires, ont progressivement couvert les dépenses laissées à la charge des ménages par la Sécurité sociale. Ils ont aussi permis d'assurer, dans de meilleures conditions, des soins que le régime obligatoire ne pouvait ou ne voulait pas assumer. Ainsi, ces contrats, par leur nature même, ont été adaptés aux besoins des clients. Hors de la logique universelle de l'assurance maladie obligatoire, qui suppose une couverture identique pour tous, ils ont pu proposer des couvertures adaptées à la situation de chaque assuré, à la composition de sa famille, à ses moyens financiers, à la nature des risques auxquels il est exposé... Conscient de l'importance de ces couvertures, le législateur a progressivement mis en place une série de règles qui en reconnaissent le rôle social essentiel. Ainsi, obligation est

faite à l'assureur d'offrir une couverture viagère aux assurés à titre individuel (le contrat est dissymétrique, seul l'assuré peut le résilier). Il a aussi interdiction de procéder à une révision individuelle du tarif. De plus, pour que les ménages les plus modestes soient couverts, des dispositifs d'aide ont été créés, notamment pour les bénéficiaires de la CMU. Enfin, ces contrats peuvent être proposés dans le cadre de l'entreprise, avec une participation financière de celle-ci. C'est le cas, selon les enquêtes, pour les salariés de plus de la moitié des entreprises françaises<sup>3</sup>.

La loi d'août 2004 a complété ce dispositif en conditionnant les avantages fiscaux ou sociaux dont bénéficient ces contrats au respect d'un cahier des charges dont le contenu va être fixé par décret. Si, comme le souhaitent les sociétés d'assurances, ce cahier des charges permet à l'assurance santé de conserver sa souplesse actuelle, son développement devrait se poursuivre. D'autant que cette même loi prévoit que, à chaque fois que les dépenses de l'année excéderont l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (objectif qui a été dépassé chaque année depuis son instauration en 1997), le comité d'alerte sur les comptes proposera des mesures

qui, inévitablement, conduiront à confier à l'assurance complémentaire une activité plus importante. Et, avec l'évolution structurelle de la population liée au vieillissement, une nouvelle augmentation du rythme de ces dépenses est plus que prévisible.

**L**a retraite constitue un autre champ de développement de l'assurance en matière de protection sociale. Jusqu'à l'an dernier, seules quelques professions (agriculteurs, travailleurs non salariés, fonctionnaires, élus locaux) avaient accès à un contrat individuel dans des conditions fiscalement avantageuses. La création du Plan d'épargne retraite populaire (Perp), par la loi de 2003, a ouvert cette possibilité à l'ensemble de la population et, en particulier, aux salariés des entreprises qui jusqu'à présent ne pouvaient y avoir droit que dans un cadre collectif et sous réserve d'une participation de leur employeur. Après un an de commercialisation, les premiers résultats du Perp<sup>3</sup> sont prometteurs : 1,5 million de clients assurés, 800 millions d'euros de versements, une clientèle jeune – moins de 40 ans d'âge médian – qui souscrit majoritairement une offre de versements réguliers et qui semble avoir surmonté les réticences des générations précédentes pour la rente viagère.

Certes, en 2004, l'ensemble de ces contrats de retraite, Perp compris, n'a pas excédé 8 milliards d'euros de cotisations et 4 milliards de prestations. Des montants qui peuvent paraître faibles au regard des 160 milliards d'euros collectés et réglés par les régimes obligatoires par

répartition (Sécurité sociale, Arrco, Agirc). Gageons toutefois que le cap des 10 milliards d'euros collectés chaque année sera rapidement franchi. Notons surtout que le marché de la retraite complémentaire ne se limite pas à ces produits. En effet, seuls sont pris en compte ici les contrats de retraite se dénouant obligatoirement par le versement d'une rente viagère. Or, il faut considérer qu'une part importante des contrats d'assurance vie est souscrite avec un objectif de préparation de la retraite. Quand on les interroge, 28 % des clients confirment cet objectif<sup>4</sup>. Vingt pour cent de l'assurance vie représentant environ 20 milliards d'euros de versements, la part réelle de l'assurance dans le financement des retraites serait donc très supérieure à la contribution des seuls contrats dédiés. Le déséquilibre des régimes obligatoires se confirmant, ce mouvement ne fera que prospérer...

**A**utre champ d'intervention des assureurs, les assurances en cas de décès, d'invalidité ou d'incapacité de travail sont regroupées sous le terme générique de prévoyance. Si l'activité collective (assurance des emprunteurs et contrats collectifs de prévoyance d'entreprise) en a longtemps été le principal segment, l'offre de prévoyance individuelle se développe rapidement sous l'effet conjoint de l'effort commercial des réseaux, notamment bancaires, et du développement de la garantie des accidents de la vie.

Le bénéfice de ces couvertures est évident : à titre d'exemple, l'assurance des emprunteurs facilite l'accès du plus grand nombre à l'achat de biens

immobiliers ou de consommation, en sécurisant pour la banque le risque de non-remboursement suite à la réalisation de l'un des risques couverts. Pour les cas les plus difficiles, et en particulier les personnes dont l'état de santé rendrait difficile l'assurabilité, les assureurs ont organisé des dispositifs spécifiques dans le cadre de la convention Belorgey.

De la même façon, les garanties offertes dans le cadre de l'entreprise permettent de couvrir le salarié et/ou ses proches en cas d'événements graves, affectant les ressources du foyer.

**À** la fin de l'année 2004, ce sont environ 2 000 milliards d'euros<sup>5</sup> de capitaux en cas de décès que garantissent les assureurs. Rapportée aux 25 millions de ménages français, on peut estimer à 80 000 euros la garantie moyenne en cas de décès couvrant chaque ménage (soit plus de trois années de salaire moyen annuel). À titre indicatif, en cas de décès, l'intervention de la Sécurité sociale n'excède pas trois salaires mensuels avec un plafond de 7 548 euros.

**E**nfin, le vieillissement de la population favorisera certainement le développement de l'assurance dépendance. Les assureurs de personnes proposent ce type de couverture de longue date et le marché se développe. Toutefois les évolutions sont assez divergentes entre assurance individuelle et assurance collective. À la fin de l'année 2004, près de 800 000 personnes sont assurées à titre individuel par un contrat dont la dépendance constitue la garantie

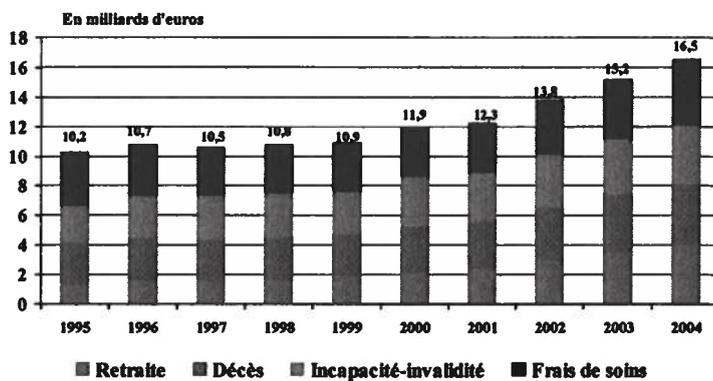
principale. Ce nombre a doublé en moins de cinq ans. En revanche, le marché de l'assurance dépendance collective, qui couvre à ce jour environ 700 000 assurés, semble connaître un certain plafonnement. Celui-ci peut sans doute s'interpréter comme une forme d'attentisme des entreprises dans une période où l'ensemble des dispositifs collectifs d'assurance de personnes a été réformé. Sur ce marché, encore en devenir, il apparaît que les assureurs ont de réelles possibilités de développement, dès lors que, comme ils l'ont fait pour les autres risques, ils sauront

trouver une offre adaptée à l'attente de chaque client.

**L**a place de l'assurance dans la protection sociale complémentaire se développe à un rythme élevé sur l'ensemble des segments. En 2004, ce sont 16 milliards d'euros qui ont été réglés par les assureurs, soit environ 5 % des prestations versées au plan national en retraite, santé et prévoyance. Flexibles et individualisés, ces contrats s'adaptent aux besoins et moyens de leurs souscripteurs : couverture en cas de décès en fonction

de la composition du foyer ou de son endettement, contrat santé couvrant prioritairement tel ou tel risque, contribution de retraite plus ou moins importante selon l'effort fait par ailleurs et les autres ressources prévisionnelles. Avec la perspective du vieillissement de la population et la difficulté pour les régimes obligatoires financés par la solidarité nationale à couvrir tous les besoins, l'intervention des assureurs dans la protection sociale poursuit sa croissance. Loin d'être accessoire, l'assurance complémentaire devient chaque année plus indispensable.

### Prestations versées au titre de la protection sociale par les sociétés d'assurances



Source FFSA

### Notes

1. Comptes nationaux de la Santé pour 2003.
2. Source Jalma (part des dépenses à charge de l'assureur dans le cadre d'un contrat collectif en 2000).
3. Source FFSA.
4. Enquête « Patrimoine des ménages » de l'Insee.
5. Estimation FFSA.

## L'immunité des médecins salariés

*Georges Durry*

*Président honoraire de l'université Panthéon-Assas, Paris II*

**U**n retour en arrière est nécessaire pour comprendre tout l'intérêt pour les médecins salariés et, plus généralement, pour les personnels de santé – jouissant bien que salariés d'une indépendance technique dans l'exercice de leurs fonctions – de deux arrêts rendus par la Cour de cassation le 9 novembre 2004<sup>1</sup>.

Un des plus spectaculaires revirements de jurisprudence dans le domaine de la responsabilité civile, dont la Cour de cassation n'est pas avare ces temps derniers, a été constitué par l'arrêt d'assemblée plénière du 25 février 2000<sup>2</sup>, bien connu sous le nom d'arrêt Costedoat. Cette décision a trait à la responsabilité des commettants du fait de leurs préposés (Art.1384 al.5 du Code civil). Celle-ci avait été conçue par les rédacteurs du Code civil comme une garantie pour les victimes de dommages causés par des préposés dans l'exercice de leurs fonctions. Ces victimes pouvaient exercer leur action en réparation contre le commettant – disons, pour faire simple, l'employeur – souvent plus solvable que son salarié. Mais, dans la conception originelle, appliquée sans défaillance par les tribunaux deux siècles durant, le véritable responsable du dommage restait le préposé. La responsabilité édictée par l'article 1384 al. 5 était une responsabilité pour autrui.

Il s'en déduisait un certain nombre de conséquences et, notamment, le fait que si la victime se faisait indemniser tout de même par le préposé, auteur du dommage, celui-ci était sans recours contre le commettant. Et, inversement, le commettant, s'il avait dû réparer le dommage, avait un recours en principe intégral contre son préposé. Ces solutions étaient de plus en plus critiquées. On faisait observer, non sans raison, qu'il était souverainement injuste de faire supporter ainsi une responsabilité au préposé, alors que le profit de son action allait à son commettant qui bien souvent lui donnait les instructions à l'origine du dommage. De plus, les ressources du second étaient, en général, très supérieures à celles du premier.

Aussi, divers palliatifs avaient-ils été trouvés. D'une part, on avait fini par admettre que si le dommage avait été causé sur l'ordre du commettant, ce dernier devrait partager avec le préposé le poids de la dette. D'autre part, si un contrat de travail liait le commettant et le préposé – cas de loin le plus fréquent – le recours du commettant n'était admis que lorsque le préposé avait commis une faute grave, notion tout de même assez restrictive. Et on peut encore relever que l'article L.121-12 du Code des assurances interdisait tout

recours de l'assureur de la responsabilité du commettant contre le préposé, hormis le cas de faute intentionnelle, notion beaucoup plus restrictive encore.

Mais ce n'étaient que des palliatifs. Et si, pour une raison ou une autre, la victime préférait assigner le préposé (auteur connu d'elle) de son dommage, il avait l'obligation de l'indemniser en totalité ; et récupérer même une partie de ce qu'il avait payé sur son commettant restait toujours problématique. C'est à cette situation qu'avait entendu mettre fin l'arrêt Costedoat en décidant que désormais : « n'engage pas sa responsabilité à l'égard des tiers le préposé qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui a été impartie ». Le renversement des perspectives est total. Maintenant, à la seule condition d'être demeuré dans l'exercice normal de ses fonctions, le préposé n'est plus responsable envers la victime qui ne dispose plus que de la seule possibilité de se faire indemniser par le commettant. C'est une véritable immunité qui est ainsi conférée aux préposés qui cessent d'être responsables de leurs éventuelles fautes.

**D**ans l'ensemble, ce bouleversement a été très bien admis par la doctrine, séduite par le caractère

« social » de la solution nouvelle. Tout au plus quelques voix, dont la nôtre, se sont-elles élevées pour faire observer que la Cour de cassation avait eu le grand tort de sacrifier totalement la victime au préposé, ainsi mis à l'abri de toute responsabilité. S'il est certain que, quasi toujours, l'innovation est sans inconvénient pour la victime qui sera indemnisée par le commettant, au surplus souvent assuré, il peut cependant se faire que l'action contre le commettant soit vouée à l'échec<sup>3</sup>. Alors, la victime, également privée du droit d'agir contre le préposé, pourtant auteur à son détriment d'une faute, n'obtient aucune réparation. Il serait pourtant facile de remédier à cet inconvénient en décidant que la responsabilité du préposé subsiste, mais qu'elle n'est que subsidiaire par rapport à celle du commettant<sup>4</sup>.

Si, donc, l'arrêt Costedoat a reçu bon accueil, beaucoup d'hésitations se sont manifestées quand il s'est agi de déterminer son exacte portée. On s'est en particulier demandé si la solution nouvelle valait pour toutes les fautes que pouvait commettre le préposé dans l'exercice des fonctions confiées par son commettant, quelle que soit leur gravité. Notamment, si elles étaient constitutives d'une infraction pénale, le préposé méritait-il encore d'être immunisé contre les conséquences civiles de son acte ? Dans un premier temps, la chambre criminelle pensa qu'il fallait aller jusque-là, dans son souci, louable, de se conformer à l'arrêt de l'assemblée plénière<sup>5</sup>. Mais, comme effrayée par tant d'audace, c'est l'assemblée plénière elle-même qui, par un nouvel arrêt, décida que – du moins lorsqu'il s'était rendu coupable d'une

infraction intentionnelle – le préposé ne cessait pas d'être responsable<sup>6</sup>.

Cependant, la question de loin la plus discutée fut de savoir si la jurisprudence Costedoat valait pour tous les salariés ou s'il ne convenait pas plutôt d'exclure de son bénéfice les préposés qui, tels les médecins salariés, jouissaient dans l'exercice de leurs fonctions d'une totale autonomie. Il y a longtemps en effet qu'il a été jugé que cette autonomie n'était pas incompatible avec la qualité de préposé. Par exemple, le chirurgien appointé par une clinique dépend de l'établissement pour l'exercice de sa profession (mise à sa disposition de la salle d'opération, du personnel infirmier et du matériel technique, fixation des horaires, etc.) et, à ce titre, il est incontestablement le préposé de la clinique. Il n'en reste pas moins que, dans l'exercice de son art, il reste fondamentalement indépendant qu'il s'agisse de poser le diagnostic, de fixer la technique opératoire ou de prescrire le traitement postérieur à l'intervention. S'il engage sa responsabilité envers son patient par une faute dans l'un ou l'autre de ces actes, l'article 1384 al.5 impose à la clinique d'en répondre. Mais ne peut-elle pas prétendre que l'autonomie totale du praticien continue à justifier qu'elle ait un recours contre celui-ci, seul véritable auteur du dommage et auquel elle ne pouvait donner nulle instruction pour l'éviter, à cause de son indépendance ? Assez vite, la Cour de cassation dut trancher. Un premier arrêt assez confus fut rendu début 2002, mais qui paraissait bien reposer sur l'idée que le médecin continuait à répondre personnellement de ses fautes, même s'il exerçait à titre salarié<sup>7</sup>. En tout

cas, si un doute subsistait, il a été vite levé. Le 13 novembre 2002<sup>8</sup>, la Cour de cassation permit à un établissement de soins, après avoir indemnisé le malade, d'exercer un recours intégral contre le praticien fautif « en raison de l'indépendance professionnelle intangible dont bénéficie le médecin, même salarié, dans l'exercice de son art ». Pour le médecin salarié, l'arrêt Costedoat n'avait rien changé.

**O**n pouvait approuver cette restriction – et nous l'avons personnellement fait<sup>9</sup> – au nom de l'impossibilité pour le commettant d'empêcher quoi que ce soit. Mais il faut convenir que la majorité de la doctrine ne l'admettait pas. Et deux ans après, presque jour pour jour, on a assisté à un revirement – un de plus ! – complet de jurisprudence. Dans deux arrêts rendus le 9 novembre 2004, concernant l'un un médecin, l'autre une sage-femme, on peut lire que « le médecin (la sage-femme) salarié(e), qui agit sans excéder les limites de sa mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard du (de la) patient(e) ». Ainsi, les médecins salariés bénéficient-ils eux aussi de l'immunité accordée aux autres préposés par l'arrêt Costedoat. Ils cessent d'être responsables envers leurs malades de leurs fautes commises dans l'exercice normal de leur activité, hormis le cas improbable où ces fautes seraient constitutives d'une infraction intentionnelle.

Il faut convenir que cette uniformisation a deux vertus principales. La première est que si l'on continuait à faire une exception pour les

médecins salariés, parce qu'ils sont seuls maîtres de leur technique, on risquait de devoir faire la même pour toute une série d'autres, par identité de motif : ainsi de l'avocat, du commissaire au comptes ou du notaire salariés. Et à y bien réfléchir, n'aurait-il pas été logique de réserver un sort analogue à tous les techniciens, ingénieurs, par exemple, dont la science et la compétence peuvent être sans commune mesure avec celles de leurs commettants, absolument incapables de leur donner des instructions utiles dans l'exercice de leur fonction propre. Où s'arrêter ? Et, de proche en proche, que serait-il resté de l'édifice jurisprudentiel ? Mieux valait supprimer toute exception.

En second lieu, et l'observation est alors spécifique au corps médical au sens large, laisser le médecin salarié privé responsable de ses fautes aboutissait à une discrimination peu défendable entre médecins, exerçant pourtant une fonction strictement identique, selon qu'ils pratiquent dans le secteur privé ou le secteur public. Il y a en effet bien longtemps que les seconds sont immunisés contre les conséquences de leurs fautes par la théorie de la responsabilité administrative. Les malades victimes d'un dommage subi dans le cadre de l'hôpital public n'ont d'autre recours

que contre la personne morale de droit public, laquelle ne peut pas se retourner contre le praticien fautif hormis le cas statistiquement négligeable où il se serait rendu coupable de ce que la jurisprudence administrative appelle une faute personnelle. Désormais le médecin salarié est aussi bien traité.

Si l'on ajoute que l'établissement employeur est astreint à l'obligation d'assurance par la loi Kouchner et que cette assurance couvre les salariés « agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical »<sup>10</sup>, les malades sont – ce qui, seul, importe vraiment – certains d'être indemnisés... sauf dans le cas où l'assurance (bien qu'obligatoire) n'a pas été souscrite, ou encore dans le cas où l'assurance (pour une raison ou une autre) ne joue pas, sans que l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) ait à prendre le relais. Alors, nous persistons à penser que la responsabilité du médecin salarié fautif devrait subsister à titre subsidiaire, au lieu d'avoir totalement disparu du fait de l'immunité dont il bénéficie désormais. Car pourquoi préférer le médecin fautif au patient victime ?

## Notes

1. *1<sup>re</sup> Civ.* 9 nov. 2004, *D.* 2005, 253, note Chabas ; *Resp. civ. et ass.* 2004, *comm.* 364. *Adde*, Maud Asselin, *Responsabilité des professionnels de santé salariés : changement de solution*, *ibid.* 2005, *Chr.* 6.
2. *Ass. Plén.* 25 février 2000, *D.* 2000, 673, note Brun ; *JCP* 2000, II, 10295, *concl.* Kessous, note Billiau.
3. *Cela paraissait précisément le cas dans l'affaire Costedoat.*
4. *Pour un développement de cette idée, cf. Plaidoyer pour une révision de la jurisprudence Costedoat (Ou : Une hérésie facile à abjurer)*, in Ruptures, mouvements et continuité du droit - *Autour de Michelle Gobert*, *Economica* 2004, p. 549 et s.
5. *Crim.* 23 janvier 2001, *Bull. crim.* n° 21.
6. *Ass. plén.* 14 déc. 2001, *D.* 2002, note J. Julien ; *JCP* 2002, II, 10026, note Billiau.
7. *JCP* 2002, I, 186, *obs.* G. Viney ; *Gaz. Pal.* 2003, *Somm.* 573, *obs.* Chabas.
8. *1<sup>re</sup> Civ.* 13 nov. 2002, *D.* 2003, 583, note S. Deis-Beauquesne ; *JCP* 2003, 10096, note Billiau.
9. *Art. préc.*, *supra* note 2, p. 554.
10. *Art. L. 1142-2 C. santé pub.*

## Archaïsme, modernité et histoire de l'assurance climat

*Pierre Martin*

*Agrégé d'Histoire, Docteur en Histoire*

« ...Le Seigneur fit fondre la grêle sur la Terre au milieu des tonnerres et des feux qui brillaient de toutes parts. La grêle et le feu mêlés l'un avec l'autre tombaient ensemble [...]. Dans tout le pays de l'Égypte la grêle frappa de mort tout ce qui se trouva dans les champs, depuis les hommes jusqu'aux bêtes. Elle fit mourir toute l'herbe de la campagne, et elle rompit tous les arbres... »

Ancien Testament, *Exode, IX, VII<sup>e</sup>*  
plaie : grêle et tonnerre.

« L'Homme soumis à des puissances indisciplinables... » Le mot de l'Historien Marc Bloch semble frappé du sceau du bon sens mais aussi de la fatalité. Or, l'assurance entend bien transformer l'aléa en risque par l'alchimie de la technique assurantielle. Force est pourtant de constater que l'assurance climat qui protège contre la grêle, les tempêtes, les inondations, voire la sécheresse, est souvent en marge de l'activité comme de l'évolution de l'assurance elle-même. Nous essaierons ici de replacer l'assurance climat dans une perspective historique longue afin de voir comment était culturellement perçu ce risque climat et comment l'assurance essaya de le surmonter.

■ Le Moyen Âge : le fléau climatique est redouté... et accepté...

Dans l'Occident chrétien du Moyen Âge (V<sup>e</sup>-XV<sup>e</sup> siècles), il n'est pas question d'assurance climat pas plus que de « risque » (Guerreau, 1997). Le risque n'est d'ailleurs pas conceptualisé, il n'appartient pas encore aux catégories mentales du temps. Certes l'assurance naît sans doute dans les cités novatrices d'Italie au XII<sup>e</sup> siècle, mais, en matière maritime, pour prémunir les premiers « capitalistes » des dangers de la navigation hauturière naissante comme pour organiser le partage éventuel des pertes. « Risque » vient en effet du latin *rixare* – se quereller –, l'idée de danger n'étant au départ que seconde. En Occident, au Moyen Âge, l'homme accepte d'être soumis au destin dont il n'est que le jouet. C'est Dieu qui décide du sort des simples mortels, c'est « Lui » qui scelle le sort des Hommes selon la Providence dont il a la maîtrise. Les risques climatiques sont alors autant l'expression de l'omnipotence que de l'omniscience divines. La Bible constitue d'ailleurs un catalogue des fléaux de la nature : déluge de la Genèse, grêle et tonnerre de l'Exode, éclairs et tonnerre encore attributs de Yahvé lorsqu'il transmet le *Décalogue* à Moïse... Les malheurs sont même presque toujours interprétés comme l'expression d'une colère ou d'une vengeance de Dieu (Berlioz, 2001). Si la nature s'emballe et se déchaîne, c'est, pense

l'homme médiéval, pour punir l'homme de quelque péché. Soulignons tout de même qu'explications divines et explications naturelles, rationnelles – dirions-nous –, coexistaient parfois. En 1219, l'évêque de Grenoble rend compte de l'inondation désastreuse de la cité. S'il y voit la main manifeste du diable, le prélat explique ensuite longuement le phénomène par la géologie... avant de faire appel à la générosité de ses ouailles pour la reconstruction de la ville (Berlioz, 2001).

La protection des maux climatiques passe par des processions ou des appels aux saints. St Barnabé lapidé par une pluie de cailloux est ainsi fréquemment appelé contre la grêle. La persistance de telles pratiques de piété est attestée aujourd'hui : combien de feux de la St Jean n'exhortent-ils pas à la protection de belles récoltes des caprices du climat ? On se souvient aussi de la scène de *Jean de Florette* où Marcel Pagnol campe tout un village, assez peu dévot, rangé derrière son curé pour réclamer le réapprovisionnement de la source tarie...

■ La grêle, risque capricieux couvert dès le XIX<sup>e</sup> siècle

Si de telles croyances semblent

archaïques aux yeux des assureurs, que proposaient-ils en lieu et place des prières et des intercessions ? Il n'est pas inintéressant de relever que c'est par le biais de l'assurance grêle que l'assurance fait irruption en France à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Son initiateur, un certain Barrau, créa l'éphémère *Société d'assurances réciproques contre la grêle* à Toulouse en 1799 (Hamon, 1897). Trop optimiste ou trop imprévoyant, Barrau ne mit que dix ans pour se ruiner et voir les opérations de sa société suspendues par le Conseil d'État en 1809. Innovateur, Barrau l'était certainement. Pour autant, on peut se demander, avec le confort qu'offre le recul, s'il ne s'est pas aventuré sur le « segment » le plus délicat d'un marché balbutiant duquel on ne savait rien. L'épisode Barrau ne doit sans doute que peu au hasard. Il correspond déjà à une évolution des mentalités. En posant au chevalier de Méré la question du partage des gains en cas d'une partie de cartes interrompue, Pascal avait dès le XVII<sup>e</sup> siècle ouvert le calcul des probabilités. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Jacques Bernoulli (1654-1705) creusait la géniale intuition dans son *Ars conjectandi*. Ce livre posthume posait les fondements scientifiques de la statistique et des grands nombres. Bernoulli fit admettre l'idée que « l'incertitude est une méconnaissance ». C'est à la Restauration que naquirent les premières sociétés d'assurances climat, des sociétés grêle, souvent mutuelles, souvent monobranches jusqu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Marché capricieux et peu rentable, il est vite déserté par les sociétés cotées soucieuses de rentabilité. En 1894, trois compagnies par actions opèrent en

France pour un tiers du marché grêle. Badon Pascal partisan de ce type de société écrit, non sans hypocrisie, dans le *Journal des économistes* de juin 1873 : « *La mutualité convient mieux que la prime fixe pour certaines assurances dont les risques sont trop variables et indéterminés ; par exemple, la grêle...* » En réalité, les sociétés expérimentent un métier très particulier : de ce point de vue, le micromarché de la grêle est un véritable laboratoire de l'assurance. Franchises, plafonnement, tarifs, dispersion, dilution, exclusion... Les cycles de sinistres paraissent pourtant échapper à la modélisation mathématique. Le coût élevé de la couverture, jusqu'à vingt fois plus chère que l'assurance incendie par rapport à la valeur assurée, entraîne la fuite des meilleurs risques, puis l'augmentation des cotisations qui restreint un peu plus la mutualité aux pires risques assurables. Le cercle vicieux des trois A – aléa, antisélection, augmentation – montre les limites du produit d'assurance grêle.

## ■ Modernité et innovation en assurance climat aux XX<sup>e</sup> et XXI<sup>e</sup> siècles

L'assurance grêle est aujourd'hui un marché techniquement éprouvé et maîtrisé. En France, *La Cérès* ou *L'Étoile* peuvent arguer de près de deux siècles d'expérience. *Ex ante*, elles savent ce qu'elles assurent et peuvent s'appuyer sur des statistiques. *Ex post*, inspecteurs et agents peuvent correctement évaluer le coût d'un sinistre rapporté à l'ensemble de parcelles touchées. Est-ce à dire pour autant que l'assurance grêle n'a pas

changé depuis Louis XVIII ? C'est à partir de ce produit que l'assurance climat est initiée. Par ailleurs, les sociétés grêle ont déjà innové en intégrant précocement la réassurance entre assureurs spécialisés « grêle », IARD ou en faisant appel aux grands opérateurs qui se mettent en place à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Et les assureurs savent bien qu'à l'échelle mondiale, la couverture de risques agglomérés comme la Floride, la Californie ou la Côte d'Azur n'est possible qu'avec un système d'échange de « tranches » de risques, cela afin d'éviter qu'une firme ne soit géographiquement sur-exposée. Assureurs<sup>1</sup> et scientifiques<sup>2</sup> s'attachent d'autant plus à cerner ces risques que les dérèglements climatiques vont se multipliant. Un récent séminaire du CHEA de l'Enass consacré aux innovations dans l'assurance portait d'ailleurs sur les risques climatiques. Trois pistes y ont été évoquées. Une première piste, en l'occurrence une modélisation géoclimatique, permet par exemple d'enclencher l'assurabilité d'un bien au-delà d'un certain seuil défini par rapport à des moyennes constatées de vitesses de vent, de précipitations, etc. Pour se développer, ce type de produit nécessite des Systèmes d'information géographiques (SIG). Une deuxième possibilité, l'assurance sécheresse à l'hectare, pratiquée par Axa en Alberta, implique que l'assuré détermine la surface qu'il souhaite couvrir, l'assureur fixant le seuil de précipitations minimum au-delà duquel joue la garantie. Un troisième axe serait envisageable selon l'économiste Christian Gollier<sup>3</sup>, mêlant pari et assurance selon le principe du PMU. Les Français, par exemple, pourraient miser sur l'éventualité

d'une canicule. La « cagnotte » alimentée par les « joueurs-souscripteurs » constituerait une réserve d'indemnisation. Utopie ou innovation ? L'économiste Schumpeter (1883-1950) a placé l'innovation au cœur du processus de renouvellement du capitalisme. L'innovation se produirait en « grappes » et serait liée à la « destruction créatrice » de processus ou de produits obsolètes. De prime abord, l'assurance climat ne correspond pas à ce schéma puisque l'expérience a permis d'affûter l'offre. De même, il serait paradoxal de taxer l'assurance grêle d'archaïsme puisque sa crédibilité repose précisément sur l'ancienneté des techniques et des statistiques. Les produits novateurs apparaissent en fait plus complémentaires que concurrents de ceux existants. La démarche semble donc bien correspondre au schème schumpétérien pour qui l'entrepre-

neur est l'innovateur par excellence. L'archaïsme vient plutôt des représentations mentales, façonnées par les mémoires cumulées et mythifiées de nos ancêtres qui craignaient, dit-on, que « le ciel ne leur tombât sur la tête... »

## Notes

1. *Cycle de séminaires du Centre des Hautes Études d'assurances animé par François Ewald, professeur au Cnam, séance du 16 mars 2005 tenue à la Maison de l'assurance, consacrée à l'innovation en matière de risques climatiques.*
2. « *Incertitudes et environnement. Mesures, modèles, gestion.* » colloque international d'Arles, 23-25 novembre 2005, organisé par la société d'Écologie Humaine et le laboratoire DESMID, sous la responsabilité scientifique de P. Allard, D. Fox, B. Picon.

3. *Professeur à l'Institut d'Économie industrielle de Toulouse.*

## Bibliographie

GUERREAU, Alain ; L'Europe médiévale : une civilisation sans la notion de risque ; *Risques*, n° 31, juillet-septembre, pp 11-18, 1997.

BERLIOZ, Jacques ; La foudre, colère de Dieu ; *L'Histoire*, n° 257, septembre, 2001.

BERLIOZ, Jacques ; Du Déluge au réchauffement de la Terre : les catastrophes naturelles dans l'Histoire ; *Les Rendez-vous de l'Histoire*, Blois, conférence du 12 octobre 2001.

HAMON, G. ; *Histoire générale de l'assurance en France et à l'étranger*, Paris, p.674, 1897.



5.

# Études et livres

---

## Études

- Mathieu Baratas et Manuel Plisson

*Quelles stratégies des entreprises américaines face au risque santé ?*

- Alexandre Brun, Stéphan Marette

*Le financement et l'organisation de la police de l'eau en France*

- Philippe Baillot

*Une fiscalité de l'assurance vie dommageablement sédimentaire et illisible*

## Livre

*Fonction : Risk manager*

de Catherine Véret, Richard Mekouar  
par : Guy-Antoine de La Rochefoucauld



## Quelles stratégies des entreprises américaines face au risque santé ?

*Mathieu Baratás*

*Manuel Plisson*

*Doctorants à l'université Paris Dauphine*

**L'**objectif de cet article est de montrer comment les grandes entreprises américaines essaient de transformer le risque santé, qui apparaît initialement comme une charge, en une composante à part entière de la chaîne de valeur. Cette évolution dans la gestion de ce risque n'est pas sans rapport avec l'évolution de la pensée stratégique durant cette même période.

### ■ Les entreprises : pilier du dispositif de soins américain

#### ◆ Une tradition culturelle de responsabilité individuelle

Le risque que fait peser l'augmentation du coût de la santé n'est pas perçu de la même manière de part et d'autre de l'Atlantique. Cela s'explique en partie par des raisons institutionnelles et historiques. En France, ainsi que dans bon nombre de pays européens, la santé est perçue comme un bien collectif qui renvoie à des principes de solidarité nationale. Elle est principalement gérée par les partenaires sociaux et l'État. Aux États-Unis, les entreprises ont joué

un rôle central dès les premiers pas de la construction du système de soins. Cet « accident historique »<sup>1</sup> s'explique par au moins deux raisons. La première raison renvoie à la tradition américaine de responsabilité individuelle. Pour comprendre cette vision de l'assurance santé, on peut se référer à Alesina et Angeletos (2003) qui soulignent que la conception de la société outre-Atlantique laisse une place plus importante aux choix individuels. Comme la réussite individuelle est le fruit de ces choix, les citoyens américains supportent mal une pression fiscale trop forte pour financer des politiques de redistribution, notamment en matière de santé. Cela explique une traditionnelle méfiance du citoyen américain face à l'État fédéral et une tradition historique d'individualisme face aux aléas de l'existence. Les Américains ont admis très tôt que « la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée »<sup>2</sup>. Ce contexte culturel institutionnalise donc une conception plutôt micro-économique et privée du risque santé. La régulation admise comme la plus efficiente serait donc le marché et le vecteur en serait l'entreprise. La seconde raison réside dans le

contexte historique américain qui n'a fait que renforcer ce trait culturel. Le système de santé s'est construit durant la Seconde Guerre mondiale, période de forte pénurie de main d'œuvre et, parallèlement, de contrôle des salaires et des prix. Les entreprises ont donc proposé des systèmes de prévoyance afin d'attirer les salariés à défaut d'une politique de rémunération attractive. Cette situation s'est ensuite pérennisée après la guerre.

#### ◆ La place des entreprises et des assureurs dans le système de santé

Les caractéristiques culturelles et historiques des États-Unis ont donc fait des assureurs « les maîtres du système de santé »<sup>3</sup> et des entreprises le principal financeur avec près de 75 % des cotisations d'assurance à leur charge. Le financement privé représentait ainsi en 2002 près de 54,1 % des dépenses totales de santé, soit 839,6 milliards de dollars. Dans ce système, les Américains peuvent soit souscrire un contrat d'assurance privé, soit, s'ils n'en ont pas les moyens, bénéficier des dispositifs d'aide gouvernementaux réservés aux plus démunis. Comme le soulignent Chambaretaud et

Lequet-Slama (2002), dans 60,4 % des cas, les individus préfèrent s'assurer *via* leurs employeurs. Ces contrats présentent l'avantage d'être moins coûteux, plus efficaces et permettent une déduction fiscale incitative pour l'entreprise <sup>4</sup>.

◆ Deux visions différentes de part et d'autre de l'Atlantique

Les dépenses de santé sont davantage perçues en France comme un risque macroéconomique, susceptible de peser sur la croissance *via* une augmentation des prélèvements obligatoires. Outre-Atlantique, la santé

est surtout perçue comme un risque individuel, susceptible de menacer soit la solvabilité du ménage, soit la pérennité financière des entreprises. Par conséquent, les difficultés rencontrées en France pour gérer le risque macroéconomique de la santé renvoient aux difficultés à implémenter une réforme impliquant des acteurs en situation de jeu non coopératif. Aux États-Unis, l'entreprise étant au cœur du dispositif, le risque santé apparaît davantage comme un risque d'entreprise et, se faisant, il renvoie aux concepts classiques de stratégies d'entreprise.

■ L'augmentation des coûts et des dépenses de santé, un facteur de risque d'entreprise

Les dépenses de santé aux États-Unis ont augmenté de manière significative ces dernières années, comme le souligne le tableau 1, avec près de 4,5 % par an en moyenne. Des raisons exogènes et endogènes au système d'assurance santé expliquent cette envolée des dépenses <sup>5</sup>.

Tableau 1 : Évolution des dépenses de santé

|            | Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB |      |      |      |      |      |
|------------|---|------|------|------|------|------|
|            | 1960  | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2002 |
| États-Unis | 5   | 6,9  | 8,7  | 11,9 | 13,1 | 14,6 |
| France     | 3,8   | 5,4  | 7,1  | 8,6  | 9,3  | 9,7  |

Source Éco-santé OCDE 2004

Cette tendance s'est également accompagnée d'une augmentation des frais de gestion. Sur la période 1970-2002, le coût d'administration de l'assurance privée est passé de 2,8 à 104,9 milliards de dollars. Comme le souligne Sauviat (2004), il représente aujourd'hui près de 9 à 15 % du coût total des services de santé, alors qu'ils ne sont qu'à 2 % dans les programmes fédéraux.

La progression continue des dépenses de santé et des frais de gestion pèse sur les assureurs privés qui répercutent cette hausse sur les montants des cotisations d'assurance santé payées par les entreprises, ce qui modifie par suite le coût du travail. Selon un responsable de Daimler-Chrysler,

l'industrie automobile craint même pour sa survie et sa compétitivité en raison de la charge financière que représentent la santé et les retraites. Pour chaque voiture vendue, 1 000 \$ sont imputables aux dépenses de santé. Pour l'entreprise Sprint, c'est tout simplement le poste de dépense qui augmente le plus vite. Il est donc intéressant de comprendre comment les entreprises ont adapté leurs stratégies afin de contenir ce poste comptable.

■ Un benchmark des entreprises américaines en matière de santé

Notre étude repose sur une série

d'entretiens effectués aux États-Unis auprès de quatre grandes entreprises américaines – Sprint (Kansas City), Rank Xerox (Rochester), Johnson & Johnson (New Jersey) et Daimler Chrysler (Détroit) – et du National Business Group on Health, association influente de réflexion sur le système de santé regroupant plus de 185 entreprises (*cf.* tableau 2). Plusieurs raisons justifient ces choix. Le cas de ces entreprises nous a semblé pertinent dans la mesure où elles ont ou avaient une position dominante sur leurs marchés respectifs et affichent une activité économique significative, mesurée ici par le chiffre d'affaires. En outre, elles se situent sur des secteurs très concurrentiels. Que ce soit dans le contexte d'une

société dynamique, sur un marché porteur comme Sprint, ou dans un contexte difficile pour Daimler Chrysler (affaïssement de la rentabilité), ces entreprises doivent mettre en œuvre les mêmes politiques de contrôle des dépenses de santé tout en offrant à leurs employés une couverture maladie compétitive pour préserver leur attractivité sur le marché du travail. Enfin, chacune de ces entreprises a atteint une taille critique significative en termes de population couverte.

Ces données ont été recueillies auprès des directeurs santé de ces groupes à l'aide d'entretiens semi-directifs qui s'inscrivent dans une logique qualitative inductive<sup>6</sup>. En effet, il s'agit de dessiner les tendances stratégiques en matière de santé à partir des décisions et des vécus des responsables. La diversité des entreprises et des secteurs renforce l'intérêt du *benchmark*. La politique santé d'une grande entreprise américaine ne s'inscrit pas seulement dans la politique de

ressources humaines, mais aussi dans la stratégie globale comme un facteur différenciant. Une stratégie santé mal agencée détruit de la valeur économique. Véritable activité de soutien, elle s'intègre donc dans la chaîne de valeur de l'entreprise (Porter, 1985). Elle en devient un maillon de plus en plus déterminant. Qui plus est, elle s'intègre comme un élément différentiel sur le marché du travail : une offre santé cohérente de qualité attire les meilleurs salariés.

**Tableau 2 : Présentation des entreprises du *benchmark***

|                              | Secteur d'activité       | Intérêt du <i>benchmark</i>  | Chiffre d'affaires milliards de \$          | Salariés | Personnes couvertes | Retraités |
|------------------------------|--------------------------|--|---|----------|---------------------|-----------|
| <b>Chrysler-Daimler</b>      | Automobile               | Dérive des frais de santé dans un contexte économique et sociale difficile               | 60  | 90 000   | 390 000             | 100 000   |
| <b>Sprint</b>                | Téléphonie et mobiles    | Dérive des frais de santé dans le contexte d'une société dynamique sur un marché porteur | 20  | 65 000   | 114 000             | 18 000    |
| <b>Johnson &amp; Johnson</b> | Médicaments<br>Matériels | Politique innovante en matière de prévention et de <i>wellness</i>                       | 42  | 110 000  | 250 000             | non donné |
| <b>Rank Xerox</b>            | Photocopieur             | Transformation réussie de l'assuré en un acteur responsable et compétent                 | 15,7  | 61 000   | 100 000             | non donné |
| <b>NBGH</b>                  | Groupe de pression       | Action proactive pour accroître le rôle des entreprises dans le système de santé         | Regroupement de 185 entreprises américaines |          |                     |           |

Source : entretiens, NBGH, 2004.

## ■ Des stratégies de positionnement à des stratégies de mouvement

### ◆ Stratégies de domination par les coûts

Face à l'augmentation des dépenses de santé, une première réaction a consisté à appliquer une stratégie classique de domination par les coûts

qui peut se définir comme une stratégie de domaine reposant sur un avantage concurrentiel de coûts faibles (Helfer et alii, 2004). Elle consiste à obtenir un même produit, la santé, au coût le plus faible possible. Elle doit ainsi contribuer à créer un avantage concurrentiel. Cette stratégie se retrouve plus particulièrement dans les secteurs très concurrentiels comme celui de Sprint, Rank Xerox et Johnson & Johnson, ou les

secteurs en difficulté comme le secteur automobile américain où la recherche d'un avantage concurrentiel est capitale.

### ◆ Stratégies de domination interne par les coûts

La première stratégie appliquée pour limiter le risque santé supporté par les entreprises consiste à mutualiser ce risque entre les salariés. Le nombre

de salariés permet de reporter les économies faites sur les salariés jeunes et bien portants sur les personnes à risque comme les salariés plus âgés, ainsi que les retraités. Cependant, dans un contexte de population vieillissante, encore plus marqué dans le secteur automobile, la mutualisation ne règle pas le problème dans la mesure où les plus de 50 ans et les retraités sont plus nombreux que les moins de 50 ans. L'intérêt d'une mutualisation du risque est donc rapidement limité par la pyramide des âges. Les autres méthodes pour empêcher que ce risque ne pèse trop fortement sur le compte de résultat telles que la titrisation ou la dette ne semblent pas appropriées en raison du manque de visibilité sur l'évolution du risque à long terme. Seuls les pouvoirs publics peuvent se permettre de financer les déficits des caisses de sécurité sociale par des emprunts car eux seuls disposent du pouvoir de lever l'impôt.

◆ Stratégies de domination externe par les coûts et intégration verticale : les MCO

Une autre méthode consiste à externaliser le risque vers les assureurs afin qu'ils le mutualisent sur un portefeuille d'assurés plus grand, cette externalisation permettant ainsi de lisser les caractéristiques démographiques des différents secteurs d'activité. Ce transfert du risque reste cependant imparfait dans la mesure où les assureurs ont la capacité de réviser les cotisations en fonction des sinistres. La stratégie mise en place dans les années 1980 a consisté à combiner une stratégie d'externalisation du risque vers les assureurs avec

une intégration verticale des assureurs vers les offreurs de soins. Ces réseaux de soins appelés *Managed Care Organizations* (MCO) sont définis par l'American Public Health Association comme un « système de financement et/ou de distribution organisé dans le but de contrôler l'utilisation des services de santé par ses affiliés, en vue de contenir les dépenses, d'améliorer la qualité, ou de répondre à ces deux objectifs ». Ils visent à casser la triple relation d'agence patient/assureur/médecin (Arrow, 1963) et à transférer une partie du risque vers les médecins, qui ont alors pour consigne de limiter les dépenses de soins.

– *La logique des MCO*

Les entreprises incitent les assureurs à organiser eux-mêmes l'offre de soins par la mise en place de réseaux intégrés ainsi que par la normalisation des référents et des pratiques médicales. Plutôt que de laisser les assurés consulter le médecin de leur choix, les MCO incitent les assurés à consulter des médecins agréés par l'assureur. En contrepartie, les assurés bénéficient de taux de remboursement plus intéressants.

Parallèlement, les médecins agréés reçoivent des consignes strictes en termes de tarifs et de pratiques médicales. Enfin, les employeurs subventionnent les salariés pour qu'ils s'assurent auprès de l'assureur partenaire avec lequel l'entreprise a passé un accord. Le NBSGH propose ainsi de lutter contre les incitations à la dépense des industries du médicament, contre les coûts inutiles (hôpitaux trop nombreux, facturations abusives) et de favoriser les leviers sources d'économies, tels

que le recours aux génériques.

On peut alors distinguer différents cas d'incitation. Dans le cas des *Health Managed Organizations* (HMO), qui représentent 50 % des cas, les salariés sont obligés de consulter un médecin du réseau. Dans le cas des *Preferred Provider Organization* (PPO), les salariés ont le choix mais ils bénéficient d'un rabais s'ils consultent au sein du réseau. L'intérêt du MCO est d'identifier un médecin référent pour chaque salarié, de sélectionner les médecins les plus efficaces, de simplifier le suivi des patients, de développer une catégorie de personnel de santé intermédiaire entre médecins et infirmiers et de remplacer des traitements chirurgicaux par des traitements pharmaceutiques moins coûteux. Les médecins appartenant au réseau de soins sont incités à choisir les soins les moins coûteux.

– *Des résultats mitigés*

Les succès des MCO sont réels en termes d'adhérents puisque 70 % de la population couverte par les entreprises acceptent de passer par ces réseaux (The Economist, 2004). Les médecins ont de leur côté intégré en masse ces réseaux puisqu'ils étaient près de 92 % en 1997 (Sauviat, 2004). Dans un premier temps, la progression des dépenses de santé s'est quelque peu ralentie et on a cru que le système des MCO avait réussi à endiguer l'augmentation des dépenses de santé. Des mesures sur les effets des différents HMO sur le niveau des dépenses des États entre 1988 et 1993 montrent qu'une augmentation de 10 % du nombre d'adhérents à une HMO entraîne une réduction de 5 % du taux de

croissance des dépenses de santé (Cutler et Sheiner, 1997). Cependant, après une courte phase de stabilisation, l'augmentation des dépenses de santé s'est à nouveau accélérée pour atteindre plus de 50 % sur les cinq dernières années.

Dans un contexte de cotisations d'assurance santé inflationnistes, les montants des cotisations payées au sein d'un MCO sont moins élevés que dans le cadre d'un contrat d'assurance santé traditionnel. Les cotisations santé des MCO restent entre 16 et 38 \$ moins chères pour un personne seule et entre 40 et 95 \$ pour une famille<sup>7</sup>. Les MCO ne freinent pas pour autant la croissance continue du montant de ces cotisations depuis 1992. Les assureurs ont donc répercuté la hausse des dépenses sur les cotisations payées par les entreprises à hauteur de 90, voire 100 %. Les cotisations ont ainsi augmenté encore plus rapidement que les dépenses de santé, soit une augmentation de 43 % sur les trois dernières années pour les cotisations employeurs et de 49 % pour les cotisations payées par les employés. Enfin et surtout, le système des MCO a provoqué un double mécontentement. D'une part, les assurés estiment que l'accès aux soins est trop contraint notamment dans le cadre des HMO et que la pression exercée sur les médecins pour limiter leurs coûts s'est faite au détriment de la qualité. D'autre part, les professionnels de santé se considèrent trop entravés dans leurs pratiques médicales. Cette stratégie n'a donc pas réussi à modifier les comportements des salariés en matière de santé. Elle leur a surtout proposé un service moins coûteux mais de qualité moindre.

– *Les raisons de l'échec des MCO : la concurrence tue la concurrence*

La concurrence dans le système de santé américain n'a pas permis une régulation optimale. L'objectif d'une régulation concurrentielle entre les payeurs et les fournisseurs de soins était de favoriser la maîtrise des coûts et des dépenses. En préférant s'allier avec les assureurs privés au nom de la liberté d'exercice et de choix, les médecins se retrouvent fortement contrôlés par les assureurs (organisation, rémunération, choix du traitement). D'une manière générale, l'introduction d'une dose de concurrence supplémentaire a renforcé la mise en place d'institutions de centralisation ainsi que le contrôle de l'offre et de la demande de soins. Il est intéressant de remarquer à ce niveau que le fait d'introduire davantage de régulation par le marché a conduit au résultat strictement inverse dans la mesure où le système s'est retrouvé, par le jeu des alliances et de l'intégration verticale, complètement administré (Porter et Teisberg, 2004). Les principes de *Managed care* modifient la concurrence *ex ante* et *ex post*. Ils établissent les conditions d'une « concurrence restreinte » puisque le MCO impose le panier de prestations et des plan médicaux aux professionnels de soins (Bocognano et alii, 1999). Porter et Teisberg vont plus loin en expliquant que les MCO ont créé le « niveau zéro de concurrence » dans le système de santé américain. L'absence de concurrence au sein des MCO s'est traduite par un affaiblissement de la qualité et la sous-tarification des actes médicaux a été une source d'inefficience car elle n'a pas incité pas les professionnels de santé à réduire les coûts. Au final,

l'absence de possibilité de concurrence par le marché crée des situations de rente pour les professionnels de santé adhérents du dispositif. La concurrence par le marché devrait pourtant permettre de restaurer l'efficacité économique en termes de prix. Le concept de « *competition for the field* » (Chadwick, 1859) permet de réintroduire la concurrence entre offreurs potentiels *ex ante*, avant d'intégrer un MCO. La sélection des meilleures propositions en termes de prix et de qualité ainsi que le recours à des clauses de renégociation des contrats permettraient de déterminer des prix pratiqués *ex post* proches du niveau concurrentiel. Une telle pratique diminuerait ainsi le poids de la réglementation imposée par le MCO et restaurerait un niveau de concurrence suffisamment incitatif pour élever le couple coût-qualité des soins.

L'échec relatif des MCO a eu le mérite de montrer que les stratégies de domination par les coûts ne semblent pas efficaces dans le domaine des couvertures santé.

Contrairement à d'autres charges supportées par l'entreprise, la stratégie du *low cost* en matière de santé semble difficile à tenir car elle mécontente l'ensemble des acteurs, y compris les entreprises dans la mesure où les cotisations d'assurance employeurs ont très fortement progressé ces dernières années. Comme le résume la figure 1, les zones C et D ne semblent pas tenables en matière de santé. La plupart des entreprises se situent dans la zone B et essaient d'évoluer vers la zone A à l'aide de stratégies de différenciation.

◆ Stratégies de différenciation

Les entreprises s'orientent de plus en plus vers une stratégie de différenciation que l'on peut définir comme une stratégie de domaine reposant sur un avantage concurrentiel perçu comme étant unique par l'ensemble du marché (Helfer et alii, 2004). Elles vont toujours limiter les dépenses de santé mais en s'appuyant davantage sur des objectifs qualitatifs basés sur la prévention et des politiques de mieux-être (dites de « *wellness* » aux États-Unis).

– *Les politiques de wellness*

Les politiques de « *wellness* » se caractérisent par une intervention directe des entreprises sur le comportement des salariés. Il s'agit d'inciter les individus à s'informer, à acquérir des compétences et à se responsabiliser pour mieux gérer leur capital santé. C'est le point le plus innovant des politiques santé mises en œuvre dans les entreprises rencontrées, notamment chez Johnson & Johnson où ces politiques de « *wellness* » mises en œuvre dès 1978 ont été récompensées par plusieurs prix professionnels. Par politique de « *wellness* », on entend la mise en place de règles d'hygiène de vie en matière d'alimentation, de pratiques sportives ou de gestion du stress afin d'améliorer la santé des salariés. Ces programmes tiennent compte du fait que la plupart des pathologies auraient pu être évitées par des comportements plus appropriés. Pour l'appliquer, les dirigeants ont d'abord proposé une incitation financière pour emporter l'adhésion des salariés avant de faire basculer ce programme vers un régime plus coercitif. Outre les

économies constatées, l'amélioration de la productivité du personnel a encouragé l'entreprise à étendre ce dispositif à l'ensemble des salariés à l'image de la démarche pionnière de Johnson & Johnson, Sprint et Daimler Chrysler. Cependant, ce type de politique peut poser des problèmes éthiques et nécessite de savoir où s'arrête le curseur des contraintes à faire peser sur les salariés. La prévention et le « *wellness* » deviennent peu à peu des priorités stratégiques car elles doivent permettre de diminuer les dépenses de santé, d'améliorer la santé des individus et d'augmenter ainsi leur productivité.

– *La recherche d'un double avantage concurrentiel*

Les entreprises cherchent donc à se constituer un double avantage concurrentiel. Nous nous situons donc plus dans le cadre d'une pensée stratégique classique à la Porter où chaque entreprise doit développer un seul avantage concurrentiel. Ces nouvelles stratégies de santé tentent au contraire de concilier des objectifs que l'on pensait auparavant inconciliables à savoir le coût et la qualité. D'une part, diminuer les coûts de la santé pour contenir le coût du travail par rapport aux entreprises concurrentes permet d'améliorer la compétitivité « prix » sur le marché, notamment dans le secteur automobile à l'image de Daimler-Chrysler et de Général Motors. D'autre part, l'entreprise cherche à fonder un avantage concurrentiel sur la spécificité de l'offre santé qu'elle construit, cette spécificité étant reconnue et valorisée par les salariés. En effet, les salariés ont de très fortes attentes en

matière de couverture santé et veulent avoir la possibilité de contracter des contrats collectifs d'assurance santé avec des cotisations d'assurance santé plus faibles et une qualité de soins toujours plus élevée. Elle cherche à faire de la politique de santé un des éléments de la politique de rémunération pour attirer et conserver les meilleurs éléments. D'une certaine manière, de par la spécificité de leur politique santé, les entreprises cherchent à fidéliser leurs salariés. Un sondage du *Wall Street Journal Online*<sup>8</sup> nous indique que la majorité des employés seraient enclins à accepter de ne pas être augmentés du moment que leurs avantages actuels en matière de couverture santé ne sont pas réduits. De plus, des employés en meilleure santé ont une meilleure productivité, coûtent moins chers en termes de dépenses de santé et de *turn over*.

Nous raisonnions auparavant dans un cadre de concurrence pure et parfaite où la santé était un bien homogène que les entreprises devaient obtenir au moindre coût. Dans le cas d'une stratégie de coût, la nature de l'avantage concurrentiel recherché est unique et parfaitement identifiée. Nous nous intéressons maintenant au caractère hétérogène de la santé. De la même manière qu'un individu exprime rarement un besoin d'un bien en particulier (par exemple les tomates) mais plus généralement qu'il cherche à satisfaire un besoin (celui de se nourrir), on peut avancer que les salariés ne cherchent pas absolument à consommer des soins de santé à bas prix, mais qu'ils augmentent leur degré de satisfaction s'ils sont en bonne santé. Avec les travaux de Lancaster (1966),

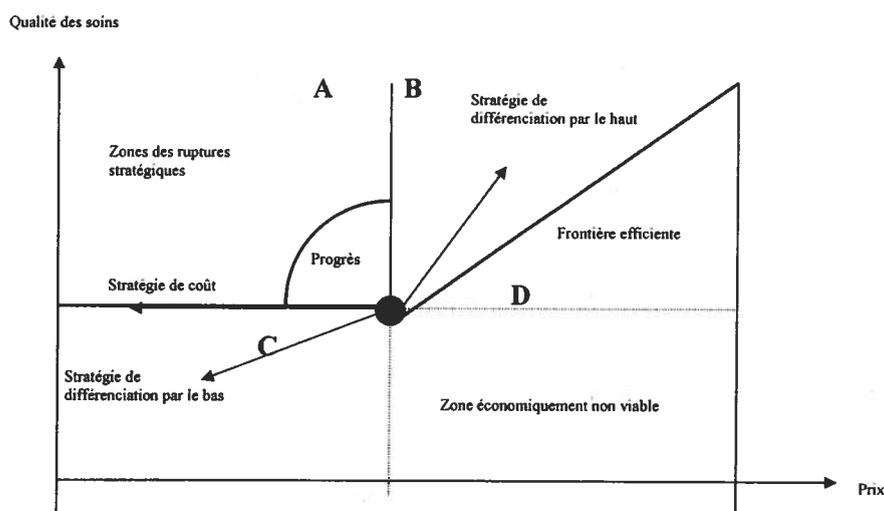
l'hypothèse de stabilité des préférences redevient compatible avec des changements dans le mode de consommation. En matière de santé, un besoin stable peut être satisfait par des politiques différentes, politique de bas coût sur les soins ou politique de prévention. L'idée d'une stratégie de différenciation dans les contrats santé d'entreprises consiste donc à satisfaire le besoin santé avec le volet prévention davantage qu'avec le volet offre de soins. Ainsi, une substitution s'opère entre les facteurs susceptibles de maintenir un état de santé

vécu comme satisfaisant.

La figure 1 spécifie quatre zones distinctes de différenciation stratégique. Une zone économique non viable est située en-dessous de la frontière d'efficacité<sup>9</sup>. À noter que dans le modèle initial, la frontière d'efficacité correspond à une droite passant par l'origine alors que dans le cas de la santé, elle est coudée dans la mesure où il est très difficile pour une entreprise de proposer à ses salariés une couverture santé inférieure à un certain niveau de qualité. C'est d'ailleurs pour cela qu'une stratégie

« *low cost* » est difficile car la flèche de progression se situe exactement sur la courbe d'efficacité. La zone de stratégie de différenciation par le bas n'est donc pas adaptée dans le cas de la santé. La zone des stratégies de différenciation par le haut n'intéresse pas directement les entreprises car elle s'accompagne nécessairement d'une augmentation des coûts, ce que les entreprises veulent à tout prix éviter. Elle s'apparente à une stratégie haut de gamme qui ne s'avère pas pertinente dans le cas d'une couverture santé d'entreprise.

Figure 1 : Positionnement des stratégies de différenciation



Les entreprises étudiées essaient donc de se situer dans la zone des ruptures stratégiques dans le sens où elles veulent garantir à leurs salariés une meilleure santé avec un coût inférieur. Les stratégies de rupture sont en général le résultat d'innovations technologiques majeures, souvent introduites par des entreprises exté-

rieures au domaine d'activité (Bijon, 2004). Dans le cas de la santé, l'apport technologique provient des études réalisées sur la prévention qui permettent d'identifier les comportements à risques.

En réalité, la notion de stratégie de différenciation ne suffit pas à rendre compte des spécificités des politiques

de *wellness* car les stratégies de différenciation restent dans le cadre conceptuel des stratégies d'adaptation et de positionnement (Métais et alii, 2001). Certes, ces politiques de *wellness* permettent d'acquérir un avantage sur le marché du travail. Mais ce marché étant tellement évolutif, surtout aux États-Unis, il est

illusoire de penser que ces entreprises conserveront cet avantage très longtemps si elles ne s'adaptent pas suffisamment vite aux exigences des salariés. Par ailleurs, ces politiques de *wellness* visent à combiner réduction des coûts et différenciation, ce qui semblait incompatible dans l'approche traditionnelle classique. Enfin, elles ne peuvent être implémentées que sous certaines conditions, c'est pourquoi l'approche fondée sur les ressources (Peteraf, 1993) semble plus pertinente pour rendre compte de ces nouvelles politiques d'entreprises. Pour que l'implémentation des politiques de *wellness* soit réellement efficace, l'entreprise doit remplir certaines conditions qui sont autant de ressources dont elle doit disposer.

◆ Les conditions du *wellness* : une approche par les ressources

Les nouvelles politiques de santé se caractérisent par le passage d'une stratégie de recherche d'avantage concurrentiel à une stratégie en mouvement qui modifie directement le jeu concurrentiel. Il s'agit d'inciter les individus à gérer leur capital santé tout comme leur capital financier.

– *Ressource et intention stratégique*

L'entreprise est un espace de coercition, de motivation et de formation. Ce sont là des atouts précieux pour influencer sur les comportements, comme en témoignent les résultats spectaculaires obtenus chaque fois que ces leviers sont utilisés, notamment en ce qui concerne les accidents du travail. On peut donc considérer que l'employeur peut jouer un rôle dans une meilleure gestion des dépenses de santé en agis-

sant sur les comportements de ses salariés, que ce soit dans leur façon de recourir au système de soin ou que ce soit par des actions de prévention pour modifier leur mode de vie (campagnes antitabac ou contre l'obésité par exemple). De la même manière, l'entreprise peut aussi améliorer les conditions de travail des salariés. L'employeur bénéficie d'une certaine légitimité en raison de la durée des contrats de travail, souvent plus long que les contrats d'assurance, et dispose d'un espace coercitif important. Il convient cependant de rester vigilant sur les éventuelles dérives : l'entreprise n'a pas à organiser le « meilleur des mondes ».

– *Une ressource significative*

Les travaux de Dever sur l'état de santé des Américains montrent que ceux-ci adoptent fréquemment des comportements à risque (Dever, 1993). Quarante-trois pour cent des décès auraient pu être évités par des comportements plus appropriés au maintien de la santé. Les politiques de « *wellness* » constituent une ressource significative dans la mesure où les dépenses en termes de prévention sont plus que compensées par les économies réalisées en matière de dépenses de santé.

– *La nécessité d'une politique de long terme*

Une autre ressource nécessaire à l'efficacité de ces politiques réside dans l'horizon temporel dont dispose l'entreprise. Les politiques de *wellness* ne sont en effet intéressantes qu'à long terme. Or la capacité de mener une politique de long terme renvoie à la structure du capital (familial ou dilué) ainsi qu'à la stabilité du mana-

gement. Dans le cas de la santé, l'avantage concurrentiel repose également sur la capacité de l'entreprise d'intégrer la prévention dans sa politique des ressources humaines et d'obtenir une adhésion des salariés.

– *Le recours à une communication interne intensive*

Pour mettre en œuvre ce type de mesures, les entreprises ont dû faire des efforts réels en matière de communication interne afin de favoriser la compréhension de la démarche. Une entreprise comme Johnson & Johnson reconnaît que le processus pour obtenir la confiance et l'adhésion des salariés est très long (plus de 10 ans) et a nécessité un management actif. La période entre la prise de décision et sa mise en œuvre est un moment intense de préparation, de dialogue social et de concertation afin de susciter une réelle adhésion des salariés à la politique santé. Les expériences menées par Sprint et Xerox illustrent aussi la nécessité de communiquer en interne afin d'expliquer les décisions prises et de socialiser les salariés et de garantir également la confidentialité indispensable des données individuelles et la transparence des données collectives. La difficulté de l'« enforcement » nécessite une entreprise plus communicationnelle et plus apprenante pour imposer des incitations efficaces et modifier les comportements des salariés.

◆ Un apprentissage individuel et organisationnel des stratégies santé

La mise en place de ces stratégies exige un fort apprentissage organisationnel qui laisse une grande place à

l'individu <sup>10</sup>. Ce type de politique engendre des changements de normes comportementales à l'intérieur de l'entreprise. La réussite des politiques santé est devenue un tel enjeu concurrentiel qu'il est demandé aux salariés d'acquérir une compétence supplémentaire. L'apprentissage

organisationnel devient alors une des « seules sources d'avantage concurrentiel soutenable »<sup>11</sup>. En modifiant le cadre de référence des salariés, l'entreprise doit trouver des canaux d'apprentissage adaptés à sa vision stratégique. Cette vision stratégique repose notamment sur l'ambition de

faire du salarié un gestionnaire compétent de sa santé. Cela nécessite donc une formation individuelle, un travail de groupe intensif et le développement d'une culture d'entreprise et de structures accompagnant l'apprentissage de nouveaux comportements en matière de santé.

**Tableau 3 : Entreprise apprenante - le cas Johnson & Johnson**

| Thèmes  | Objectif   | Méthode   |
|---|--|---|
| Politique de <i>wellness</i> et de prévention entamée dès 1978. | Diminuer les dépenses de santé<br>Améliorer la productivité du personnel<br>Faire du salarié un gestionnaire de sa santé | Questionnaires santé à remplir, Programme de suivi si risque décelé<br>Incitation financière<br>Communication intensive |

Source : Entretiens, NBGH, 2004.

Selon un de nos interlocuteurs américains chez Johnson & Johnson : « aujourd'hui, le salarié est ballotté au milieu de la mêlée ; demain, il doit être le pivot du dispositif ». Les entreprises comme Johnson & Johnson ou Rank Xerox ont rompu avec un certain nombre de routines en matière de santé. Si l'on reprend Roux-Dufort et Métais (1997), cette vision stratégique exige alors une forme d'apprentissage à plusieurs niveaux : à la fois en boucle simple par l'imitation ou l'adaptation aux nouvelles règles et, surtout, en boucle double pour intégrer la transformation des comportements en matière de santé et l'expérimentation de nouvelles pratiques de *wellness* <sup>12</sup>. Cette transformation permanente du cadre de l'entreprise et de ses salariés marque ici une rupture des stratégies de *wellness* avec les stratégies classiques de positionnement. Mais si cet

apprentissage, notamment en boucle double, est une source d'avantage concurrentiel, il nécessite du temps et un investissement en communication et en formation, comme chez Johnson & Johnson.

◆ Vers une stratégie compréhensive face au risque santé

Quel que soit le secteur, les entreprises américaines doivent mettre en œuvre des stratégies santé de plus en plus globales pour modifier le jeu concurrentiel en plaçant l'entreprise au cœur de la décision stratégique. À la différence des stratégies de positionnement et d'adéquation, l'entreprise ne doit pas chercher à adapter sa stratégie en fonction du secteur (analyse SWOT) ou d'un avantage concurrentiel. Au contraire, elle doit « pouvoir moduler sa posture stratégique, selon les enjeux de sa

situation »<sup>13</sup>. Ainsi, l'entreprise peut-elle-même changer sa zone de profit et sa structure de coût par une création substantielle de valeur induite par la réduction des dépenses de santé.

La figure 2 (page suivante) propose une synthèse de la posture stratégique globale de l'entreprise en matière de santé. Il s'agit de replacer le salarié au cœur de la stratégie santé. On peut même reprendre la notion de « configuration stratégique » (Roux-Dufort et Métais, 1997) puisque ce sont les besoins des salariés en matière de santé qui déterminent les compétences à acquérir et les outils à développer. De cette compréhension découle donc cette configuration stratégique qui évolue en fonction des besoins de salariés afin de mieux contrôler, voire diminuer, les dépenses de santé.

Figure 2 : Approche stratégique du risque santé : vers une stratégie comprehensive

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>Ligne du plan</b><br>Type et nombre d'offres de soins<br>Intégration des soins<br>Co-assurance | <b>Contribution</b><br>Impliquer davantage les salariés | <b>Analyse et diagnostic</b><br>Intégrer la politique santé dans la chaîne de valeur des salariés gestionnaires de leur capital santé | <b>Maintenir les salariés en bonne santé</b><br>Politique de « wellness » et de prévention | <b>Promouvoir la responsabilité du consommateur</b><br>Éducation<br>Co-financement<br>Apprentissage      |
| <b>Financement</b><br>Ressource propre  | <b>Vendeur</b><br>Négociation des contrats santé        | Liens avec le contexte  | Stratégie de mouvement<br>Apprentissage organisationnel                                    | <b>Promouvoir la réforme du marché</b><br>Action collective<br>Politique de qualité ( <i>leap frog</i> ) |

## Conclusion

L'augmentation des dépenses de santé nécessite une normalisation économique et ne peut refuser l'analyse de sa performance. L'expérience américaine montre que les entreprises peuvent être des acteurs responsables de la gestion des dépenses de santé, en imposant une régulation de l'offre de soins cohérente et une politique de santé globale même si, en matière de « wellness », il convient de rester prudent face à la tentation du « big brother ». L'évolution des stratégies de positionnement et d'adéquation vers des stratégies de mouvement pour gérer le risque santé a contraint l'entreprise à devenir un lieu d'apprentissage permanent en matière de comportements liés à la santé. Avec les nouvelles réformes qui renforcent le rôle des complémentaires d'entreprises, on est en droit de se demander si les entreprises françaises vont être amenées d'ici peu à mettre en place des stratégies similaires. Parallèlement, ces pratiques redéfinissent le métier de l'assureur. Si les réformes des années 1980 aux États-Unis avaient eu pour conséquence

un transfert du risque vers les médecins *via* les MCO, les réformes mises en oeuvre en 2003 ont eu pour conséquence un transfert du risque vers les individus que ce soit *via* le développement des comptes épargne santé<sup>14</sup>, notamment chez Rank Xerox qui rompt avec le principe de mutualisation ou avec les politiques de *wellness* qui exercent une action sur les sinistres en amont. Le risque santé, jusqu'alors chasse gardée des assureurs, pourrait très bien être concurrencé, d'un côté, par les banques *via* les comptes épargne santé et, de l'autre côté, par la fonction ressources humaines interne à l'entreprise. On est donc en droit de se demander si le transfert du risque vers les individus, que ce soit en amont ou en aval, n'a pas vocation, à terme, à porter atteinte au fondement même du métier d'assureur.

### Notes

1. Voir MacMin D. R., Brockett P. L., 2004.
2. Majnoni d'Intignano, p. 111, 2001.
3. Salzman, 2004.

4. Ces déductions fiscales dont bénéficient les entreprises représentent 120 milliards de \$, soit 1 % du PIB.

5. Pour une analyse plus complète voir notre article sur l'implémentation des réformes de systèmes d'assurance santé, 2004 Risques n° 58

6. Cette logique est expliquée par Rispal M. 2002.

7. *Employer Health Benefits, 2001 - Kaiser Family Foundation & Health Research and Education Trust.*

8. *The Wall Street Journal Online, July 23, 2003.*

9. Cette frontière efficiente fait référence à la théorie financière de Markowitz dans laquelle cette « frontière » identifie les placements financiers qui présentent un couple rendement espérance de rendement risque satisfaisant. Cette frontière d'efficience correspond dans le cas présent au couple prix qualité de la couverture santé qui est acceptable.

10. Voir Argytis Ch ; Schön D.A, 1978, et Métais E. ; Roux-Dufort C, 1997.

11. Métais E, Roux-Dufort C, 1997, p.1.

12. Pour une analyse plus détaillée des notions d'apprentissage en boucle simple et en boucle double, se reporter à Helfer et alii, 2004, p.404-405.

13. Saïas ; *Métails* ; 2001, p.209.

14. Voir à ce sujet les articles de Salzman, 2004, et de MacMinn D. R. ; Brockett P. L., 2004.

### Bibliographie

ARGYTIS, Ch. ; SCHÖN, D.A. ; Organizational Learning ; Addison Wesley, 1978.

ALESINA, A. ; ANGELETOS, G.M. ; Fairness and Redistribution : US versus Europe ; *Harvard Institute Research Working Paper*, n°1983, 2003.

ARROW, Kenneth ; Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux ; publié en français par la revue *Risques* n° 26, 1996, p.141 à 169 ; Uncertainty and the welfare economics of medical care ; *American Economic Review*, 53, p.951-973, 1963.

BARATAS, Mathieu ; PLISSON, Manuel ; L'implémentation des réformes des systèmes de santé ; *Risques*, n° 58, juillet, 2004.

BARATAS, Mathieu ; PLISSON, Manuel ; Assurance santé : vers une prise en charge globale de l'assuré ; Étude Capa, novembre, 2004.

BIJON, C. ; Les stratégies de rupture ; *Harvard-L'Expansion*, automne, 1984.

BOCOGNANO, Agnès ; COUFFINHAL, Agnès ; GRIGNON, Michel ; MATHIEU, Ronan ; POLTON, Dominique ; Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel ; *Économie et Statistique*, n° 328, 1999.

CHAMBARETAUD, Sandrine ; LEQUET-

SLAMA, Diane ; Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation ; *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 56, 2002.

CUTLER, David ; SHEINER, L. ; Managed care and the growth of medical expenditures, *NBER Working Paper*, n° 6140, 1997.

DEVER, G.E. ; An Epidemiological Model for Health Policy Analysis ; 2 ; 453-456; 1977; in Jenicek M. ; Cleroux R. ; *Epidémiologie* ; Maloine, 1993.

EMPLOYER HEALTH BENEFITS ; *Kaiser Family Foundation & Health Research and Education Trust* ; 2001.

HELPER, Jean-Pierre ; KALIKA, Michel ; ORSONI, Jacques ; *Management, Stratégie et Organisation*, Vuibert, 2004.

LANCASTER, K. J. ; A new Approach to Consumer Theory ; *Journal of Political Economy*, 1966.

MACMINN, D.Richard ; BROCKETT, Patrick L. ; Les grands défis des assureurs américains ; *Risques*, n° 60, octobre-décembre, 2004.

MAJNONI D'INTIGNANO, Béatrice ; Économie de la santé ; PUF, 2001.

MARKOWITZ, H. ; Portfolio Selection : Efficient Diversification of Investments ; Wiley, 1959.

PETERAF, M.A. ; The Cornerstones of Competitive Advantage : A Resource-Based View ; *Strategic Management Journal*, vol.14, p.179-191, 1993.

PORTER, Michael E. ; Competitive strategy ; The Free Press, New York, 1980.

PORTER, Michael E. ; Competitive

advantage, The Free Press, New York, 1985.

PORTER, Michael E. ; The Contribution of Industrial Organization to Strategic Management ; *Academy of Management Review*, n° 4, 1981.

PORTER, Michael E. ; TEISBERG, Elizabeth Olmsted ; Redefining Competition in Health Care ; *Harvard Business Review*, June, pp.65-76, 2004.

RAMANANTSOA, Bernard ; Stratégie ; in SIMON Yves ; Pierre JOFFRE ; *Encyclopédie de Gestion*, Economica.

RISPAL Martine ; *La méthode des cas* ; De Boeck, 2002.

ROUX-DUFORT, Christophe ; METAIS, Emmanuel ; Visions stratégiques et formes d'apprentissage organisationnel : des stratégies d'intention ; *Acte de la conférence AIMS*, Montréal, 1997.

SAIAS, Maurice ; METAIS, Emmanuel ; Stratégie d'entreprise : évolution de la pensée ; *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol.4, n°1, p.183-213, 2001.

SALZMAN, Bernard ; Les assureurs privés maîtres du système de santé américain : mais pour combien de temps encore ? ; *Risques*, n° 60, octobre-décembre, 2004.

SAUVIAT, Catherine ; États-Unis : un système de santé en crise bien que privatisé ! ; *Chronique Internationales de l'IRE*, n° 91, novembre, 2004.

THE ECONOMIST ; A survey of health care finance ; July 17th 2004

THE WALL STREET JOURNAL ONLINE ; July, 23, 2003.

# Le financement et l'organisation de la police de l'eau en France

*Alexandre Brun*

*Université de Caen, Basse-Normandie*

*Stéphane Marette*

*UMR Économie publique, INRA INAPG*

**L**a surveillance des milieux aquatiques est une question importante pour au moins deux raisons <sup>1</sup>. Premièrement, la dégradation de la qualité des eaux souterraines et superficielles entraîne des risques sanitaires et, en corollaire, des coûts supplémentaires pour la fourniture d'eau potable. Deuxièmement, le maintien des zones humides contribue à la prévention des inondations qui sont très coûteuses pour le contribuable et les assureurs. Les zones humides – en particulier les marais – jouent en outre un rôle utile de « stations d'épuration naturelles ».

La mission des pouvoirs publics dans le domaine de l'aménagement et de la gestion des eaux est d'assurer la protection et la valorisation des milieux aquatiques. Depuis 1964, date de la première loi sur l'eau en France, le législateur a renforcé le droit de l'eau dans un contexte communautaire de durcissement et de diversification des standards de qualité de l'environnement. Dans ce cadre, l'action publique est jugée « efficace » au plan économique dès

lors qu'elle permet d'obtenir de l'eau satisfaisant aux critères de qualité au moindre coût pour la société. Différents types d'interventions publiques peuvent limiter les défaillances de qualité provenant, d'une part, des pollutions d'origines domestiques, industrielles et agricoles, et, d'autre part, des aménagements inadaptés au contexte environnemental (remblaiements, enrochements, etc.). En première analyse, ce choix, parmi les divers types d'interventions, devrait être fonction de leur rapport coût/bénéfice. Il est cependant très difficile de définir un tel rapport dans un domaine aussi complexe que la gestion des milieux aquatiques.

De nombreuses prescriptions de la politique économique plaident pour la combinaison des instruments (taxe, subvention, norme, responsabilité civile...). Mais, une analyse des faits dans les pays de l'OCDE met en évidence une multiplication incohérente des instruments de politique de gestion de l'eau (Jones, 2003). En France, ce phénomène explique en partie l'inapplication des mesures

prises par les gouvernements successifs, en particulier lorsque celles-ci s'adressent aux exploitants agricoles (Gaona'ch et Leroux, 2002 ; Hermon, 2002). Ce faisant, la qualité des milieux aquatiques continentaux demeure préoccupante au regard des objectifs affichés par les pouvoirs publics (IFEN, 2002).

Les progrès réalisés au cours des quatre dernières décennies, dans le domaine du traitement des eaux usées et de l'adduction d'eau potable notamment, ne peuvent en effet masquer la persistance de « points noirs ». Dans certains cas, l'amélioration de la qualité des milieux aquatiques est compromise, et ce, en dépit de la mobilisation financière de l'État, des agences de l'eau et des collectivités territoriales (contrats de rivière, contrat de branche, mesures agri-environnementales...). Ainsi, la qualité biologique et physico-chimique des petits cours d'eau en aval des agglomérations reste souvent mauvaise, car leurs débits sont insuffisants par rapport aux effluents rejetés dans le milieu naturel. La Reyssouze à Bourg-en-Bresse (Ain)

illustre cette décourageante situation malgré la récente construction d'une station d'épuration par laquelle transitent désormais les rejets domestiques et industriels de la ville (Brun et Marette, 2003).

En revanche, dans la majorité des cas, la réduction des mauvaises pratiques agricoles pourrait conduire

à de réelles améliorations. L'épandage de lisiers effectué au gré des opportunités spatiales, et non selon un plan conforme à la réglementation, constitue un exemple fréquent de pratiques frauduleuses (Brun, 2005).

Les aménagements illégaux réalisés chaque année par des propriétaires riverains ou des entreprises aux

dépens des habitats fauniques sont également très nombreux. Ce constat renvoie à la question (trop souvent escamotée) de la surveillance des milieux aquatiques. Une telle question est délicate à aborder tant les missions sont variées et la fiscalité environnementale complexe à décrypter (voir tableau 1).

**Tableau 1 : Objectifs, acteurs et missions de la police de l'eau**

| <b>QUATRE OBJECTIFS PRINCIPAUX</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutter contre la pollution des eaux, en particulier celles destinées à l'alimentation humaine.</li> <li>- Contrôler la construction d'ouvrages faisant obstacle à l'écoulement des eaux.</li> <li>- Participer à la prévention des inondations.</li> <li>- Protéger les milieux aquatiques et les zones humides et concilier les différents usages de l'eau.</li> </ul>  |
| <b>DE NOMBREUX ACTEURS IMPLIQUÉS</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directions départementales de l'Agriculture et de la Forêt (DDAF)</li> <li>- Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DASS)</li> <li>- Ministère de l'Équipement <i>via</i> les Services maritimes (SM) et Services de la Navigation (SN)</li> <li>- Direction régionale en charge de l'Environnement (coordination régionale police)</li> <li>- Conseil supérieur de la Pêche (CSP), Gendarmerie nationale et maires des communes</li> </ul>   |
| <b>DEUX MISSIONS</b>  |
| <p>- <i>Police administrative</i></p> <p>Elle est assurée par les services déconcentrés de l'État en charge de l'agriculture, de l'équipement et de la santé (voir les acteurs impliqués cités précédemment). Cette mission consiste notamment à l'instruction et au suivi des dossiers de déclaration et demande d'autorisation, aux contrôles sur le terrain et aux révisions des autorisations, au suivi réglementaire des stations d'épurations urbaines et à la participation à l'élaboration de documents de planification (exemple : schémas d'aménagement et de gestion des eaux)</p> <p>- <i>Police judiciaire</i></p> <p>Elle est exercée sous l'autorité du procureur de la République pour la recherche et la constatation des infractions. Tous les agents et officiers de police judiciaire ainsi que les agents commissionnés par les préfets et assermentés sont compétents pour exercer cette mission.</p> |

Source : MEDD, 2004

Cet article revient sur les différents modes de financement des autorités chargées du contrôle de la qualité des eaux, en insistant précisément sur l'évolution du rôle, des missions et de l'organisation du Conseil supérieur de la pêche (CSP). Cet établissement public participe en effet activement à la surveillance des milieux aquatiques en combinant actions préventives et répressives, tant au titre de la police de l'eau qu'à celui de la police de la pêche.

## ■ Dégradation de la qualité des milieux aquatiques et inapplication du droit de l'eau

De nombreuses sources soulignent la dégradation de ces milieux et la vulnérabilité croissante des eaux souterraines. « Les ressources superficielles sont dans un état médiocre, selon les données de ces quatre dernières années » résume l'IFEN (2002, p.14). Le Commissariat général au plan (2001) insiste davantage sur le caractère « fragmentaire » et « éparse » des informations relatives à la présence de polluants dans les nappes phréatiques (insecticides, fongicides, herbicides).

Les régions sont inégalement exposées au risque de pollution. En Bretagne, il existe une panoplie d'instruments pour la gestion de l'eau, mais peu de dispositions réglementaires ont réellement été suivies d'effets (Jallifer et al., 2000, Cour des comptes, 2002). D'après les enquêtes que nous conduisons actuellement, il

en va de même dans la plaine de l'Ain, par exemple, où la sécheresse de l'été 2003 a révélé aux gestionnaires locaux les effets du contournement de la réglementation par les agents économiques à commencer par les producteurs de maïs.

Le respect des normes et des réglementations est un indicateur de la volonté d'un État d'améliorer la qualité des milieux aquatiques. Les normes s'appliquent aux processus de production, aux équipements (comme les stations d'épuration) et/ou aux rejets tolérés dans les milieux aquatiques. Or, la France figure parmi les pays régulièrement condamnés par la Cour européenne de justice pour absence ou retard de transposition de directives communautaires en droit interne, voire non-respect des directives. Dans le domaine qui nous préoccupe, on relève les condamnations suivantes :

- deux condamnations en 1999 pour non respect de la directive 79/409/CEE impliquant la désignation comme « zones de protection spéciale » de zones humides d'une dimension suffisante dans l'estuaire de la Seine (18 mars 1999, aff. C-166-97) et dans le Marais poitevin (25 novembre 1999, aff. C-96-98) ;

- une condamnation en 2001 pour non-respect de la directive 76/160/CEE du 8 décembre 1975 sur la qualité des eaux de baignade (15 mars 2001, aff. C-147-00). Comme le note la Commission européenne (AFP, 24 juillet 2003), « des problèmes de qualité persistent et la fréquence de surveillance n'est pas en conformité avec la directive de 1976 sur les eaux de baignade » ;

- deux condamnations pour l'excès de nitrates dans les eaux bretonnes, la première au titre de la directive 75/440/CEE sur les eaux douces superficielles (8 mars 2001, aff. C-266-99), la seconde au titre de la directive 80/778/CEE sur l'eau potable, remplacée depuis lors par la directive 98/38/CE (28 octobre 2004, aff. C-505-03) ;

- une condamnation en 2002 pour non-respect de la « directive nitrates » 91/676/CEE (27 juin 2002, aff. C-258-00). La directive nitrates mise en place dès 1994 est partiellement appliquée ;

- une condamnation en 2003 pour non-respect de la directive 76/464/CEE sur les substances dangereuses (12 juin 2003, aff. C-130-01) ;

- une condamnation en 2004 pour non-respect de la directive « eaux résiduaires urbaines » 91/271/CEE (23 septembre 2004, aff. C-280-02). Enfin, au niveau national, l'État français a été condamné pour l'absence de contrôle des porcheries en Bretagne (décision n°97182 du 2 mai 2001 du tribunal administratif de Rennes) et le 9 septembre 2004 le tribunal administratif de Rennes a annulé une décision du préfet du Morbihan visant à doubler la taille d'une porcherie.

Au vu de cet inventaire, il n'est pas abusif de parler de défaillance dans l'organisation des services publics, pour ce qui concerne les missions de police notamment (décrites dans le tableau 1). Même si les origines de cette défaillance sont multiples, deux causes clés sont à mentionner.

Premièrement, les moyens de police

sont insuffisants au regard des exigences réglementaires (voir le tableau 2 dans la section 3). La police de l'eau concerne environ 900 agents, équivalent temps plein (hors personnels du CSP), répartis essentiellement entre les directions départementales de l'agriculture et de la forêt, les directions départementales de l'équipement et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Cependant, le temps consacré par les agents aux visites sur le terrain est très réduit et les territoires à surveiller sont vastes, soit 275 000 km de cours

d'eau et des milliers d'hectares de plans d'eau. La faible fréquence des contrôles dans le domaine de l'eau, d'une part, et, le coût élevé des analyses des échantillons effectuées lorsqu'une pollution est avérée, d'autre part, conduisent à s'interroger sur la pérennité de l'activité de contrôle compte tenu de son mode actuel de financement. Il convient enfin de mentionner la multiplication de textes législatifs, rédigés sans considérations précises sur les moyens de police permettant d'atteindre les objectifs dictés par le législateur.

Deuxièmement, de gros utilisateurs et/ou pollueurs (en l'occurrence les agriculteurs) payent relativement peu l'utilisation de la ressource en eau et/ou sa dépollution en dépit du principe pollueur/payeur (Clarke, 2003, et Jones, 2003). Aussi, la fiscalité de l'eau en France nécessite-t-elle d'être profondément remaniée aux plans politique et organisationnel de manière à répondre plus exactement aux objectifs communautaires tout en étant plus « accessible » aux principaux contributeurs, à savoir les ménages.

**Tableau 2 : La fiscalité de l'eau en France**

| Fiscalité   | Contributeurs   | Bénéficiaires  |
|---|---|--|
| - Redevances <i>eau potable et assainissement</i>   | Usagers d'eau potable   | Service public de distribution et d'assainissement   |
| - Redevance <i>prélèvement</i><br>- Redevance <i>pollution</i><br>- Redevance <i>consommation</i> | Agents prélevant<br>Industriels, communes<br>Services de distribution | Subventions aux collectivités locales, aux industriels et aux agriculteurs pour l'amélioration des infrastructures liées à l'eau |
| - TGAP <i>préparations pour lessives</i><br>- TGAP <i>produits anti-parasitaires</i>              | Producteurs/utilisateurs des substances                               | Financement de l'exonération des charges patronales pour les 35 h  |
| - 4 taxes liées aux ouvrages hydroélectriques   | Propriétaires d'ouvrages hydroélectriques                             | Budget de l'État   |
| - Redevance <i>piscicole</i>  | Pêcheurs  | Amélioration de la ressource piscicole   |
| - Redevance <i>navigation</i>   | Usagers   | Entretien du réseau et budget de l'État  |

Source: CCEE (2003)

Le tableau 2 montre la complexité des mesures mises en place. Les deux TGAP (taxes générales sur les activités polluantes) sont affectées à une exonération des charges patronales pour les 35 heures censée favoriser l'emploi, en vertu du principe du

double dividende. Cette affectation a été notamment critiquée par le Sénat (2001) à cause du manque de ressources alternatives affectées à l'eau (voir ci-dessous). Le CCEE (2003, p.177 à 218) souligne le faible impact en termes de prix et de

changement des pratiques industrielles de ces deux TGAP, suggérant une efficacité limitée.

De plus, les redevances de la troisième ligne du tableau 1 sont reversées sous forme de subventions à l'amélioration des infrastructures, ce qui

complique l'analyse des payeurs/bénéficiaires de ce système fiscal. C'est tout particulièrement vrai pour le secteur agricole. L'examen des rapports d'activités des agences de l'eau (dont le principal mandat est d'émettre et de percevoir le produit de redevances) montre que les agriculteurs ne versent que 1,2 % des sommes allouées à la reconquête de la qualité aquatique alors qu'ils contribuent fortement à la pollution. Les ménages déboursent 84 % et les industriels 14,6 %. Au total, les agriculteurs reçoivent sept fois plus d'aides des agences de l'eau qu'ils ne leur paient de redevances.

Ainsi, repenser les moyens de police et la fiscalité environnementale liée à l'eau est essentiel en vue d'une plus grande efficacité. Avant de détailler cette question dans le cadre du Conseil supérieur de la pêche (CSP), une rapide synthèse de la théorie économique permet de poser les premiers jalons d'analyse.

## ■ La théorie concernant la politique de contrôle et les moyens de police

Comme la qualité des eaux est très difficilement vérifiable, les politiques de contrôles imposées par la puissance publique sont des instruments indispensables pour l'obtention d'une qualité satisfaisante. L'analyse de l'efficacité de la réglementation publique nécessite de prendre en compte les coûts induits par les différentes réglementations. Cette question du financement des politiques publiques de standard minimal de

qualité ou de prévention des pollutions est généralement peu considérée par les décideurs publics, ce qui peut expliquer une partie des difficultés de la puissance publique à faire respecter les normes. Les modes de financement de la réglementation eux-mêmes peuvent être source d'incitations différentes et conduire à des instruments plus ou moins (in)efficaces.

Crespi et Marette (2001) proposent une approche normative pour raisonner le choix du mode de financement des contrôles. Une politique de contrôles efficaces cherche à limiter les distorsions fiscales et les distorsions de marché en termes de prix, tout en veillant à l'équilibre budgétaire de l'autorité de contrôle. Ainsi, différents instruments de financement (impôts provenant du budget général, redevance par unité vendue ou redevance fixe imposée aux producteurs à l'origine de la pollution) ont été comparés en prenant comme critère de décision le bien-être collectif (*i.e.*, somme des gains des consommateurs, des vendeurs, des victimes des pollutions et des contribuables avec le coût d'opportunité des fonds publics).

Les trois instruments considérés entraînent des distorsions de diverses natures. L'impôt conduit à des tensions budgétaires pour l'État, sans que les pollueurs financent directement cette politique. Une redevance par unité vendue ou une redevance fixe imposée aux producteurs ont le mérite de faire payer directement les pollueurs. Une redevance par unité vendue peut être répercutée dans le prix payé par le consommateur quelle que soit la structure de concurren-

ce. À l'inverse, une redevance fixe imposée aux producteurs n'est pas répercutée au consommateur, ce qui évite une distorsion de prix. Cependant, le paiement de la redevance fixe nécessite de la part des firmes des profits suffisants qui dépendent de la concurrence sur le marché.

Les résultats montrent l'importance de la structure de concurrence (par exemple agriculteurs sans pouvoir de marché ou firme industrielle avec un fort pouvoir de marché) dans le choix de la politique optimale de financement. Il est optimal de financer la certification par l'impôt si le coût d'opportunité des fonds publics est faible. Ainsi, la distorsion du prix de marché est nulle, alors que la distorsion fiscale est limitée. En revanche, si le coût d'opportunité des fonds publics est fort, il est optimal de recourir à une contribution par unité si la concurrence entre producteurs (pollueurs) est forte et à une contribution fixe si la concurrence entre vendeurs est faible ou inexistante (*i.e.*, en situation de monopole). Ainsi une contribution par unité préserve la concurrence entre producteurs (si celle-ci est suffisamment intense) et le coût de contrôle des pollutions est répercuté sur le consommateur. En revanche, avec une contribution fixe, le coût de contrôle est supporté par les firmes, à partir de leurs profits résultant d'une faible concurrence. Cette contribution fixe n'est donc pas répercutée dans le prix afin de ne pas amplifier la distorsion de prix résultant du pouvoir de marché.

Marette et Crespi (2005) montrent qu'une agence réglementaire à l'anglo-saxonne peut utiliser comme

un instrument de financement complémentaire les sanctions imposées aux contrevenants ne respectant pas une réglementation comme un standard de qualité minimale ou de sécurité. De plus, la probabilité de contrôle dépend du mode de financement de l'agence. Ces résultats réintroduisent partiellement l'intérêt du principe pollueur/payeur concernant la couverture des coûts de contrôle et d'audit. Ces moyens de financement des contrôles peuvent se combiner aux taxes (dites « pigouviennes ») sur les produits polluants. Ces taxes renvoient à l'internalisation du dommage environnemental par le pollueur, ce qui entraîne le choix de produits ou processus de production moins polluants et/ou une augmentation des prix du produit polluant limitant ainsi sa consommation. À l'inverse les subventions pour l'amélioration de l'environnement visent à inciter les producteurs à choisir les méthodes de production les plus propres. D'un point de vue normatif, les taxes sont généralement préférées à des subventions liées aux réductions de pollution, ces dernières pouvant favoriser un niveau de pollution globale plus élevé (Baumol et Oates, 1988).

La question de l'utilisation des taxes visant à réduire la pollution mérite quelques remarques supplémentaires. La distinction entre taxe et redevance se fonde principalement sur l'affectation des ressources. Les taxes sont versées au budget général de l'État, alors que les redevances sont affectées à l'amortissement d'une infrastructure, à la fourniture d'un service (distribution de l'eau, assainissement...) ou au paiement des

subventions pour l'amélioration de l'environnement. Cette distinction est toutefois moins nette qu'il n'y paraît, du fait de la question de l'affectation des taxes (visant à réduire la pollution) à un budget spécifique dans le cadre de la théorie du double dividende. Le premier dividende concerne l'amélioration de l'environnement, alors que le deuxième dividende concerne l'économie d'impôt dans les autres secteurs de l'économie, comme la baisse de la taxation sur le marché de l'emploi. Bovenberg et Goulder (2002) suggèrent de ne pas surestimer l'ampleur du deuxième dividende. De plus, les économistes soulignent les limites de l'affectation, car il existe peu de raisons *a priori* que les bénéfices d'une taxe correspondent à un besoin de financement public particulier. Cependant, l'affectation permet une consolidation utile des ressources quand les nécessités environnementales sont sous-représentées au Parlement (Brett et Keen (2000)). La complexité des mécanismes économiques plaide pour des études d'impact au cas par cas qui complètent les enseignements de la théorie économique. Ainsi convient-il d'examiner à présent les moyens de financement d'une des institutions en charge de la police de l'eau.

### ■ Améliorer les moyens de contrôle des organismes existants

Les résultats précédents suggèrent que les pollueurs doivent contribuer en partie au financement des contrô-

les. Ainsi, nous détaillons le financement actuel et les pistes pour une augmentation du financement de l'un des organismes en charge de la surveillance des milieux aquatiques, à savoir le CSP. Cet établissement public à caractère administratif joue un rôle important en verbalisant des infractions. D'après la direction du Paraclat (Centre de formation du CSP), les agents du CSP sont de plus en plus qualifiés aux plans scientifique et technique. Nos travaux ont en outre montré qu'ils sont parmi les plus actifs sur le terrain (Brun, 2003).

Le CSP utilise les fonds dont il dispose pour la mise en valeur et la surveillance du domaine piscicole national, notamment par des réalisations, recherches, études et enseignements en faveur de la pêche et de la protection du patrimoine aquatique. C'est également un organisme consultatif auprès du ministre en charge de la pêche en eau douce, qui est généralement celui de l'environnement (art. L.434-1 du Code de l'environnement). Le renforcement du droit de l'eau et le développement des contrats environnementaux, en particulier les contrats de rivière, ont indirectement contribué à élargir le champ de ses missions, de telle sorte que les charges confiées au CSP dépassent celles fixées par la loi de 1984. Aujourd'hui, le CSP emploie 847 personnes (pour moitié des agents de « terrain ») et comprend 9 délégations régionales et 89 brigades départementales.

Simon (2003) note que le CSP consacre environ 60 % du temps global de ses agents aux missions de police qui sont de plus en plus

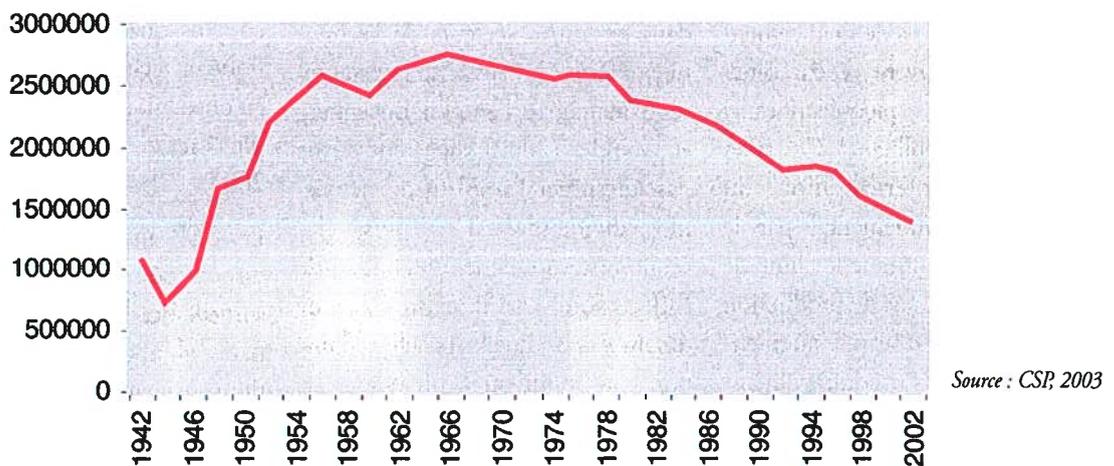
fouillées. Il y a le contrôle des cartes de pêche, mais il y a surtout une partie de plus en plus poussée qui concerne les procès-verbaux (PV) à caractère technique, par exemple, pour pollution. Les gardes établissent environ 6 000 PV par an. Cela peut paraître faible (10 PV par garde)

mais ces PV sont établis aussi bien au titre de la police de la pêche qu'à celui de la police de l'eau.

Le CSP est financé par une redevance (à savoir la « taxe » piscicole payée par les pêcheurs). Ainsi les « bénéficiaires » de la propreté de l'eau payent pour sa propreté. Brun

et Pinet (2004) soulignent la baisse des moyens du CSP provenant de la diminution du nombre de pêcheurs payant la taxe piscicole. Entre 1998 et 2002, le produit exécuté de la taxe piscicole était revenu de 35,19 millions d'euros à 34,62 millions d'euros.

Figure 1 : Évolution du nombre de taxes acquittées par les pêcheurs aux lignes de 1942 à 2002



En 2001, le nombre de taxes piscicoles acquittées s'élevait à 1 405 000 au plan national (Selon la direction du CSP), soit à peu de chose près le chiffre de 1948. À cette date, le « réservoir » de pêcheurs potentiels (les individus de 6 à 84 ans) était pourtant plus faible. De 1942 à 2001, on observe deux grandes périodes : une croissance de 1953 à 1964-1966 et une décroissance de 1967 à 2001 avec une perte de plus d'un million de licenciés. Depuis 1996, on observe une baisse continue du nombre de pêcheurs. Les raisons de cette diminution sont variées. En particulier, la complexité de la réglementation (nombre de prises autorisées, modes et jours de pêche interdits, localisation des réserves, etc.) constitue une contrainte

pour les pratiquants, alors que le prix du permis est jugé trop élevé par une petite minorité de pêcheurs. Chaque année depuis cinq ans, la baisse du nombre de pêcheurs au plan national oscille entre -2,19 % (2002) et -5,91 % (2000). Ainsi, en 2003, les recettes du CSP lui permettent juste de verser le salaire des personnels. Le gouvernement comble le déficit, soit 20 millions d'euros. Ainsi, la viabilité financière du CSP se pose avec acuité.

Ce problème du manque de moyens est tout aussi crucial si le CSP devait amplifier son action de contrôle, en vue d'une amélioration des milieux aquatiques et d'un respect plus strict des réglementations européennes (voir la première section pour les condamnations de la France dans le

domaine des milieux aquatiques). Quatre membres du CSP – occupant respectivement des postes national, régional, départemental et local – ont été interrogés en février 2005 pour savoir de combien il serait nécessaire d'augmenter le nombre de gardes, afin de renforcer la surveillance des milieux aquatiques. Selon les quatre personnes interrogées, une augmentation de 3 à 5 gardes dans chaque brigade départementale s'avère nécessaire<sup>2</sup>. Le tableau 3 donne une approximation du coût annuel d'une telle augmentation dans les 89 brigades de la France métropolitaine, en supposant que les gardes du CSP perçoivent en moyenne un salaire brut de 24 000 euros (rémunération annuelle d'un cadre B de la fonction publique).

Tableau 3 : Nombre de gardes supplémentaires et coût annuel supplémentaire

| Nombre d'agents supplémentaires au niveau départemental | Nombre d'agents supplémentaires au niveau national | Coût annuel supplémentaire au niveau national |
|---|--|---|
| 3   | 267  | 6,4 millions d'euros                          |
| 5   | 445  | 10,6 millions d'euros                         |

Source : estimation des auteurs

Le tableau 3 montre qu'il faudrait trouver entre 6,4 et 10,6 millions d'euros de façon à ajuster les moyens du CSP aux objectifs des pouvoirs publics. Ces chiffres donnent des ordres de grandeur qui pourraient être amendés et affinés à la suite de débats publics autour de cette question. Le manque de moyens de police et de surveillance (qui explique le non-respect des normes européennes par la France) peut être en partie résolu par une diversification des moyens de financement de la police de l'eau *via* des redevances imposées aux pollueurs (voir tableau 2).

Il serait possible d'affecter la TGAP à la reconquête de la qualité des eaux. Les deux TGAP présentées dans le tableau 2 qui ont rapporté respectivement 84 et 36 millions d'euros en 2001 (CCEE, 2003) pourraient être réaffectées à la surveillance des milieux aquatiques (voir les commentaires du Sénat, 2001). Ces recettes de la TGAP sont largement supérieures aux estimations (sans doute perfectibles) de la dernière colonne du tableau 3. Cela reviendrait à faire payer en partie le pollueur (puisque le budget du CSP est actuellement financé par les pêcheurs

et l'Etat) et cela serait davantage conforme à la démarche théorique qui a été présentée dans la section précédente.

Les développements précédents se focalisaient sur l'augmentation des ressources du CSP. Concernant le manque de moyens pour la préservation d'un bien public comme l'eau, il n'est pas inutile de rappeler le propos de Becker (1999) qui a mentionné « que les transferts publics généreux, les subventions agricoles ou de très nombreux autres programmes tendent à évincer certaines dépenses publiques indispensables ».

L'affectation de la TGAP au financement des cotisations patronales dans le cadre de la mise en place des 35 heures a fragilisé les ressources affectées à la surveillance de l'environnement (Sénat, 2001).

Une voie alternative (et/ou complémentaire) consiste en une réorganisation du système d'action sans modifier radicalement l'enveloppe budgétaire actuelle (ou en modifiant l'enveloppe dans des proportions similaires aux chiffres de la dernière colonne du tableau 3). Cette solution vise à rationaliser l'utilisation des moyens budgétaires existants.

## ■ Réorganisation de la police de l'eau : des missions interservices de l'eau à la création d'un office national de l'eau et des milieux aquatiques

En France, les défaillances enregistrées dans le domaine de la surveillance des milieux aquatiques relèvent aussi d'une répartition des compétences (voir tableau 1) qui défavorise les actions concertées. Sur la base d'une nomenclature remontant à 1898, la DDAF est compétente dans les eaux libres non domaniales et les services de la navigation le sont dans les eaux libres domaniales. La Saône à Mâcon par exemple sépare la Bourgogne (Saône-et-Loire) en rive droite et la région Rhône-Alpes (Ain) en rive gauche. Les services de la navigation sont compétents sur la Saône elle-même (eaux libres domaniales), mais ce sont les directions départementales de l'agriculture qui interviennent, chacune dans leur département, sur les affluents (eaux libres non domaniales). Lorsque l'affluent, comme la Seille, est navigable

en aval et non navigable en amont, les services de l'équipement et de l'agriculture s'en partagent théoriquement la surveillance. La DDASS assure le suivi des qualités des eaux, généralement souterraines, destinées à l'alimentation humaine au niveau des puits de captage. Le CSP peut intervenir partout ; ses personnels connaissent généralement très bien le terrain, si ce n'est les contrevenants. La gendarmerie nationale et les maires demeurent inexpérimentés en dépit des formations auxquelles ils participent parfois : la surveillance des milieux aquatiques n'est pas au centre de leurs préoccupations.

Le déficit des polices administrative et judiciaire s'explique également par l'inadéquation entre les territoires de l'eau et les logiques de l'action administrative. La plupart des organismes compétents sont des services déconcentrés départementaux et régionaux, alors que les cours d'eau constituent fréquemment des limites administratives (Rhône, Loire, Seine...). La politique d'aménagement et de gestion des eaux par bassin versant voulue par le législateur dès 1964, puis réaffirmée en 1992, n'intègre donc pas la dimension de surveillance des milieux. Les pouvoirs publics ont créé les missions interservices de l'eau (Mise) en 1993 afin d'améliorer la cohésion des services de l'État. Il s'agit alors d'outils de définition d'une politique de l'eau au niveau départemental et, surtout, de coordination de celle-ci avec d'autres politiques relevant de l'État et des collectivités territoriales (aménagement de l'espace, urbanisme, agriculture...). Cependant, le fonctionnement des Mise s'est révélé inégale-

ment efficace d'un département à l'autre. Ainsi, aucune Mise n'a été créée dans le département du Rhône. Dans d'autres, les services de l'État ont parfois « oublié » leurs collègues lors des réunions de Mise organisées par la DDAF. L'État a récemment réagi dans le cadre de la réforme de l'administration départementale dans le domaine de l'eau. Une circulaire sur la réorganisation de la police de l'eau et l'évolution des Mise a été signée, le 26 novembre 2004, par l'ensemble des ministres concernés, à savoir ceux de l'Intérieur, de la Santé, de l'Équipement, de l'Aménagement du territoire, de l'Agriculture et de l'Écologie. Le service unique de police de l'eau devra être identifié le 30 mars 2005. Sa mise en place se fera progressivement selon les départements et sera effective dans tous les départements au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

La réorganisation des services de l'État autour des Mise ne doit pas masquer la délicate question des conflits d'intérêt. Comme l'a souligné le préfet Dubois dans son rapport au premier ministre (2001) « lorsqu'un même service est à la fois exploitant et en charge de fonction de police (par exemple le service de la navigation qui assure la police du domaine fluvial navigable), [...] certaines incompatibilités [peuvent] apparaître dans l'arbitrage pour l'utilisation de la ressource en cas de pénurie » (p.26). Le rapport identifie d'autres cas d'incompatibilités concernant les missions dévolues aux services déconcentrés de l'État (notamment police et maîtrise d'œuvre). Les DDE et les DDAF, et, à travers elles, les corps d'ingénieurs de l'État sont visés par l'auteur du rapport. La

situation risque pourtant de perdurer en l'absence de services départementaux de l'environnement, lesquels rassembleraient en priorité les fonctionnaires chargés des polices administrative et judiciaire relatives à l'eau, aux installations classées, voire à l'air, aux sols et aux bruits.

La création de nouvelles structures administratives paraît inopportune à l'heure de la réduction des dépenses publiques et de la « simplification administrative ». Les pouvoirs publics souhaitent néanmoins créer un office national de l'eau et des milieux aquatiques (sous la tutelle du ministre en charge de l'environnement) comparable à celui de la chasse ou de la forêt. Cette création – prévue de longue date – s'inscrit désormais dans le cadre du projet de réforme de la loi sur l'eau présenté au Conseil des ministres du 9 mars 2005 par Serge Lepeltier, ministre de l'Écologie et du Développement durable à cette date.

Cet organisme devrait être financé en partie par le produit des redevances versées par les pêcheurs. Cette solution ne modifie pas le manque d'équité des contributions au regard du principe pollueur/payeur. Comme l'indiquent les représentants de l'Union nationale de la pêche, les pêcheurs resteront d'importants contributeurs de la politique de l'eau au titre du droit de pêche, alors que leurs actions de restauration des milieux naturels dégradés sont saluées par les autorités (Festraets, 2005, et Noualhat, 2005). Depuis 1999, l'opposition systématique des organisations socioprofessionnelles agricoles majoritaires à une taxe sur

l'azote semble en effet avoir dissuadé les gouvernements successifs de la mettre en place. Cela supprime *de facto* une option pertinente de financement de l'Office. Ce nouvel organisme public sera constitué d'agents du CSP. Dans ces conditions, le CSP est appelé à disparaître, ou bien son mandat se limitera au conseil technique à l'adresse des fédérations départementales de pêche et de protection des milieux aquatiques.

La création d'un office national de l'eau et des milieux aquatiques risque *in fine* d'apparaître aux yeux des associations de protection de l'environnement ainsi qu'à ceux des pollueurs comme une opération de « toilette » du CSP, qu'il convenait de rebaptiser eu égard à l'évolution de ses missions. En l'état actuel du projet, le nouvel établissement public n'aura pas l'indépendance d'une agence susceptible de jouer à la fois un rôle d'évaluation et de sanction comme celui qu'assume, dans un tout autre domaine, l'Autorité des marchés financiers. On peut d'ailleurs se demander si le ministère chargé de l'environnement n'avait pas initialement l'intention d'opter pour la création d'une agence de cette nature, dans la mesure où la direction de l'eau a évoqué une « agence » et non un « office » au cours de ses premières réflexions ? Reste que la question de la surveillance des milieux aquatiques, dont le changement climatique va vraisemblablement accroître l'intérêt pour les assureurs et la puissance publique, offrait au législateur l'opportunité d'expérimenter la mise en place d'une agence environnementale originale dans son organisation, dans son action et dans son

financement. Compte tenu de l'europanisation des politiques publiques, une telle agence pourrait être européenne.

## ■ Conclusion

Ce texte a cherché à montrer les insuffisances de l'action publique dans le domaine de l'eau. Une augmentation des moyens de police agissant sur la qualité de l'eau et la prévention des inondations entraîne des bénéfices pour les citoyens, les assureurs et la puissance publique. La surveillance des milieux aquatiques est une mission essentielle qui nécessite une étude précise de la fiscalité et de l'organisation des services de police. Cette réflexion ouvre la voie à une approche coût/bénéfice plus détaillée permettant d'aider à la décision publique dans le domaine de la qualité des milieux aquatiques.

### Notes

1. *Les milieux aquatiques désignent ici l'ensemble des cours et plans d'eau ainsi que les espaces terrestres associés (prairies inondables par exemple).*
2. *Le terme de garde englobe ici deux catégories de personnels du CSP, à savoir les agents techniques de l'environnement, d'une part, et les techniciens, d'autre part.*

### Bibliographie

BAUMOL, W. ; OATES, W. ; The theory of environmental policy ; Londres, Prentice-Hall, 1988, p.290, 1988.  
BECKER, G. ; Save Some of the Surplus for Medical Research ; *Business Week*, April 19, 1999.

BOVENBERG, A. ; GOULDER, L. ; Environmental Taxation and Regulation ; chapitre 23, in *Handbook of Public Economics*, éditeurs Auerbach A. et M. Feldstein, North-Holland. Amsterdam, 2002.

BRETT, C. ; KEEN, M. ; Political Uncertainty and the Earmarking of Environmental Taxes ; *Journal of Public Economics*, 75:315-340, 2000.

BRUN, A. ; MARETTE, S. ; Le bilan d'un contrat de rivière: le cas de la Reyssouze ; *Économie Rurale*, 275:30-50, 2003.

BRUN, A. ; PINET, J. M. ; Gestion du cheptel piscicole et surveillance des milieux aquatiques ; *Le Courrier de l'environnement de l'INRA*, 51:31-42, 2004.

BRUN, A. ; Intérêts et limites des programmes agri-environnementaux réalisés dans les États membres de l'Union européenne : le cas de la France et de ses voisins ; colloque du CRAAQ, Drummondville, Canada, 23-24 février, 2005.

CCEE, commission des Comptes et de l'Économie, de l'Environnement ; *La fiscalité liée à l'environnement*, ministère de l'Écologie et du Développement durable, IFEN, Paris, 2003.

CLARKE, R. ; Une crise de l'eau ; *L'Observateur de l'OCDE*, 236:8-10, 2003.

COUR DES COMPTES ; Rapport public particulier sur la préservation de la ressource en eau face aux pollutions d'origine agricole: le cas de la Bretagne ; synthèse, février, p.43, 2002.

CRESPI, J. ; MARETTE, S. ; How Should Food Safety Certification Be Financed ? ; *American Journal of Agricultural Economics*, 83:852-861, 2001.

DUBOIS, D. ; Mission d'étude et de réflexion sur l'organisation des pouvoirs publics dans le domaine de la protection de l'environnement ; rapport au Premier ministre, 116p, 2001.

- FESTRAETS, M. ; Les pêcheurs seront les payeurs ; *L'Express*, 7 mars, p100-101, 2005.
- GAONAC'H, A. ; LEROUX, E. ; Le droit de l'eau et son inapplication dans le monde agricole ; *Revue de Droit Rural*, 302:212-219, 2002.
- HERMON, C. ; La politique de lutte contre les nitrates d'origine agricole. Histoire d'un échec renouvelé ; *Revue de Droit Rural*, n°306:494-511, 2002.
- IFEN ; Les eaux continentales ; in *l'Environnement en France*, chapitre 1, Institut français de l'Environnement, éditions La Découverte, Paris, 2002.
- JALLIFER, P. ; SAVIN, C. ; PRIGENT, L. ; La restauration de la qualité des eaux en Bretagne, instruments économiques et juridiques ; in Falque M. et Massenet M., *Droit de propriété, économie et environnement, les ressources en eau*, Dalloz, Paris, 273-288, 2000.
- JONES, T. ; La tarification de l'eau ; *L'Observateur de l'OCDE*, 236:11-12, 2003.
- MARETTE, S. ; CRESPI, J. ; The Financing of Regulatory Agencies ; *Journal of Regulatory Economics*, 27, 1:95-113, 2005.
- NOUALHAT, L. ; Une loi sur l'eau qui coule dans le sens des agriculteurs ; *Libération*, 9 mars, 2005.
- SÉNAT ; Le choc de la TGAP : une rupture mal gérée ; in *Mission de contrôle effectuée à l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie*, n°236, Sénat, session ordinaire de 2000-2001 ; annexe au procès-verbal de la séance du 28 mars 2001, Paris, <http://www.senat.fr/rap/r00-236/r00-2363.html> (available October 2004), 2001.
- SIMON, G. ; L'état de la pêche en eau douce en France et les problèmes posés par la protection des milieux aquatiques ; *Cahiers du Conseil du GREF*, 64:127-140, 2003.

# Une fiscalité de l'assurance vie dommageablement sédimentaire et illisible

*Philippe Baillot*<sup>1</sup>

*Directeur de Bred Banque Privée*

L'encours des contrats d'assurance vie et de capitalisation dépasse 860 Mds €, en croissance de 9 % en 2004. L'assurance vie constitue ainsi le placement préféré des Français et recueille plus de 60 % de leur épargne financière en flux et plus de 30 % en stock.

Le caractère populaire de cette épargne et l'importance prêtée à la fiscalité dans son succès devraient s'accompagner d'une parfaite lisibilité pour les épargnants de ses dispositions. Étrangement, il n'en est rien. En effet, la simple lecture des trois articles du Code général des impôts la régissant pour l'essentiel – les articles 125 OA, 757 B et 990 I – atteste de l'existence de couches sédimentaires en rendant l'appréhension extrêmement délicate.

Pour assurer la compréhensibilité de la fiscalité du vecteur d'épargne longue le plus populaire auprès des Français, il eut été loisible au législateur de poser pour principe qu'à compter de telle date l'alimentation des contrats antérieurs n'était plus envisageable ou induirait l'application des nouvelles dispositions fiscales à l'ensemble de l'épargne constituée en leur sein.

Ainsi, chaque épargnant eut été libre de son choix – alimenter un ancien contrat et le voir basculer entièrement dans la nouvelle fiscalité, ou cesser tout versement (quitte à ouvrir un nouveau contrat par ailleurs) et, ce faisant, « préserver » sa fiscalité initiale – et surtout la fiscalité applicable à chaque contrat s'en serait trouvée simplifiée et sa lisibilité assurée.

À l'inverse, le choix du législateur a été d'appliquer les dispositions nouvellement adoptées : d'une part, (naturellement) aux nouveaux contrats, d'autre part, à l'épargne consécutive à des versements au sein de contrats antérieurs.

Ce choix, qu'il conviendra d'éclaircir (*section I*), conduit à l'application inopportune au sein de contrats d'assurance vie à versements libres de plusieurs strates de fiscalité tant directe (*section II*) qu'indirecte (*section III*), en rendant l'appréhension presque impossible. L'adoption d'une fiscalité par couches sédimentaires s'avère d'autant plus dommageable que, à de rares exceptions patrimoniales près, elle n'offre que peu d'opportunités claires et réelles aux épargnants (*section IV*).

## ■ Les raisons d'une fiscalité sédimentaire (section I)

La caractéristique essentielle de l'assurance vie comme vecteur d'épargne est de voir ses effets s'étendre sur de très longues durées (communément des décennies). Par suite, elle pose des problèmes spécifiques en termes de politique fiscale et d'application de dispositions nouvelles.

Sur un plan technique, l'adoption d'un nouveau dispositif fiscal, applicable dès le lendemain, aux rachats de contrats ou à l'occasion du décès d'un assuré (sur une épargne préalablement constituée) ne revêt pas de caractère rétroactif (au demeurant « non illégal » en matière fiscale). En effet, par hypothèse, la loi nouvelle s'applique à un fait générateur – respectivement le rachat et la disparition d'un assuré – postérieur à son adoption.

Pour autant, l'immense masse des épargnants ressentirait une telle disposition comme condamnable en ce qu'elle serait « rétroactive » pour s'appliquer à un stock d'épargne d'ores et déjà constitué, au « bénéfice »

d'une législation antérieure. Les épargnants auraient ainsi l'impression de voir la « parole de l'État » bafouée. Ce ressenti serait d'autant plus légitime que le Code des assurances – dans une logique consumériste – prévoit que la note d'information visée à l'article L132-5-I doit mentionner les « indications générales relatives au régime fiscal » applicables au contrat souscrit.

Où serait la cohérence de notre législation de prévoir, pour éclairer son choix, de porter à la connaissance de l'épargnant une législation qui pourrait voir ses dispositions nouvelles modifier le régime applicable au stock constitué sous l'empire de la loi ancienne ?

En ce sens, lors de l'adoption initiale de l'article 125 OA du CGI, le ministre délégué précisait au Sénat « le régime proposé... n'a... aucun caractère rétroactif puisqu'il s'applique aux contrats souscrits à compter du 1<sup>er</sup> janvier » (cf. Sénat, séance du 24 novembre 1982 JP p. 5744).

Le ministre suggérait ainsi, involontairement, une nouvelle définition de la rétroactivité d'un texte de loi en droit fiscal. Traditionnellement, sans pour autant être considérée comme rétroactive, « en matière d'impôts sur les revenus, une modification législative intervenue en cours d'année peut s'appliquer aux revenus de toute la période en cours en raison du principe d'application immédiate, elle ne peut en revanche affecter l'imposition des revenus de la période précédente » (cf. *Science et technique fiscale* par L. Mehl et R. Beltrame, p.610, chez PUF).

À l'inverse de cette définition, le ministre soulignait justement que,

pour n'être pas ressentie comme rétroactive, une nouvelle loi fiscale ne devrait s'appliquer qu'aux contrats passés postérieurement à sa publication.

Le législateur doit ainsi, constamment, faire face à une double nécessité : d'une part, adopter des dispositions nouvelles, d'autre part, respecter la « parole » de l'État.

Un État démocratique ne saurait voir son législateur s'interdire de prendre toute mesure en matière d'épargne longue, qu'elle corresponde – selon la majorité politique – à des préoccupations d'équité ou de simple mobilisation, voire orientation (vers des produits de taux, les fonds propres des entreprises, le non-coté...). Or, en matière d'assurance vie, si une législation fiscale nouvelle venait à ne pas s'appliquer aux versements sur des contrats à versements libres, elle verrait ses effets incroyablement reculés dans le temps et durablement minorés (au regard du taux actuel d'équipement des ménages français). Inversement, l'application d'un nouveau dispositif à un stock d'épargne constitué sous un régime antérieur – par hypothèse plus favorable – serait ressentie comme rétroactive. Elle aurait alors pour conséquence de réduire encore – concomitamment à la construction européenne et à ses contraintes induites – la capacité de l'État de mobiliser ou simplement orienter une épargne longue. En effet, les épargnants informés sur l'absence de pérennité des engagements de l'État n'auraient plus aucune raison de s'inscrire dans ses recommandations, sauf à y avoir un avantage immédiat (sous forme d'une réduction d'impôt ou d'une

déduction fiscale). La capacité d'action de l'État serait alors clairement affectée.

Pour dépasser cette apparente contradiction, une solution simple – voire rustique – émerge aisément. Il suffirait que toute nouvelle législation fiscale trouve à s'appliquer : d'une part, aux contrats nouvellement souscrits, d'autre part, en totalité aux contrats antérieurs dès lors qu'ils auront donné lieu à un nouveau versement. Un tel dispositif offrirait l'avantage de la clarté, il serait de nature à assurer que chaque épargnant est pleinement éclairé lors de chacun de ses versements sur l'ensemble des dispositions – contractuelles et fiscales – qui régiront son épargne.

Dans le même temps naturellement, les contrats antérieurs ne faisant l'objet d'aucun reversement continueraient à ouvrir le droit à leur souscripteur et bénéficiaires à l'application des dispositions fiscales précédentes... Le législateur n'a pas adopté cette optique pour plusieurs motifs. Il s'ensuit une réelle illisibilité de la fiscalité des contrats anciens. Or, les distributeurs d'assurance arguent souvent auprès des épargnants des avantages relatifs à l'ancienneté de leurs souscriptions auprès d'eux pour recueillir leurs versements plutôt que de les voir souscrire de nouvelles formules contractuelles auprès d'organismes tiers. La concurrence se trouverait donc encore accrue par l'adoption de la mesure proposée.

Par ailleurs, subsiste la crainte révérencielle de voir les taux d'épargne fléchir – fut-ce à la marge – dans

l'hypothèse où les épargnants se trouveraient, *de facto*, contraints de procéder à l'ouverture de nouveaux contrats. Les freins matériels de telles ouvertures, la « nécessité » de mettre un terme aux versements programmés en cours... constitueraient autant de (petites) gênes dommageables à l'épargne financière. Quoi qu'il en soit de la réalité de la gêne induite, le législateur a arrêté régulièrement pour principe que les dispositions nouvellement adoptées trouveraient à s'appliquer : d'une part, (naturellement) aux contrats nouvellement souscrits, d'autre part, à l'épargne afférente aux versements effectués sur d'anciens contrats, voire aux produits ultérieurs d'une épargne constituée préalablement. Il sera aisé de démontrer que cette décision induit – tant en cas de vie (*infra section II*) qu'en cas de décès (*infra section III*) – :

- une illisibilité croissante pour les épargnants de la fiscalité applicable à leurs opérations ;
- des coûts de formation des réseaux, d'information des assurés, de gestion administrative et informatique majorés pour les compagnies, générateurs d'aucune valeur ajoutée dans le service au client (sans équivalent au niveau européen).

Au préalable, il est loisible d'observer l'heureuse nouveauté apportée à cet égard par la loi de finances pour 2005 (au titre cependant d'un produit marginal dans l'économie de l'assurance vie : les contrats dits « DSK »). En effet, l'article 39 de la loi de finances pour 2005 réforme le régime fiscal des contrats d'assurance vie investis majoritairement en actions. Dans la seule forme, il

importe d'observer que cette modification n'induit pas la création d'une nouvelle couche sédimentaire de fiscalité pour les contrats considérés et leurs détenteurs (à l'encontre de la pratique habituelle de notre législateur). Ainsi les épargnants se voient offrir plusieurs possibilités à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 :

- continuer à voir fonctionner leur contrat DSK antérieur selon leur régime initial (le versement de nouvelles cotisations étant même autorisé) ;
- transformer (intégralement) leur ancien contrat en nouveau contrat « DSK » (avant le 1<sup>er</sup> juillet 2006), en conservant leur antériorité fiscale ;
- ouvrir un nouveau contrat investi en actions.

Chacune de ces solutions s'accompagnera d'une parfaite lisibilité fiscale et n'induera aucunement la création – si dommageable à la nécessaire pédagogie de toute épargne longue – de strates fiscales distinctes au sein d'une enveloppe contractuelle unique.

## ■ Le cas de l'assurance en cas de vie (section II)

L'illisibilité croissante de la fiscalité de l'assurance en cas de vie découle :

- d'une part, de la multiplication, au cours des années 1980 et 1990, des modifications apportées aux modalités d'assujettissement à l'impôt sur le revenu des produits des contrats d'assurance vie (1) ;
- d'autre part, de la volonté du législateur d'autoriser des versements sur des contrats antérieurs aux modifications de la législation et de voir leurs (seuls) produits assujettis à la

législation nouvelle.

Cette volonté induit la création de « compartiments » au sein de chaque contrat considéré, nécessitant de significatifs développements informatiques pour leur gestion et interdisant surtout aux contribuables d'appréhender clairement l'imposition que leur épargne subit (2).

### ◆ La multiplication des strates législatives (1)

L'analyse du seul taux de prélèvement applicable aux produits d'un contrat d'assurance en cas de vie nécessite de distinguer selon : d'une part, sa date de souscription, d'autre part, l'existence ou l'absence de versements postérieurs à 1997. En effet, depuis l'adoption de la loi de finances pour 1998, quatre régimes d'imposition des contrats d'assurance vie et de capitalisation coexistent :

- Pour les contrats souscrits antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1983, leurs produits ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu.

- Pour les contrats souscrits entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 1989, leurs produits sont exonérés de l'impôt sur le revenu à compter de la sixième année.

Le taux de prélèvement libératoire applicable aux produits dont le bénéficiaire est identifié est fixé à :

- 45 % (+ 11 % de prélèvements sociaux) si la durée du contrat est inférieure à 2 ans ;
- 25 % (+ 11 %) lorsque cette durée est au moins égale à 2 ans sans excéder 4 ans ;
- 15 % (+ 11 %) lorsque cette durée est au moins égale à 4 ans sans

atteindre 6 ans ;

- 7,5 % (+ 11 %) après 6 ans, *lorsque des versements ont été réalisés après le 25 septembre 1997.*

Les durées susvisées doivent être calculées selon la formule dite de la « durée moyenne pondérée » (*cf.* Inst. 31 décembre 1984, BO DGI 5 I-3-84).

– Pour les contrats souscrits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1990 et jusqu'au 25 septembre 1997, leurs produits sont exonérés de l'impôt sur le revenu à partir de la huitième année.

Quant au taux de prélèvement libératoire applicable, il s'élève à :

- 35 % (+ 11 %) si la durée du contrat est inférieure à 4 ans ;

- 15 % (+ 11 %) lorsque cette durée est égale ou supérieure à 4 ans, mais inférieure à 8 ans ;

- 7,5 % (+ 11 %) après 8 ans, *lorsque des versements ont été réalisés après le 25 septembre 1997.*

Pour ces derniers contrats, la « durée » s'entend du délai écoulé entre la date du premier versement au contrat et la date du rachat considéré, et ce, quel que soit le rythme des versements effectués par l'épargnant dans l'hypothèse des contrats à versements libres.

– Pour les contrats souscrits à compter du 25 septembre 1997, leurs produits sont taxés à l'impôt sur le revenu quelle que soit l'ancienneté du contrat.

Quant au taux de prélèvement libératoire applicable, il s'élève à :

- 35 % (+ 11 %) si la durée du contrat est inférieure à 4 ans ;

- 15 % (+ 11 %) lorsque cette durée est égale ou supérieure à 4 ans mais inférieure à 8 ans ;

- 7,5 % (+ 11 %) *lorsque cette durée est égale ou supérieure à 8 ans.*

Pour ces derniers contrats, la « durée » s'entend du délai écoulé entre la date du premier versement au contrat et la date du rachat considéré, et ce, quel que soit le rythme des versements effectués par l'épargnant dans l'hypothèse des contrats à versements libres.

#### ◆ La création de « compartiments » fiscaux au sein des contrats (2)

Afin de pouvoir déterminer l'assiette des produits imposables lors du dénouement du contrat, les bons ou contrats souscrits avant le 1<sup>er</sup> janvier 1998 comportent en principe deux compartiments :

- les produits capitalisés dans le premier compartiment bénéficient d'une exonération d'impôt sur le revenu lorsque les bons ou contrats ont une durée au moins égale à huit ans (ou six ans pour les bons ou contrats souscrits entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 1989) à la date du rachat ;

- alors que les produits capitalisés dans le second compartiment sont soumis à l'impôt sur le revenu, quelle que soit la durée du bon ou contrat.

L'unicité juridique du contrat conduit par conséquent, en cas de rachat partiel, à déterminer les produits imposables au *pro rata* des produits attachés à chacun des deux compartiments.

Cette division du contrat en deux compartiments se révélant difficile à mettre en œuvre pour les contrats en unités de compte, visés au deuxième

alinéa de l'article L131-1 du Code des assurances, en raison notamment des arbitrages possibles entre unités de compte, il a été admis que les organismes d'assurances puissent utiliser une autre méthode dite « globale » reposant sur le calcul d'un coefficient déterminant la part imposable du contrat en fonction des versements effectués avant et depuis le 26 septembre 1997 (*cf.* lettre DLF 16 juin 1999).

#### ◆ Descriptif sommaire de la méthode des compartiments

En pratique, afin de pouvoir déterminer l'assiette des produits taxables ou non lors des rachats, les bons ou contrats souscrits avant le 1<sup>er</sup> janvier 1998 comportent deux compartiments :

- le premier compartiment comprend les cotisations versées avant le 26 septembre 1997 et les versements qui sont assimilés à ces cotisations ainsi que les produits qui sont rattachés à ces versements. Il en est de même des produits courus avant le 1<sup>er</sup> janvier 1998 et afférents aux cotisations versées postérieurement au 26 septembre 1997, figurant dans le second compartiment ;

- le deuxième compartiment comprend les autres cotisations versées à compter du 26 septembre 1997 ainsi que les produits acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 attachés à ces cotisations.

Dans le cas particulier des bons ou contrats souscrits entre le 26 septembre 1997 et le 31 décembre 1997, le premier compartiment comprend les revenus acquis ou constatés entre la date de souscription et le

31 décembre 1997 et le second compartiment comprend tous les revenus acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 (cf. Inst. 22 juin 1998, 5 I-6-98 n° 6).

Dans les autres hypothèses, les produits capitalisés figurant dans le premier compartiment bénéficient d'une exonération d'impôt sur le revenu lorsque les bons ou contrats ont une durée au moins égale à huit ans (ou six ans pour les bons ou contrats souscrits entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 1989) à la date du rachat, alors que les produits capitalisés dans le second compartiment sont soumis à l'impôt sur le revenu quelle que soit la durée du bon ou contrat (cf. Inst. 22 juin 1998, 5 I-6-98 n° 7). S'agissant du second compartiment, les modalités d'imposition diffèrent toutefois selon la durée du contrat (application d'un abattement et d'un taux réduit d'imposition pour les contrats d'au moins huit ou six ans).

L'unicité juridique du contrat et, par conséquent, son ancienneté décomptée du jour de la souscription (le deuxième compartiment ne constituant pas un contrat distinct) conduisent, en cas de rachat partiel, à déterminer les produits imposables de la manière suivante :

Produit attaché au rachat partiel. Celui-ci (noté P 1) est déterminé selon la formule suivante :

$P 1 = \text{montant du rachat} - (\text{total des cotisations versées à la date du rachat} \times \text{montant du rachat} / \text{valeur de rachat totale à la date du rachat})$

Le total des cotisations versées à la

date du rachat partiel s'entend, en cas de rachats partiels successifs, du total des cotisations versées qui n'ont pas déjà fait l'objet d'un remboursement en capital lors d'un ou plusieurs rachats partiels antérieurs.

Produit imposable. Celui-ci (noté P 2) est déterminé de la manière suivante :

$P 2 = \text{produit attaché au rachat} (P 1) \times \text{montant des produits imposables} / \text{montant total des produits capitalisés à la date du rachat}$

Cette formule s'écrit également :  $P 2 = P 1 \times \text{produits du deuxième compartiment} / \text{total des produits du premier et du deuxième compartiment}$

Les produits imposables s'entendent des produits acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 et afférents, sauf exceptions, aux versements effectués depuis le 26 septembre 1997 (deuxième compartiment) (cf. Inst. 22 juin 1998, 5 I-6-98 n° 8 à 10).

En pratique, cette superposition de couches sédimentaires de fiscalité s'accompagne, à l'évidence, d'une impossibilité pour un contribuable normal de comprendre la fiscalité appliquée à son épargne.

Cette impossibilité, consécutive à la multiplication des interventions du législateur fiscal en matière d'assurance vie et surtout à la création de « compartiments fiscaux » au sein de contrats d'assurance unique, s'avère d'autant plus dommageable que, dans le même temps, les sociétés d'assurances – sous la pression conjointe et légitime du législateur, des associations de consommateurs

et de la presse patrimoniale – effectuaient de remarquables progrès dans leur communication contractuelle.

## ■ L'exemple de l'assurance en cas de décès (section III)

La fiscalité française des assurances en cas de décès, à la logique relativement simple, s'avère d'une appréhension délicate pour les épargnants par suite de l'application au sein de contrat unique d'une multiplicité des régimes fiscaux consécutive : soit à l'adoption successive de dispositions législatives (1980, 1991, 1998), soit au versement de nouvelles cotisations postérieurement à la survenance du 70<sup>ème</sup> anniversaire du souscripteur assuré.

À titre d'illustration, lors de l'adoption du nouvel article 990 I du CGI, il aurait pu être envisagé d'interdire tout reversement sur des contrats antérieurs. Une telle disposition aurait eu pour mérite de simplifier l'appréhension pour les assurés de l'économie fiscale de leur contrat. En effet, les capitaux versés au titre de contrats d'assurance vie seraient, dans cette hypothèse théorique, soit assujettis aux nouvelles dispositions, soit exonérés au bénéfice des anciennes.

Naturellement, cette « simplification » aurait eu pour conséquence immédiate une remise à plat de tout le marché français de l'assurance vie – par la suppression de l'argument classique, à défaut d'être nécessairement pertinent, du bénéfice de l'ancienneté de certains contrats – et

aurait été l'objet d'une violente critique de sa légalité.

En toute hypothèse, le législateur fiscal a induit une complexité accrue et une lisibilité dégradée en prévoyant la possibilité de voir des capitaux décès assujettis à plusieurs régimes fiscaux selon leur date de versement au sein d'un même contrat (a).

Compte tenu de cette difficulté d'application des règles relatives à l'assiette de l'impôt en ce qui concerne la détermination de la fraction

rachetable des contrats lorsque les capitaux versés au décès de l'assuré au titre d'un même contrat sont soumis à des régimes fiscaux différents, une méthode dite « globale » simplificatrice a été élaborée et est commentée dans une instruction du 26 février 2002 (cf. Inst. 26-2-2002 7 K-2-02) (b).

◆ Une fiscalité sédimentaire (A)

Par suite de la logique retenue par le

législateur, un même contrat pourra être « assujetti » à plusieurs régimes d'imposition.

Le tableau ci-après, élaboré par l'Administration (cf. Inst. 30 décembre 1999, BOI 7 K-I-00) explicite clairement les différentes couches sédimentaires de la fiscalité de l'assurance en cas de décès.

◆ Le champ d'application de la méthode globale (B)

La logique retenue par le législateur

**Le régime successoral de l'assurance vie**

| Date de souscription du contrat            | Cotisations versées avant le 13 octobre 1998   |  | Cotisations versées après le 13 octobre 1998   |  |
|--|--|--|--|--|
|  | Avant l'âge de 70 ans  | Après l'âge de 70 ans  | Avant l'âge de 70 ans  | Après l'âge de 70 ans  |
| Contrat souscrit avant le 20 novembre 1991 | Exonération totale des capitaux transmis (abandon de la notion de modification de l'économie du contrat) |  | Abattement de 152 500 € par bénéficiaire et taxation de 20 % au-delà (art. 990 I du CGI) |  |
| Contrat souscrit après le 20 novembre 1991 | Exonération totale   | Droits de succession sur la fraction des cotisations versées qui excède 30 500 € (art. 757 B du CGI) | Abattement de 152 200 € par bénéficiaire et taxation de 20 % au-delà (art. 990 I du CGI) | Droits de succession sur la fraction des cotisations versées qui excède 30 500 € (art. 757 B du CGI) |

fiscal en matière d'assurance peut induire à l'application, au sein d'un même contrat, de plusieurs régimes d'imposition selon la date de versement des cotisations. Ainsi :

- certains contrats seront soumis pour partie au régime fiscal prévu à l'article 990 I du CGI (prélèvement de 20 % « afférent » à des cotisations postérieures au 13 octobre 1998) et, pour l'autre, à l'article 757 B du CGI (droit de mutation par décès) par suite du versement postérieur au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré ;

- d'autres contrats seront partiellement exonérés (au titre de cotisations antérieures au 13 octobre 1998 et au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré) et assujettis au prélèvement de 20 % au titre de cotisations postérieures au 13 octobre 1998 ;

- les derniers pourront s'avérer soumis aux trois régimes (exonération, prélèvement de 20 % et droit de mutation par décès).

Pour tenter « d'approcher » l'assiette de chaque prélèvement, il s'avère alors nécessaire de (re)ventiler les

cotisations de chaque contrat selon une méthode dite globale.

◆ L'objet de la méthode globale

La méthode globale repose sur le calcul d'un coefficient d'imposition au prélèvement de 20 % à chaque nouveau versement de cotisation postérieur au 13 octobre 1998.

L'application de la méthode globale aux contrats d'assurance précités s'effectue sur option exercée par les sociétés d'assurances. L'option pour cette

méthode est générale – elle concerne tous les contrats en unités de compte offerts par un même organisme d'assurances – et irrévocable.

### ◆ Présentation de la méthode globale

Les dispositions de la loi obligent à distinguer trois périodes déterminées par la date de versement des cotisations. Il y a :

- la période 1 déterminée par les cotisations versées avant le 13 octobre 1998 ;

- la période 2 correspondant aux cotisations versées entre le 13 octobre 1998 et les 70 ans de l'assuré ;

- la période 3 correspondant à celles versées après les 70 ans de l'assuré.

Ces trois périodes doivent être prises en compte pour déterminer la fraction rachetable du contrat soumise à l'article 990-I du Code général des impôts.

#### Période 1 :

Avant le 13/10/1998

#### Période 2 :

Entre le 13/10/98 et les 70 ans

#### Période 3 :

Après 70 ans

La méthodologie retenue doit permettre de déterminer, dans la valeur de rachat au moment du décès, la part de la valeur de rachat afférente aux cotisations versées après le 13 octobre 1998 et avant les 70 ans de l'assuré.

Elle consiste à calculer la fraction rachetable du contrat en tenant compte de chaque versement de cotisation. En effet, cette fraction se trouve modifiée à chaque versement postérieur. La dernière fraction obtenue doit être appliquée à la valeur de rachat du contrat au moment du décès et permet de déterminer l'assiette du prélèvement. L'abattement de 152 500 € est ensuite opéré sur le montant déterminé.

À l'évidence, la méthode globale susvisée – conforme et cohérente à la volonté du législateur de superposer au sein de contrats uniques plusieurs régimes d'imposition – interdit à un contribuable moyennement averti de comprendre l'économie des prélèvements applicables à ses contrats.

Une telle incompréhension s'avère nécessairement dommageable et contraire à une nécessaire pédagogie de l'épargne longue. À cet égard, il reste à observer les contradictions d'un législateur légitimement soucieux d'améliorer l'information (contractuelle et précontractuelle) des épargnants et qui leur interdit, *de facto*, d'en comprendre une dimension essentielle de l'économie (la fiscalité).

### ■ Une illisibilité fiscale sans attrait (section IV)

L'illisibilité fiscale découlant de l'application au sein d'un contrat d'assurance vie de plusieurs strates de fiscalité (tant directe qu'indirecte)

s'avère d'autant plus critiquable qu'elle intéresse non des prélèvements obligatoires pour professionnels – à l'image des règles d'intégration au sein de groupes de sociétés, ou de TVA sur les ventes aux enchères... – mais le produit d'épargne longue le plus détenu par les Français au sein de leur patrimoine privé.

Au demeurant, cette fiscalité sédimentaire est d'autant plus choquante que, dans maintes hypothèses, le législateur a retenu une approche opposée n'hésitant pas – à l'encontre de toute pédagogie de l'épargne longue – à mettre un terme « prématuré » à des enveloppes fiscales (à l'image des plans d'épargne en vue de la retraite, imaginés par Édouard Balladur, puis clos moins de deux années après leur lancement !).

Qui plus est, la démonstration n'a pas été apportée que, dans l'hypothèse où les nouvelles dispositions fiscales adoptées en matière d'assurance vie auraient trouvé à s'appliquer – d'une part, et naturellement, aux nouvelles souscriptions, d'autre part, aux contrats (pour leur totalité) donnant lieu à des reversements –, on eut assisté à un effondrement de l'effort d'épargne longue des Français.

À l'inverse, la fiscalité applicable eut été claire et la confiance des épargnants renforcée par l'affirmation de l'absence de toute rétroactivité – au sens commun du terme – en matière de changement de législation fiscale.

Cette sédimentation de la fiscalité de l'assurance vie est d'autant plus dom-

mageable qu'elle s'accompagne de peu d'opportunités de conseils pertinents ou alors réservées à quelques hypothèses très limitées pour *happy few...* tant en fiscalité directe qu'indirecte.

### **Le jeu des strates fiscales**

À titre d'illustration, le prélèvement arrêté par la loi de finances pour 1999 – codifié sous l'article 990 I du CGI – s'applique aux contrats souscrits à compter du 13 octobre 1998 et aux contrats en cours pour les cotisations versées à compter de la même date. Aussi les sommes payables en vertu du contrat d'assurance vie à raison du décès de l'assuré au profit d'un bénéficiaire déterminé sont, depuis cette date, susceptibles d'être soumises au décès de l'assuré à trois régimes fiscaux possibles : taxation aux droits de mutation par décès (article 757 B), application du prélèvement de 20 % (article 990 I) ou à défaut exonération de droits. La problématique induite consiste donc à s'interroger sur la pertinence de la souscription d'un nouveau contrat ou du versement de nouvelles cotisations sur un contrat antérieur (A) au regard, en particulier, de l'abandon par l'administration fiscale de sa doctrine antérieure relative à la notion de modification de l'économie d'un contrat (B).

#### ◆ La souscription de nouveaux contrats ou le reversement sur un contrat ancien ? (A)

Naturellement, la fiscalité ne saurait être le seul critère de choix dans le cadre de la valorisation d'une

épargne longue entre la souscription d'un nouveau contrat et le versement de nouvelles cotisations sur un contrat antérieur dont, par hypothèse, le souscripteur/assuré disposerait au sein de son patrimoine.

Sur un plan général, plusieurs critères sont à intégrer, dans cette décision d'investissement, liés notamment à la qualité « technique » du contrat ancien disponible (conditions générales, souplesse du contrat, frais, performances, nombre de supports offerts, nature civile des capitaux investis, notamment bien propre ou bien commun...) par rapport aux charmes des formules d'assurance les plus récentes.

D'un point de vue purement fiscal, si l'objectif est de procéder à des rachats, le contrat déjà souscrit bénéficiera d'une antériorité fiscale qui permettra de procéder à des rachats en bénéficiant d'un taux de fiscalité directe minoré.

Si l'objectif est uniquement de transmettre et non de procéder à des rachats, la date de souscription du contrat n'entre pas en ligne de compte, car la fiscalité successorale est fonction de la date de chaque versement. Toutefois, il peut être conseillé de souscrire un nouveau contrat. Le régime de chaque contrat sera clairement identifié, sans avoir recours notamment à la méthode globale (*supra section III.*), toujours délicate à assimiler par un souscripteur.

En dernier lieu, il reste à observer que les capitaux décès d'un contrat ancien (exonérés de droits sans condition) seront versés rapidement

aux bénéficiaires, alors que ceux attachés à un nouveau contrat ne le seront que lorsque l'assureur saura si le bénéficiaire a – ou non – franchi le seuil de 152 500 €, ce qui pourrait être le cas si l'assuré avait souscrit plusieurs contrats au profit d'un même bénéficiaire. La déclaration sur l'honneur doit permettre en théorie de verser les sommes, mais des recherches liées à l'existence éventuelle d'autres contrats réclameront plus de temps.

En présence d'un contrat ouvert avant le 20 novembre 1991, et sous réserve que ses caractéristiques « techniques » le rendent encore pertinent, le versement complémentaire pourra s'avérer intéressant, notamment depuis l'abandon de la notion fiscale dite de la modification de l'économie du contrat (*infra B*).

#### ◆ Les reversements de sommes sur des contrats anciens (B)

Dans une instruction du 30 avril 2002, l'administration a précisé les conditions dans lesquelles les sommes versées à l'occasion par une société, au titre d'un contrat souscrit avant le 20 novembre 1991, seront – ou non – taxées, à l'occasion du décès de l'assuré.

La loi de finances rectificative pour 1991 a instauré une exonération totale des capitaux transmis concernant les versements réalisés avant le 20 novembre 1991, quel qu'ait été l'âge de l'assuré à la date de la conclusion du contrat ou lors de versements des cotisations.

Pour les versements complémentaires compris entre le 20 novembre 1991 et le 13 octobre 1998, le principe était également celui de l'exonération pour des versements complémentaires réalisés après le 20 novembre 1991, sur un contrat ouvert avant cette date, quand bien même l'assuré était âgé de plus de 70 ans. Toutefois, l'administration fiscale a tenté d'atténuer ce principe d'exonération sous condition après 70 ans et a instauré la notion de modification à l'économie du contrat par une instruction du 29 mai 1992.

La première position de l'administration était la suivante : lorsque des modifications aux contrats souscrits avant le 20 novembre 1991 auront été apportées à compter de cette date, le régime fiscal des sommes versées sera fonction de l'importance de ces modifications par rapport aux stipulations du contrat :

- soit les nouvelles clauses ne modifient pas l'économie du contrat (changement de bénéficiaire, des modalités de versement du capital ou de la rente...). Dans ce cas, les sommes versées par l'assureur, quelle que soit la date du versement des cotisations, ne sont pas assujetties aux droits de mutation par décès au décès de l'assuré ;

- soit les nouvelles clauses modifient l'économie du contrat, tel que le versement de nouvelles cotisations non prévues dans le contrat originel (transformation d'un contrat à cotisation unique en un contrat à cotisations multiples ou à versements libres) ou le versement de cotisations disproportionnées par rapport à celles payées avant le 20 novembre 1991. Dans cette hypothèse, le capi-

tal ou la rente payable au décès de l'assuré entre dans le champ d'application du dispositif prévu à l'article 757-B du CGI, dès lors que les modifications essentielles apportées au contrat originel, à compter du 20 novembre 1991, ne permettent plus de considérer qu'il s'agit d'un contrat souscrit avant cette date. Dans ces conditions, les cotisations versées postérieurement au 20 novembre 1991 et après 70 ans sont soumises aux droits de succession au décès de l'assuré.

Ainsi, des modifications essentielles apportées au contrat originel à compter du 20 novembre 1991 ne permettraient plus, selon l'Administration, de considérer qu'il s'agissait d'un contrat souscrit avant cette date. Le contrat devait être alors considéré comme souscrit depuis le 20 novembre 1991, toutefois pour les seules cotisations versées depuis cette date, et soumis à ce titre aux dispositions de l'article 757 B du Code général des impôts.

La conséquence de cette instruction était notamment la suivante : si un souscripteur venait à verser des capitaux, après 70 ans et après le 13 octobre 1998, sur un contrat souscrit avant le 20 novembre 1991, les bénéficiaires se seraient trouvés assujettis aux dispositions de l'article 757 B du Code général des impôts et non à celles de l'article 990-I qui offrent encore la possibilité de bénéficier de l'abattement de 152 500 € par bénéficiaire et de l'application d'un prélèvement de 20 %.

La nouvelle instruction du 30 avril 2002 tire les conséquences d'un

courant jurisprudentiel qui avait débouté à plusieurs reprises l'Administration de ses tentatives de remise en cause de l'antériorité fiscale, notamment en présence de contrats à versements libres (*cf.* TGI Mâcon 19 janvier 1998, Cass. Com. 25 avril 2001 ; TGI Dijon, 22 février 1999).

La doctrine administrative prévoit désormais que le seul versement de nouvelles cotisations non prévues dans le contrat originel – ou le versement de cotisations disproportionnées par rapport à celles payées avant le 20 novembre 1991 – ne peut plus être analysé comme une modification substantielle de l'économie du contrat de nature à supprimer l'antériorité du contrat pour la détermination du régime fiscal des nouvelles cotisations versées. La doctrine administrative antérieure sur ce point a donc été rapportée.

En conséquence, cette modification de la position de l'administration doit mettre un terme aux contentieux en cours et non définitivement tranchés sur cette question.

Toutefois, une partie de la doctrine antérieure reste d'application. Ainsi, des contrats à durée déterminée, venus à expiration ou venant à expiration et donc non susceptibles d'être prorogés, pourront être considérés comme des nouveaux contrats. Il ne serait pas possible, en excipant de l'abandon de la doctrine fiscale ancienne, d'utiliser des contrats anciens arrivant à échéance.

Naturellement, des modifications substantielles qui interviendraient sur des contrats anciens pourront

toujours, si elles présentent un caractère novatoire, faire entrer le contrat pour l'avenir dans les dispositions de l'article 757-B du Code général des impôts comme, par exemple, la transformation d'un contrat à souscripteur unique en contrat en adhésion conjointe (ou inversement).

Sous ces dernières réserves, l'administration fiscale ne pourra plus tenter de remettre en cause le régime fiscal de l'assurance vie qu'en recourant à la notion de l'abus de droit et, le cas échéant, à la requalification en donation indirecte.

■ **En conclusion**, la portée réelle des dispositions fiscales antérieures aux dernières dispositions adoptées –

à la fin des années 1990 – s'avère de plus en plus limitée par suite de l'importance des souscriptions nouvelles effectuées depuis cette date.

En toute hypothèse, la sédimentation de la fiscalité de l'assurance vie s'avère sans justification réelle, offre peu d'opportunités significatives et est exceptionnellement dommageable à sa compréhension.

À cet égard, l'amendement adopté le 22 juin dernier (1<sup>ère</sup> séance A.N. du mercredi 22 juin 2005) autorisant la transformation des contrats d'assurance vie monosupport en euros en contrats multisupports – sans perte de leur antériorité fiscale – constitue une évolution positive. Il découlerait

de l'adoption du projet de loi « pour la confiance et la modernisation de l'économie », ainsi amendé, – outre une orientation accrue des fonds collectés au sein des contrats d'assurance vie en « actions » (à l'encontre de l'actuelle prépondérance absolue des produits de taux : + 85 %) – la suppression d'une première couche sédimentaire de fiscalité.

Pour autant, le chemin apparaît aussi long qu'hypothétique avant de parvenir, pour le placement préféré des Français, à une fiscalité lisible par tous.

#### **Note**

1. *Auteur de La Fiscalité des assurances de personnes aux éditions de l'Argus.*

# Livre

■ Catherine VÉRET et Richard MEKOUAR,  
*Fonction : Risk Manager,*  
Paris, Dunod, collection Fonctions  
de l'entreprise – Direction/Conseil,  
2005.

Dès les premières pages, dans la préface de Christophe Lajtha, celui-ci, un peu provocateur, donne le ton : « Par définition, le risque (notion conceptuelle) n'est pas géré. Les activités sont gérées, les projets sont gérés, les sites industriels sont gérés, les filières d'approvisionnement sont gérées. Ils sont tous gérés face à l'incertain perpétuel et multiple. Par conséquent, le titre de *Risk Manager* (et plus encore de *Chief Risk Officer* – CRO, selon moi) est trompeur, voire destructeur ». Pour la profession, le débat n'a jamais cessé quant au rôle et à la nécessité de bien appréhender et consolider la fonction de *Risk Manager*.

Les auteurs ne s'attardent pas sur l'enjeu de cette fonction, bien qu'ils l'abordent. D'une part, ils apportent au fil des pages un vrai guide, pratique et concret, pour mettre en place cette fonction qui est transversale, nécessitant non seulement des qualités d'écoute, de dialogue et de rigueur, mais aussi des compétences professionnelles, techniques et

humaines qui seront les clés de la reconnaissance par les autres fonctions au sein de l'entreprise. D'autre part, la volonté des auteurs est aussi d'aider l'entreprise, grande ou petite, à mieux comprendre cette fonction, indispensable à la pérennité de celle-ci, et à en structurer la mise en place pour celles qui ne l'auraient pas encore instituée.

Pour ceux qui ont suivi la formation de *l'Institute Insurance of America*, mentionnée par les auteurs, permettant d'obtenir la qualification d'*Associate in Risk Management*, on se retrouve en terrain connu. En quelques pages, ce livre permet de se rappeler les principaux éléments du *Risk Management* axés autour de deux thèmes principaux.

Le premier thème correspond à la nécessité d'avoir des outils de décision. Ces outils sont mis en place afin de permettre une identification exhaustive des objets de risques et des périls potentiels qui peuvent affecter les entreprises tant en fréquence qu'en gravité.

Le second thème concerne les outils de la gestion des risques qui vont permettre d'abord une réduction de ceux-ci, tant en nombre qu'en dangerosité, avant même de penser au financement des risques dont

l'assurance n'est que l'une des composantes. La gestion des risques demande aussi, comme toute gestion, de pouvoir planifier, organiser, animer et contrôler les programmes mis en place pour la réduction des risques et pour leur financement. C'est cette dimension qui donne tout son sens à la notion de « *Manager* » des risques.

« Ne perdez pas le cap. » C'est le « vent » conducteur que l'on retrouve tout au long des cinq parties de ce livre consacré à la fonction de *Risk Manager* dans l'entreprise. Les cinq parties apportent très concrètement des exemples et reprennent la méthodologie pour répondre à ces deux thèmes que sont les outils de décision et de la gestion des risques.

La première partie « **Construire le Risk Management** » rappelle l'histoire de la fonction avec, en 1916, Henri Fayol, chef d'entreprise et ingénieur civil des Mines qui identifiait, parmi les six fonctions principales de l'entreprise, les activités de sécurité, c'est-à-dire la protection des biens et des personnes.

Depuis, les technologies, les lois et les règlements, ainsi que de l'environnement, ont fait que les pratiques ont évolué surtout depuis les vingt dernières années.

La seconde partie « **Réussir l'implantation de la fonction** » aborde la notion de la politique de gestion des risques. Cette politique spécifique est considérée comme étant l'une des composantes de la politique de l'entreprise.

Quelle que soit la taille de l'entreprise, et cela est aussi valable pour une PME, le dirigeant doit avoir conscience de la nécessité de s'organiser pour se prémunir des conséquences d'un péril sur les objets de risques dans l'entreprise, voire dans son environnement. C'est le patrimoine de l'entreprise dont il est question ici en tant qu'actifs. Au passif, dans le cadre de sa responsabilité, l'entreprise qui est mise en cause pour les conséquences de ses actes (ou non-action) peut être déstabilisée, voire être en difficulté financière, en raison de cette dette.

Pour cela, il faut avoir une méthodologie, saine et objective, y compris avec un référentiel quant au vocabulaire utilisé, et qui sera reconnue par tous les acteurs de l'entreprise qui seront autant de personnes ou d'entités, internes ou externes, qui contribueront au réseau sur lequel s'appuiera le « *Risk Manager* » et qu'il animera.

Les outils pour la gestion des risques sont connus de longue date, notamment par toutes les entreprises technologiques qui utilisent la cartographie des risques. C'est le thème de la troisième partie, la principale partie de ce livre, sous l'intitulé « **Généraliser la maîtrise des risques** ».

Appliquée à la gestion des risques, la cartographie des risques permet d'avoir un outil objectif et de renforcer la culture « risque » avec de bonnes pratiques. Cela permet aussi de mettre en place une politique de réduction des risques, nécessaire avant de prévoir le financement des risques dont l'assurance n'est donc qu'une des composantes.

Les auteurs abordent ici des éléments clés. Le premier est la rétention qui doit être prévue et organisée – et non subie. Le second est le transfert financier par l'assurance. *Gérer les assurances ne se limite pas au simple « achat » de contrats d'assurance, souvent appelé « placement* ». Ce placement des assurances doit être considéré comme faisant partie d'un véritable plan « *stratégique* ». Il est d'ailleurs indispensable que cela soit conduit par un spécialiste. Le troisième élément concerne le financement alternatif des risques qui, ici, inclut

l'utilisation de captive d'assurance ou de réassurance, le dispositif interne de mutualisation, le « *finite* » ou encore d'autres dispositifs comme la titrisation, les produits dérivés, etc. Ce chapitre ne manque pas d'exemples (certains d'ailleurs devront être revus). Il rappelle aussi que toute bonne gestion demande d'avoir mis en place un contrôle, voire une capacité d'audit de la politique de la gestion des risques.

La quatrième partie concerne la « **Gestion des événements** » avec, notamment, le traitement des incidents et des sinistres et la gestion des crises potentielles, en montrant l'importance d'avoir préparé à l'avance un plan de continuité d'activité (PCA) et l'importance de la communication de crise.

La dernière partie est consacrée au « **Système d'information de gestion des risques** » (SIGR). La gestion du risque prend une place centrale dans toutes les décisions de l'entreprise. Quelle que soit la manière, l'important est la reconnaissance de la profession au sens large.

par  
Guy-Antoine de La Rochefoucauld  
Project Manager HIBL – HSBC  
Insurance Brokers Ltd

## VENTE AU NUMÉRO - BULLETIN D'ABONNEMENT

| N°                         | THÈME   | Prix euros<br>FRANCE | Prix euros<br>EXPORT |
|----------------------------|---|----------------------|----------------------|
| <b>Numéros disponibles</b> |   |                      |                      |
| 3                          | Les visages de l'assuré (2 <sup>e</sup> partie)     | 19,00                | 19,00                |
| 6                          | Le risque thérapeutique                             | 19,00                | 19,00                |
| 7                          | Assurance crédit/Assurance vie                      | 19,00                | 19,00                |
| 11                         | Environnement : le temps de la précaution           | 23,00                | 23,00                |
| 13                         | Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?          | 23,00                | 23,00                |
| 14                         | Innovation, assurance, responsabilité               | 23,00                | 23,00                |
| 15                         | La vie assurée                                      | 23,00                | 23,00                |
| 16                         | Fraude ou risque moral ?                            | 23,00                | 23,00                |
| 18                         | Éthique et assurance                                | 23,00                | 23,00                |
| 19                         | Finance et assurance vie                            | 23,00                | 23,00                |
| 20                         | Les risques de la nature                            | 23,00                | 23,00                |
| 21                         | Assurance et maladie                                | 29,00                | 29,00                |
| 22                         | L'assurance dans le monde (1 <sup>re</sup> partie)  | 29,00                | 29,00                |
| 23                         | L'assurance dans le monde (2 <sup>e</sup> partie)   | 29,00                | 29,00                |
| 24                         | La distribution de l'assurance en France            | 29,00                | 29,00                |
| 25                         | Histoire récente de l'assurance en France           | 29,00                | 29,00                |
| 26                         | Longévité et dépendance                             | 29,00                | 29,00                |
| 27                         | L'assureur et l'impôt                               | 29,00                | 29,00                |
| 28                         | Gestion financière du risque                        | 29,00                | 29,00                |
| 29                         | Assurance sans assurance                            | 29,00                | 33,54                |
| 30                         | La frontière public/privé                           | 29,00                | 33,54                |
| 31                         | Assurance et sociétés industrielles                 | 29,00                | 33,54                |
| 32                         | La société du risque                                | 29,00                | 33,54                |
| 33                         | Conjoncture de l'assurance. Risque santé            | 9,00                 | 33,54                |
| 34                         | Le risque catastrophique                            | 29,00                | 33,54                |
| 35                         | L'expertise aujourd'hui                             | 29,00                | 33,54                |
| 37                         | Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000. |                      |                      |
|                            | Les concentrations dans l'assurance                 | 29,00                | 33,54                |
| 38                         | Le risque urbain.                                   |                      |                      |
|                            | Révolution de l'information médicale.               |                      |                      |
|                            | Assurer les OGM                                     | 29,00                | 33,54                |

| N°                         | THÈME  | Prix euros<br>FRANCE | Prix euros<br>EXPORT |
|----------------------------|--|----------------------|----------------------|
| <b>Numéros disponibles</b> |  |                      |                      |
| 40                         | XXI <sup>e</sup> siècle : le siècle de l'assurance. Nouveaux métiers, nouvelles compétences. |                      |                      |
|                            | Nouveaux risques, nouvelles responsabilités  | 29,00                | 33,54                |
| 41                         | L'Europe. La confidentialité. Assurance : la fin du cycle ?                                  | 29,00                | 33,54                |
| 42                         | L'image de l'entreprise. Le risque de taux. Les catastrophes naturelles                      | 29,00                | 33,54                |
| 43                         | Le nouveau partage des risques dans l'entreprise. Solvabilité des sociétés d'assurances.     |                      |                      |
|                            | La judiciarisation de la société française   | 29,00                | 33,54                |
| 44                         | Science et connaissance des risques. Y a-t-il un nouveau risk management ?                   |                      |                      |
|                            | L'insécurité routière  | 29,00                | 33,54                |
| 45                         | Risques économiques des pays émergents. Le fichier clients.                                  |                      |                      |
|                            | Segmentation, assurance, et solidarité   | 29,00                | 33,54                |
| 46                         | Les nouveaux risques de l'entreprise. Les risques de la gouvernance.                         |                      |                      |
|                            | L'entreprise confrontée aux nouvelles incertitudes   | 29,00                | 33,54                |
| 47                         | Changements climatiques. La dépendance. Risque et démocratie                                 | 30,50                | 33,54                |
| 48                         | L'impact du 11 septembre 2001. Une ère nouvelle pour l'assurance ?                           |                      |                      |
|                            | Un nouvel univers de risques   | 30,50                | 33,54                |
| 49                         | La protection sociale en questions. Réformer l'assurance santé.                              |                      |                      |
|                            | Les perspectives de la théorie du risque   | 30,50                | 33,54                |
| 50                         | Risque et développement. Le marketing de l'assurance.  |                      |                      |
|                            | Effet de serre : quels risques économiques ?   | 30,50                | 33,54                |
| 51                         | La finance face à la perte de confiance. La criminalité. Organiser la mondialisation         | 30,50                | 33,54                |
| 52                         | L'évolution de l'assurance vie. La responsabilité civile. Les normes comptables              | 30,50                | 33,54                |
| 53                         | L'état du monde de l'assurance. Juridique. Économie  | 31,50                | 35,00                |
| 54                         | Industrie : nouveaux risques ? La solvabilité des sociétés d'assurances. L'assurabilité      | 31,50                | 35,00                |
| 55                         | Risque systémique et économie mondiale. La cartographie des risques.                         |                      |                      |
|                            | Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ?   | 31,50                | 35,00                |
| 56                         | Situation et perspectives. Le gouvernement d'entreprise : a-t-on progressé ?                 |                      |                      |
|                            | L'impact de la sécurité routière   | 31,50                | 35,00                |
| 57                         | L'assurance sortie de crise.   |                      |                      |
|                            | Le défi de la responsabilité médicale. Le principe de précaution                             | 31,50                | 35,00                |
| 58                         | La mondialisation et la société du risque. Peut-on réformer l'assurance santé ?              |                      |                      |
|                            | Les normes comptables au service de l'information financières.                               | 31,50                | 35,00                |
| 59                         | Risques et cohésion sociale. L'immobilier. Risques géopolitiques et assurance.               | 31,50                | 35,00                |
| 60                         | FM Global. Private equity. Les spécificités de l'assurance aux USA.                          | 31,50                | 35,00                |
| 61                         | Bancassurance. Les agences de notation financière. L'Europe de l'assurance.                  | 33,00                | 37,00                |

### Numéros épuisés

|    |  |
|----|--|
| 1  | Les horizons du risque                                   |
| 4  | La prévention  |
| 5  | Age et assurance   |
| 8  | L'heure de l'Europe                                      |
| 9  | La réassurance   |
| 10 | Assurance, droit, responsabilité                         |
| 12 | Assurances obligatoires : fin de l'exception française ? |
| 17 | Dictionnaire de l'économie de l'assurance                |

### Numéros hors série

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| Responsabilité et indemnisation    | 15,24 |
| Assurer l'avenir des retraites     | 15,24 |
| Les Entretiens de l'assurance 1993 | 15,24 |
| Les Entretiens de l'assurance 1994 | 22,87 |

BON DE COMMANDE DE LA REVUE RISQUES

À découper et à retourner accompagné de votre règlement à

**Seddita - 9, rue d'Enghien - BP 67 - 75462 Paris cedex 10**

Tél. (33) 01 40 22 06 67 - Fax : (33) 01 40 22 06 69 - Courriel : info@seddita.com

Abonnement (4 numéros/an) année 2005 n° 61 à n° 64 FRANCE 125 € EXPORT 142 €\*

Je commande \_\_\_\_\_ ex. des numéros \_\_\_\_\_

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Institution ou entreprise \_\_\_\_\_

Fonction exercée et nom du service \_\_\_\_\_

Adresse de livraison \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Nom du facturé et Adresse de facturation \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Je joins le montant de : \_\_\_\_\_ par chèque bancaire à l'ordre de Seddita

Je règle par virement en euros sur le compte CCF Poissonnière – FR76 3005 6000 6600 6628 0968 018

\* Uniquement par virement bancaire

# *Où se procurer la revue ?*

## ***Vente numéros disponibles et abonnement :***

### **Seddit**

9 rue d'Enghien

75010 Paris

Tél. 01 40 22 06 67

Fax 01 40 22 06 69

Courriel : [info@seddit.com](mailto:info@seddit.com)

## ***En librairie :***

### **Librairie de la banque et de la finance**

18 rue Lafayette

75009 Paris

Tél. 01 48 00 54 09

Fax : 01 47 70 31 67

### **Librairie Droit et Santé**

187 quai de Valmy

75010 Paris

Tél. 01 41 29 99 00

Fax 01 41 29 98 38

### **Librairie Editions juridiques associées**

20 rue Soufflot

75005 Paris

Tél. 01 46 33 89 85

Fax 01 40 51 81 85

### **Librairie le Moniteur**

17 rue d'Uzès 75002 Paris

Tél. 01 40 13 33 80

Fax 01 40 13 30 13

# Risques

Les cahiers de l'assurance

## **Directeur de la publication**

Frédéric Loubière

## **Directeur de la rédaction**

Jean-Hervé Lorenzi

### **Rédaction**

Tél. [33] 01 42 47 93 56

Fax [33] 01 42 47 91 22

Courriel : Risques@ffsa.fr

### **Diffusion**

Seddit

9 rue d'Enghien

75010 Paris

Tél. [33] 01 40 22 06 67

Fax [33] 01 40 22 06 69

Courriel : info@seddit.com

### *Abonnement*

Prix de l'abonnement (4 n<sup>os</sup>) Année 2005

France 125 €

Étranger 142 €

### *Vente au numéro*

Prix au numéro

France 33,00 €

Étranger 37,00 €

### **Mise en page**

L.C Création - 01 42 60 04 50

### **Impression**

Jouve

561, rue Saint-Léonard - BP 3 - 53101 Mayenne cedex

**CPPAP** : 1107 T 82453

**Dépôt légal** : Juin 2005

**ISSN** : 1152-9253

# Risques

Les cahiers de l'assurance

## 1. Société

Comment organiser la lutte contre le cancer ?

## 2. Techniques

Où en est la réassurance dans le monde, notamment en Europe ?

## 3. Analyses

Risques santé : quelles techniques d'assurances ?

## 4. Chroniques

Actualité

Droit

Économie

Histoire

## 5. Études et Livres