

Risques

Les cahiers de l'assurance

■ Une première maison commune de l'assurance

Jean-Michel Laxalt

■ La distribution dans la chaîne de valeur de l'assurance

Jean-Laurent Granier
David Harari
Robert Leblanc
Alain Pithon
Philippe Poiget
Bruno Rousset

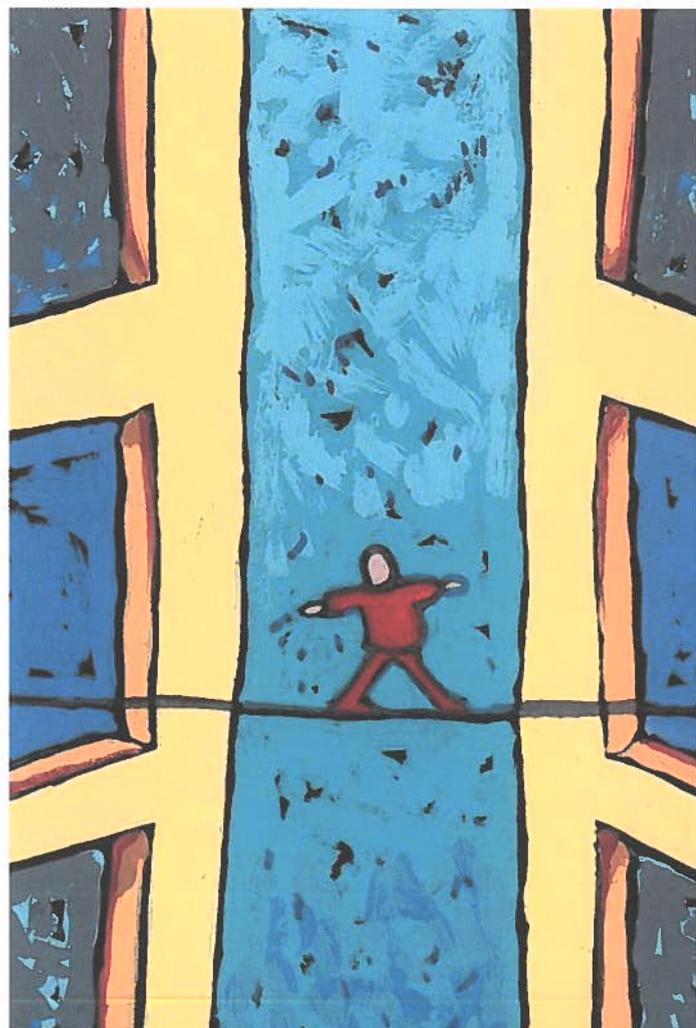
■ Études et livres

Henri Debruyne
Pierre Martin
Carlos Pardo
Jean-Luc Viruega
Florence Voss

■ Remise du prix *Risques-Les Échos*

■ L'assurance en ébullition ?

Marianne Binst
Pierre-Yves Geoffard
Nicolas Gusdorf
Gilles Johanet
Denis Kessler
Yann Le Pallec
Jean-Christophe Ménioux



n° 70 ■ juin 2007

SEDDITA

Comité éditorial

Jean-Hervé Lorenzi
Directeur de la rédaction

Pierre Bollon
Études et livres

Robert Leblanc
Société

Gilles Bénéplanc Daniel Zajdenweber
Risques et solutions

Philippe Trainar
Analyses et débats

Jean-Marc Boyer Anne Morrier François Ewald

Joëlle Rolland
Secrétaire de rédaction

Comité scientifique

Philippe Askenazy, Mathieu Baratas, Philippe Barbe, Jean Berthon, Michel Bisch, Jean-François Boulier, Dominique Bourg, Marc Bruschi, Philippe Casson, Françoise Chapuisat, Pierre-André Chiappori, Michèle Cohen, Georges Dionne, Patrice Duran, Georges Durry, Louis Eeckhoudt, Didier Folus, Pierre-Yves Geoffard, Claude Gilbert, Christian Gollier, Marc Guillaume, Bernard Guillochon, Pierre-Cyrille Hautcoeur, Sylvie Hennion-Moreau, Dominique Henriët, Christian Hess, Vincent Heuzé, Jean-Pierre Indjehagopian, Pierre Jacquet, Gilles Johanet, Jérôme Kullmann, Dominique de La Garanderie, Gérard de La Martinière, Pierre-Marie Larnac, Daniel Laurent, Herve Le Borgne, Claude Le Pen, Laurent Leveneur, Olivier Mareuse, Luc Mayaux, Jean-Christophe Meyfredi, Erwann Michel-Kerjan, Alain Moeglin, Stéphane Mottet, Michel Mougeot, Bertrand Munier, Yves Negro, Carlos Pardo, Jacques Pelletan, Pierre Pestieau, Philippe Pierre, Pierre Petauton, Pierre Picard, Manuel Plisson, Jean-Claude Prager, André Renaudin, Bruce Roger, Christophe Roux-Dufort, Christian Schmidt, Côme Segretain, Jean-Charles Simon, Olivier Sorba, Didier Sornette, Charles Tapiero, Patrick Thourot, Alain Trognon, François de Varenne, Nicolas Véron, Catherine Vesperini, Jean-Luc Wybo

Sommaire

1. <i>Société</i> Une première maison commune de l'assurance	
Entretien avec Jean-Michel Laxalt, président de l'Unocam	9
2. <i>Risques et solutions</i> La distribution dans la chaîne de valeur de l'assurance	
Daniel Zajdenweber, <i>Introduction</i>	17
David Harari, <i>Les enjeux de la distribution d'assurance au sein de l'Union européenne</i>	20
Bruno Rousset, <i>La distribution d'assurance en France. Le client enfin roi ?</i>	25
Jean-Laurent Granier, <i>Les nouvelles règles de l'intermédiation, de la vente push produits à la vente conseil</i>	29
Robert Leblanc, <i>Être courtier aujourd'hui ?</i>	34
Philippe Poiget, <i>Premier bilan de la mise en place du registre des intermédiaires en assurance en France</i>	41
Alain Pithon, <i>La directive MIF et la commercialisation des produits financiers : évolution ou révolution ?</i>	49
3. <i>Analyses et débats</i> L'assurance en ébullition ?	
Philippe Trainar, <i>Introduction</i>	57
Denis Kessler, <i>L'énigme de l'assurance dépendance</i>	60
Nicolas Gusdorf, <i>Les services, relais de croissance de l'assurance</i>	66
Pierre-Yves Geoffard, <i>La concurrence, c'est l'innovation ?</i>	71
Gilles Johanet, <i>Assurance santé et innovations</i>	78
Marianne Binst, <i>Innovation en assurance santé : un nouveau souffle</i>	83
Jean-Christophe Ménioux, <i>La révolution de la titrisation en assurance</i>	87
Yann Le Pallec, <i>L'innovation financière renouvelle-t-elle l'assurance ?</i>	93
4. <i>Etudes et livres</i>	
Pierre Martin, <i>Petite histoire des agents d'assurance (XIX^e-XX^e s.) : au service du risque</i>	101
Jean-Luc Viruéga, <i>Les conséquences d'un système de traçabilité sur l'assurabilité des risques d'entreprise</i>	105
Florence Voss, <i>La réassurance : une opportunité pour les mutuelles ?</i>	111
<i>Guide des sources sur l'histoire de l'assurance</i> par Pierre Martin	116
François Bernard, <i>Voyage au pays du risque</i> par Henri Debruyne	117
Mickaël Mangot, <i>50 petites expériences en psychologie de l'épargnant et de l'investisseur</i> par Carlos Pardo	117
5. <i>Remise du prix Risques/Les Echos</i>	119

Éditorial

L'assurance a souffert – de manière injuste et cela longtemps – d'un déficit d'image notamment par rapport à la banque. Bien entendu, tout cela a commencé à changer. Dans cette perspective, l'innovation dans l'assurance peut jouer un rôle majeur en permettant d'accélérer cette mutation. Pourquoi ? Parce qu'elle est centrale dans le discours sur la modernité, sur la société de services telle qu'elle s'impose à l'échelle mondiale, et donc sur la qualité de la relation clientèle.

En fait, la réflexion sur l'innovation est la figure imposée chez les économistes depuis deux siècles. Elle a nourri les débats sur ses relations avec l'emploi tout au long du XIX^e siècle et a trouvé une sorte de point d'aboutissement, au milieu du siècle dernier, avec la mise en lumière schumpetérienne. Aujourd'hui, cette réflexion est la variable première d'un monde qui change totalement puisque ses effets bénéfiques ne sont plus réservés à un groupe de pays riches. Elle est désormais au cœur de la croissance de tous.

Dans cette période bénie de croissance mondiale que nous connaissons aujourd'hui, il est vrai que l'on n'associe pas immédiatement progrès scientifique et technologique à l'assurance. Et pourtant, l'assurance est à la fois le produit de multiples innovations et, également, productive elle-même de progrès techniques. C'est ce que ce numéro de *Risques* met en exergue.

Pour cela, la partie « Analyses et débats » est entièrement dédiée aux bouleversements techniques de notre secteur d'activité. Bien entendu, on est loin d'avoir présenté l'ensemble des produits et services qui, aujourd'hui, structurent ces marchés à l'échelle mondiale mais, quand même, on a pu à juste titre parler de véritable ébullition. Il nous a semblé que, au-delà de cette approche produit, celle qui impulse la première dans la transformation de l'assurance, il fallait évoquer aussi ce qui ressort de l'organisation des entreprises du secteur et des nouvelles formes de distribution qu'elles mettent en œuvre. L'une et l'autre sont au cœur même de l'économie du XXI^e siècle. Nul ne pouvait mieux illustrer la formidable tendance à optimiser les structures d'offre des entreprises françaises que le président de l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance complémentaire), parce que cette union regroupe la plupart des entreprises qui fournissent des assurances complémentaires maladie. Et puis, *Risques* se penche également sur les bouleversements dans la distribution, et notamment sur l'impact qu'aura la directive européenne sur les marchés d'instruments financiers (MIF) dans ces métiers déjà si concurrentiels. En définitive, peu de domaines d'activité humaine sont aussi porteurs d'excellence et de volonté d'évolution. Nous avons essayé d'en rendre compte.

Jean-Hervé Lorenzi

1.

Une première maison commune de l'assurance



■ Jean-Michel Laxalt

Président de l'Unocam
Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Jean-Michel Laxalt

Président de l'Unocam

Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Entretien réalisé par Robert Leblanc et Jean-Hervé Lorenzi

Risques : Avez-vous le sentiment que l'Unocam atteint les objectifs qui lui étaient assignés à sa création ?

Jean-Michel Laxalt : Initialement, il paraissait totalement improbable de réunir dans une structure la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), la mutualité française, les institutions de prévoyance et le régime local Alsace-Moselle. Or l'Unocam, issue de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, existe maintenant depuis deux ans, permettant ainsi aux protagonistes de la complémentaire santé de s'exprimer d'une seule voix sur les évolutions du système de santé.

Ils s'accordent donc pour une représentation dans les lieux de décision ou d'avis, là où les complémentaires santé ne se sont jamais exprimées auparavant, comme par exemple au Comité économique des produits de santé ou à l'Institut des données de santé (qui vient de se créer et dont l'objectif est de collecter toutes les informations sur le système de santé et le comportement des professionnels).

Depuis deux ans, tous les avis ont été émis à l'unanimité. Nous n'avons connu qu'un cas, au tout début, pour lequel nous n'avons pas réussi à nous accorder ; nous avons alors conclu que, faute d'unanimité, nous répondrions aux pouvoirs publics qui nous consultent par un « avis de non-consensus ». Si nous sommes arrivés à une telle convergence, c'est grâce aux règles internes de fonctionnement de l'Unocam : nous nous appuyons sur les experts des différentes composantes de l'Unocam et sur des groupes de travail qui étudient techniquement les décisions en amont des délibérations. Travailler ensemble à partir des mêmes éléments peut conduire à renforcer les convergences, voire à les créer là où elles semblaient improbables.

Risques : Pouvez-vous évoquer un cas où une discussion sur le fond a eu lieu au sein de l'Unocam ?

Jean-Michel Laxalt : Il concernait les contrats responsables et plus précisément la position des complémentaires santé par rapport aux dépassements d'honoraires. On sait que, depuis une bonne quinzaine d'années, la complémentaire santé – qui était jusque-là grandement l'affaire des organismes solidaires mutualistes – est devenue un champ de développement pour les assureurs qui voyaient le marché de l'assurance dommage se saturer. Or l'une des lois, ou réflexes de marché, est que là où les systèmes obligatoires régressent, le champ de l'initiative privée s'accroît ; en comprimant ses niveaux d'intervention, la Sécurité sociale a ouvert un espace de marché concurrentiel.

Le monde de la mutualité se prévaut de l'exercice de la solidarité. Le monde de l'assurance exerce l'assurance selon les canons du métier avec des tarifs tenant compte du niveau de risque et une obligation de résultats. Le marché des institutions de prévoyance a bénéficié du soutien des budgets publics, qu'ils soient de l'État (exonérations fiscales) ou de la Sécurité sociale (exonérations de cotisations sociales) ; les aides publiques, venant en déduction du coût du risque, permettent au contrat collectif d'entreprise d'aller très au-delà des remboursements et donc de participer à une surenchère de couverture : 120 % c'est mieux que 100 %, 150 % encore mieux, etc. Mais, au sein de l'Unocam, toutes les familles de complémentaires, au-delà de leur diversité, disent que ce n'est pas possible de continuer ainsi, avec l'inflation des coûts de la santé constatés. Nous ne voulons pas être des payeurs aveugles. Toutes les dépenses ne sont pas forcément liées à une qualité de prise en charge ; nous, assureurs, dans notre diversité, nous voulons payer au juste coût. Et donc, pour cette notion difficile de

dépassement d'honoraires, à l'unanimité, nous avons conclu qu'il n'était plus possible que le dépassement d'honoraires relève du seul fait du praticien, sans que cela corresponde à un surcroît objectif d'expérience, de compétences, de difficultés. C'est comme le secteur 2 où les praticiens jouissent d'une totale liberté sur le montant des honoraires mais sont inscrits dans un conventionnement avec l'assurance maladie ; de ce fait, les patients bénéficient de versements de la collectivité solidaire. Il y a là des contradictions et des excès qui montrent que le système n'est plus tenable. Un surcroît de rémunération peut être reconnu, consenti et accepté, s'il s'appuie sur plus de qualité et de transparence pour les assurés et leurs organismes assureurs.

Depuis quelques mois, nous nous sommes engagés dans une négociation tripartite, avec les caisses d'assurance maladie et les syndicats professionnels au sujet de la chirurgie, pour négocier la création d'un secteur conventionnel dans lequel les complémentaires prendraient en charge les compléments de rémunération (au-delà des tarifs de la Sécurité sociale), en fonction de critères de qualité et de transparence. Par exemple, on peut prévoir l'établissement d'un devis préalable car le patient doit connaître le montant des frais qui seront engagés.

Risques : Comment fonctionnez-vous en interne pour assurer ces convergences ?

Jean-Michel Laxalt : Comme je l'ai dit précédemment, nous avons mis en œuvre nos ressources techniques et nos expertises respectives. Le travail technique aboutit souvent à des réponses pas trop éloignées les unes des autres, indépendamment de la diversité des logiques de départ. Je rends d'ailleurs hommage à tous nos experts et techniciens qui travaillent beaucoup depuis la création de l'Unocam auprès des membres du Bureau.

L'Unocam est tenue à une expression consensuelle. Le Conseil, dans ses proportions, reflète les parts de chacun dans la complémentaire santé puisque l'Unocam ne concerne que les dépenses de maladie. C'est un conseil de trente-trois personnes dont dix-sept pour la mutualité, huit pour la FFSA, sept pour les institutions de prévoyance, et le président du régime local d'Alsace-Moselle car il s'agit d'un régime particulier qui perçoit

de façon obligatoire un complément de cotisation pour un supplément de prestations.

Risques : Tout ce que la loi prévoyait est désormais mis en œuvre ?

Jean-Michel Laxalt : La loi proposait – ce que l'on appelait à l'époque la nouvelle gouvernance – que les acteurs se réunissent en trois unions ; que les Caisses constituent une union : elle existe, c'est l'Uncam ; que les organismes d'assurances complémentaires santé constituent une deuxième union, c'est l'Unocam ; que les professionnels de santé se rassemblent : c'est l'UNPS (Union nationale des professionnels de santé) – mais les professionnels de santé continuent à négocier corporation par corporation – ; dans nos négociations tripartites, ce n'est pas avec l'UNPS que nous sommes en discussion mais avec les signataires de la Convention médicale : la Confédération syndicale des médecins français, le Syndicat des médecins libéraux et Alliance.

L'avis de l'Unocam est requis pour les décisions publiques du gouvernement ou de l'assurance maladie ayant une répercussion sur le coût des soins. Nous avons produit cinquante ou soixante avis peut-être...

La loi disait que, rassemblées au sein de l'Unocam, les complémentaires auraient une place au Comité économique des produits de santé : nous y avons un représentant, une professionnelle qui siège chaque semaine à ce comité qui fixe les prix des médicaments.

La loi dit aussi que serait créé un institut des données de santé pour articuler les informations de prise en charge par les régimes obligatoire et complémentaire de façon à avoir une vision globale sur le système de santé, la formation de leur coût. Cela vient d'être mis en place tout récemment. L'Unocam est membre constitutif à hauteur de 20 % de cet institut.

Formellement, tout cela fonctionne. Un seul point faible par rapport à ce que prévoyait la loi de 2004 qui n'a pas été très incitatrice : elle disait que les négociations conventionnelles – qui fixent un peu les règles du jeu pour les acteurs du système de santé et qui, depuis 1960, se nouaient entre l'assurance maladie obligatoire et les syndicats de professionnels – pouvaient être des négociations tripartites. La négociation sur la prise en charge des soins dentaires aurait dû associer l'Unocam

qui venait d'être créée : cela n'a pas été le cas. Par contre, nous sommes en négociation tripartite avec les syndicats de chirurgiens pour la création probable d'un nouveau secteur conventionnel.

Risques : Est-ce que l'Unocam, dans son souci de payer le juste prix pour les prestations de santé, représente un élément-clé de la politique de santé du futur ?

Jean-Michel Laxalt : Je dirais qu'elle représente un élément, mais pas l'élément-clé. Nous sommes dans un pays où les pouvoirs publics agissent pour une grande part dans l'organisation de la santé et c'est heureux. Nous sommes aussi dans un espace politique et citoyen qui s'appelle la République française qui a prôné une série de droits essentiels qu'elle doit garantir et, parmi eux, l'égalité de l'accès aux soins. Personne ne conteste que, pour l'essentiel, cela passe par le tissu public, c'est-à-dire le système public hospitalier. L'État et les pouvoirs publics édictent les règles. Ce sont les pouvoirs publics qui définissent les conditions de compétence des professionnels de santé.

À mon avis, les conventions négociées entre les caisses maladie et les syndicats de médecins souffrent d'être abordées sous l'angle des différentes corporations médicales, avec les antagonismes qui peuvent exister. Il me semble qu'il manque un cadre politique disant ce qu'est l'organisation des soins en France. Ce cadre existe, avec la loi Debré (1959-1960), pour le secteur hospitalier ; il mérite du reste d'être revu. Mais il n'y a pas eu d'équivalent pour les soins en ambulatoire. La volonté publique ne s'exerce pas non plus sur la répartition des professionnels, l'endroit où ils s'installent, où ils se concentrent...

Quels sont les enjeux de santé émergents ? Nous ne sommes plus à l'époque où le médecin était le professionnel qui savait prescrire la bonne molécule (antibiotique souvent) pour mettre fin à une maladie infectieuse. Aujourd'hui, les enjeux tournent autour des maladies chroniques (diabète et autres) qui impliquent toute une chaîne d'acteurs de soins. Il y a aussi les pathologies qu'on ne peut pas guérir mais qu'il faut soulager et accompagner toute une vie. C'est dans l'articulation des processus et des acteurs que se fait la qualité. Un autre enjeu émergent est celui des polyopathologies liées au vieillissement.

Or, dans le système de santé français, on aborde les négociations professionnelles corporation par corporation, acte par acte. Il faut décloisonner tout cela. Il me semble d'ailleurs que, d'une façon générale, les assureurs ont de plus en plus cette vision de la qualité globale. Je crois percevoir, dans les deux premières années de fonctionnement de l'Unocam, les prémices de ce qui pourrait créer convergence entre nous en tant qu'exigence vis-à-vis du système de soins.

Risques : Vous êtes les observateurs les plus directs d'une partie de la dérive des frais de santé. Vous souhaitez lier de plus en plus les rémunérations des professionnels à la qualité des soins. Or, cela revient à objectiver des processus santé qui, en réalité, n'étaient pas au cœur de la réflexion jusqu'à une époque récente. Êtes-vous bien au cœur de ce que pourraient être les analyses des dépenses de santé, faites de façon plus rigoureuse que jusqu'à présent ?

Jean-Michel Laxalt : D'une façon générale, la France dispose plutôt d'un bon système de soins. Ce qui la positionne en bonne place dans le classement international, c'est essentiellement la prise en charge des dépenses. Je pense qu'aucun assureur ne revendique la gestion au premier euro de la santé des assurés et ne se sent en mesure d'assurer la totalité des coûts. Ce qui signifie que, si notre action n'est pas forcément un complément en subordination à la prise en charge par le régime obligatoire, elle se situe en tenant compte de l'existence d'un système de prise en charge obligatoire.

Chacun des acteurs le vit dans ses comptes. Pour alléger les dépenses pesant sur les régimes obligatoires et sur les prélèvements obligatoires, un report est fait sur les assureurs complémentaires et sur les ménages. Nous n'anticipons pas de renversement de tendance et pensons même que cela va s'accroître. Il est avéré que cette problématique s'étend dans les temps qui viennent puisque l'une des questions, ces jours-ci, est l'introduction de nouvelles franchises, pour diminuer les dépenses remboursées.

Risques : À partir du moment où chacun a le libre choix de souscrire une complémentaire ou pas, il n'y a pas de problème pour que les complémentaires offrent une

mutualisation de ce qui n'est plus dans le régime obligatoire.

Jean-Michel Laxalt : Ce qui n'est pas dit, c'est si les franchises sont « assurables » ou si elles sont des franchises d'ordre public, c'est-à-dire qu'elles sont assorties d'interdiction pour les complémentaires de prise en charge.

L'élément nouveau, depuis deux ans, ce sont les fameux contrats responsables pour lesquels au sein de l'Unocam nous avons émis un avis positif. Ces contrats responsables prévoient les prescriptions à prendre en charge, celles qu'ils ne doivent pas prendre en charge, et les actes de prévention obligatoirement pris en charge.

Je prends un exemple. Il existe une franchise de 1 €. Tous les contrats d'assureur qui veulent bénéficier des exonérations fiscales ne doivent pas prendre en charge le 1 €. Par contre, s'il s'agit de la franchise du « 18 € » créée récemment pour les actes chirurgicaux, elle peut être prise en charge par les assureurs. Est-ce que la création de franchises – qui pourraient être conséquentes – implique une interdiction de prise en charge par les complémentaires ? Sur la justification des franchises, le discours a varié. La régulation des déficits a été le premier motif, puis la responsabilisation des patients un second motif ; à présent, intervient encore un autre motif : le financement de prises en charge lourdes (cancer, Alzheimer, soins palliatifs). Le procédé me paraît inadéquat par rapport à l'objectif aujourd'hui annoncé.

Risques : Est-ce que l'Unocam a un rôle à jouer pour orienter dans un sens ou dans l'autre ?

Jean-Michel Laxalt : Si les franchises sont un outil de régulation des dépenses, nous avons des réflexes tout à fait fondés pour combattre les transferts sur les complémentaires des dépenses que l'obligatoire ne veut plus supporter. Nous n'avons pas eu ce débat au sein de l'Unocam car nous n'avons pas encore connu de proposition précise. Le directeur général de l'Unocam convie l'Unocam à une concertation... *a posteriori*.

Risques : Il n'est pas évident que vous soyez d'ailleurs d'accord sur le sujet...

Jean-Michel Laxalt : Si des franchises doivent être mises en œuvre, c'est la libre décision des complémentaires qui est en jeu. De plus, ce type de sujet est au cœur des pratiques assurantielles différenciatrices.

Risques : Sur la hausse des dépenses de santé, vous disiez qu'il n'est pas acceptable que cela augmente indéfiniment. Or, on constate que la demande de santé est toujours là, le vieillissement de la population crée les conditions d'une demande croissante. Dans le même temps, la technique progresse mais est de plus en plus coûteuse. On a l'impression que tout est réuni du côté de la demande comme du côté de l'offre pour que les dépenses de santé ne fassent que croître et embellir !

Jean-Michel Laxalt : Il y a des arbitrages politiques sur ce qui incombe à la collectivité puisque environ 75 % des ressources qui financent le système de soins sont collectives. Ensuite, nous, assureurs, n'assurons pas tout ce qui serait assurable en matière de santé. Nous faisons nous-mêmes nos propres arbitrages. Une telle évolution des dépenses est effectivement inévitable, ne serait-ce que parce que ça coûte plus cher et que nous sommes plus nombreux, que nous vivons aussi plus longtemps. Il y a des éléments objectifs. On ne voit pas sur quoi reposerait une diminution des dépenses de santé. Je pense que les pouvoirs publics doivent faire leurs choix et les assureurs, dans leur diversité, feront aussi leurs choix.

Il nous paraît que les dépenses d'aujourd'hui ne sont pas forcément absolument pertinentes et ne doivent pas systématiquement être prises en charge par les assureurs complémentaires. Nous demandons à discuter. En France, notre système de soins est quand même rétif à l'évaluation. Il n'y a pas d'évaluation des acteurs et du système mis en place. Il y a même, par exemple, une loi sur la formation médicale continue depuis plus de 10 ans, et non entrée dans les faits. Il paraît qu'il y a plus de 7 000 principes actifs en pharmacopée, que la science médicale se renouvellerait tous les 5, 6 ou 7 ans... La loi de 2004 a mis en place un nouveau concept : l'évaluation des pratiques professionnelles. Voilà une mesure saine et de bon sens mais elle n'est pas encore entrée en œuvre.

Au sein de l'Unocam, nous sommes convenus, quand

nous parlons des chirurgiens et de la question de la qualité, de nous appuyer sur les sociétés savantes et les processus d'évaluation de la Haute autorité de santé. Ensuite, en tant qu'assureurs, nous pouvons ajouter d'autres critères discriminants ou sélectifs. Il apparaît évident aux pouvoirs publics, comme aux assureurs privés, qu'il n'est pas possible aujourd'hui – et encore moins demain – de prendre tout en charge. Or, pour la plupart, les assureurs n'effectuent pas des choix et sont plutôt en remorque des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, lesquels ne sont pas fondés sur des évaluations et des processus qualité. C'est une organisation de paiement. Nous voulons des prises en charge assumées parce que délibérées, fondées sur l'utilité et la qualité.

Risques : Pouvez-vous nous dire un mot de la manière dont vous vivez tout cela à la MGEN ?

Jean-Michel Laxalt : La MGEN a une couverture globale complète pour tous les adhérents sur la base d'un seul principe contributif. Nous sommes une mutuelle de 3 millions de personnes, population qui n'est pas – n'est plus – homogène. La MGEN, sans doute par sa dimension, aussi par sa volonté, a jusqu'à présent maintenu un principe : la cotisation en pourcentage du traitement. C'est plus facile parce que ce sont des fonctionnaires ; il y a des mécanismes de précompte. C'est 2,5 % du traitement, ce qui signifie que, en euros, les petits revenus cotisent beaucoup moins que les plus hauts. Il y a ainsi une solidarité des revenus et, en termes de prestations, une seule gamme est proposée : ces prestations ne sont pas dispensées en fonction du nombre d'euros cotisés. Mais la MGEN va au-delà d'une complémentaire santé. C'est un système total. La cotisation de 2,5 % couvre donc la complémentaire santé, mais aussi une assurance décès, de la prévoyance (indemnités journalières, allocations d'invalidité), des dispositifs d'aide, de secours, de prêts, et également tout un réseau d'établissements de soins sanitaires et sociaux. De ce fait, la MGEN compte 9 000 salariés dont 5 000 sont dédiés aux établissements sanitaires et sociaux. Si nous n'étions qu'un assureur plus classique, nous n'aurions pas cette dimension-là. Cela vient de ce que nous avons des établissements qui représentent 3 300 lits d'hospitalisation, un peu sur toute la gamme sauf en chirurgie, un peu de soins aigus, des

soins de suite, de la rééducation, de la santé mentale, de la gériatrie, du handicap.

Une dernière chose que je ne trouve pas négligeable car je suis militant du service public : nous gérons l'assurance maladie obligatoire. Nous sommes l'organisme d'affiliation obligatoire à l'assurance maladie pour les fonctionnaires de l'Éducation, de la Recherche, de la Jeunesse, des Sports... Les fonctionnaires n'étaient pas inclus dans la Sécurité sociale lors de sa création en 1945 puisqu'elle était faite pour les travailleurs salariés du secteur privé ; ce n'est qu'à partir de 1947 qu'a été organisée une sécurité sociale pour les fonctionnaires. La première Sécurité sociale, celle de 1945, était confiée en gestion aux représentants des assurés sociaux *via* les organisations syndicales, les employeurs, les salariés ; en 1947, pour les fonctionnaires, la mise en place s'est faite *via* les organismes mutualistes. Ainsi pour l'assurance maladie des fonctionnaires, les mutuelles sont l'organe social de gestion.

La MGEN, en obligatoire ou en complémentaire, est présente dans 166 pays du monde ; elle collecte 1 267 000 066 € de cotisations et sert 1 220 000 000 € de prestations. Ce sont 3 230 000 Français qui sont affiliés à la MGEN en obligatoire et en complémentaire. Nous avons en adhésion facultative complémentaire 86,5 % des affiliés obligatoires au régime de base de la Sécurité sociale.

Risques : Le champ d'action de la MGEN est-il fixé d'une manière immuable en fonction de sa mission d'origine ? ou, au contraire, forte des compétences qu'elle a mises en œuvre dans ce périmètre, la MGEN peut-elle finalement se développer sur de nouveaux territoires ?

Jean-Michel Laxalt : La MGEN n'est pas poussée par la course à la taille. Il se trouve que nous sommes la première mutuelle santé française. La MGEN n'est pas immuable parce que le monde ne l'est pas. Je vais donner deux exemples :

- près de 100 000 fonctionnaires d'État de l'Éducation nationale sont versés auprès des collectivités territoriales et, de ce fait, la MGEN devient une mutuelle de ce champ nouveau de notre communauté socio-professionnelle. Avec la Maif qui est assureur dommages, nous avons créé la MGEN FIIIA qui est une mutuelle

concernant la complémentaire santé et l'assistance vers laquelle Maif et MGEN orientent ceux qui quittent le champ professionnel. Ce concept a démarré il y a 4 ans et on doit approcher les 100 000 adhérents aujourd'hui. Ce qui prouve bien notre volonté d'adaptation.

Risques : Vous avez fait plus que cela avec la Maif...

Jean-Michel Laxalt : Nous étions sur une plate-forme de services à la personne créée il y a presque 15 ans qui s'appelle Serena. Cette plate-forme est aujourd'hui partagée par Maif, Macif, MGEN et les Caisses d'épargne. Elle garantit un service complet, intégré, et pas seulement la mise en relation avec un prestataire. Nous accompagnons notre assuré en analysant ses besoins et nous traitons tout jusqu'au paiement des factures, à la déclaration fiscale...

Risques : Sur la dépendance, comment vous situez-vous ?

Jean-Michel Laxalt : Sur la dépendance, la MGEN a une réponse partielle, très insuffisante. De la même façon que la MGEN avait créé une allocation pour handicap à partir des années 1950, nous avons depuis 25 ans – nous étions les premiers – une prestation dépendance, mais d'un niveau faible par rapport à ce qu'est le coût de la dépendance. Il faut changer d'échelle et nous l'envisageons avec l'un de nos partenaires qui accompagne la MGEN depuis sa création, la CNP (Caisse nationale de prévoyance). Nous avons un contrat collectif au niveau de la CNP sur l'invalidité et le décès et nous mettons au point avec elle une solution dépendance. La Maif est aussi un partenaire naturel. Sur ce risque, nous atteignons des niveaux d'engagement financier et de provisionnement technique qui font que nous ne serons pas l'assureur direct, ou en tout cas pas exclusif. Nous avons quasiment aujourd'hui le produit mais il faut finaliser l'accord partenarial.

Risques : Est-ce que les résultats sont positifs cette année ?

Jean-Michel Laxalt : À la MGEN, nous redistribuons

le maximum. Ensuite, nous pilotons par le résultat. En ce qui nous concerne, nous avons atteint nos objectifs lorsque, après avoir redistribué au maximum 97 %, nous avons un excédent de 34 millions. Si l'on devait ajouter au montant des cotisations acquises en santé, les chiffres d'affaires des établissements, le chiffre d'affaires de la MGEN est de 2 milliards d'euros. Ce qui est important aussi, bien sûr, c'est la solvabilité ; nous avons 723 millions de provisions techniques et notre ratio de solvabilité approche 700%.

Risques : Et que pouvez-vous nous dire de la gouvernance ?

Jean-Michel Laxalt : Nous sommes une organisation sociale relevant du Code de la mutualité. La gouvernance répond donc à ce code. La MGEN a bien sûr un conseil d'administration : il compte soixante membres. Elle est dirigée au quotidien par douze administrateurs permanents. De fait, afin que les administrateurs soient présents dans les instances de suivi et de gestion de trente-trois établissements, sur les soixante membres du conseil, il y en a dix-huit dont la dominante est le suivi des établissements sanitaires et sociaux et quarante-deux dont la dominante est la complémentaire santé et les services. Personnellement, je suis instituteur retraité, élu mutualiste, et avec des expériences acquises au fil du temps, par exemple au conseil d'administration de la Cnam et au Conseil économique et social.

Risques : Y a-t-il plusieurs collègues au sein des administrateurs ? Comment sont-ils élus ?

Jean-Michel Laxalt : Les administrateurs sont élus par les délégués de l'assemblée générale qui, tous les deux ans, procèdent au renouvellement par tiers. Les délégués sont en nombre proportionnel à l'effectif mutualiste, élus au niveau de chaque département, pour composer une assemblée générale de cinq cents délégués.

2.

La distribution dans la chaîne de valeur de l'assurance

■ Daniel Zajdenweber
Introduction

■ David Harari
Les enjeux de la distribution d'assurance au sein de l'Union européenne

■ Bruno Rousset
La distribution d'assurance en France - Le client enfin roi ?

■ Jean-Laurent Granier
Les nouvelles règles de l'intermédiation : de la vente push produits à la vente conseil

■ Robert Leblanc
Être courtier aujourd'hui ?

■ Philippe Poiget
Premier bilan de la mise en place du registre des intermédiaires en assurance en France

■ Alain Pithon
La directive MIF et la commercialisation des produits financiers : évolution ou révolution ?

INTRODUCTION

Daniel Zajdenweber

Professeur à l'université Paris X Nanterre

L'industrie de l'assurance a choisi de ne pas choisir. Contrairement aux banques qui ont toujours privilégié la distribution par du personnel salarié domicilié dans des agences exclusives, les entreprises d'assurances – tous statuts confondus (sociétés anonymes, mutuelles des trois codes) – distribuent leurs services par tous les réseaux de commercialisation imaginables : salariés, agents généraux, courtiers, conseillers en gestion de patrimoine, banques, grandes surfaces commerciales, agences de voyage, compagnies aériennes, concessionnaires automobiles, loueurs de véhicules et de matériels, agences immobilières, etc. Certaines entreprises d'assurances, les mutuelles sans intermédiaires, proposent même – avec le succès que l'on sait – des contrats sans intermédiaires rémunérés.

Cette politique a permis la pénétration des assurances à moindre frais, comparés à ce qu'ils auraient été si les entreprises d'assurances s'étaient développées par le biais d'agences exclusives et seulement par leur entremise. Surtout, elle a permis de prendre contact avec les clients – assurés potentiels – de façon efficace, car chaque réseau a une efficacité commerciale distinctive. Les agents généraux ont la proximité géographique, les courtiers connaissent en principe mieux les entreprises, les banques maîtrisent bien les contrats d'épargne (assurance vie) et savent vendre des « *packages* » à l'occasion de crédits qu'elles accordent (décès/invalidité, multirisques habitation, assurance auto...). Les loueurs de véhicules sont les mieux placés pour offrir des contrats autos à l'automobiliste pressé de partir vers sa destination. Et quoi de plus naturel que de souscrire une assurance annulation ou une assistance là où l'on achète un billet d'avion ou des vacances « tout compris » ? Tous

ces réseaux n'offrent pas seulement une certaine compétence commerciale. Ils contribuent à l'élaboration du contrat d'assurance. Les particuliers n'ont pas tous les mêmes besoins, ni les mêmes comportements face aux risques. Les professions libérales sont confrontées à des risques spécifiques (responsabilités professionnelles, pertes d'exploitation, etc.) L'entreprise qui désire s'assurer a besoin d'une expertise sur son exposition. Elle a également besoin d'être informée sur les mesures de précaution et de prévention qui pourraient diminuer ses risques et pourraient donc réduire ses cotisations. Car, rappelons-le, l'intérêt commun de l'assureur et de l'assuré – que tout intermédiaire doit en principe prendre en compte – est qu'il n'y ait pas de sinistre. De plus, chaque entreprise est un cas particulier et ne peut pas être correctement assurée par un seul contrat standard. Il faut un intermédiaire bon connaisseur des risques de ses clients, capable le cas échéant de proposer le recours à plusieurs assureurs, capable aussi de gérer la complexité liée à cette multiplicité de contrats et, pourquoi pas, capable de proposer aux très grandes entreprises des formules d'assurance... sans véritables entreprises d'assurances en utilisant toute la panoplie des captives et des marchés dérivés.

Faute des services rendus par les intermédiaires, tant dans la commercialisation que dans la gestion des contrats, les assureurs ne pourraient pas proposer une variété de contrats suffisamment étendue pour satisfaire la diversité des besoins des assurés, en vie comme en non-vie, du particulier aux professionnels et aux entreprises, petites ou très grandes entreprises.

Mais la multiplicité des réseaux de distribution a aussi des inconvénients, pour les assureurs comme pour les assurés. Dans les deux cas, il s'agit de conflits

d'intérêt, plus généralement de conflits d'agence au sens de la théorie financière. Les assureurs ne maîtrisant que les salariés (puisque'ils sont leurs employeurs) sont exposés aux conflits dus aux intérêts divergents des agents, des courtiers ou des banquiers distribuant leurs produits. Par exemple, à l'occasion d'une hausse des cotisations, des agents généraux d'une grande société d'assurances ont manifesté leur mécontentement sur la place publique. Ils craignaient une fuite de leur clientèle vers des assureurs concurrents. Imagine-t-on les employés d'une banque protester librement, et sans sanction, devant leur clientèle contre une décision commerciale de leur employeur ? Réciproquement, les assurés peuvent être victimes des comportements des intermédiaires. Leur intérêt est de vendre beaucoup de contrats et de toucher des rémunérations indexées sur ces ventes. L'assuré ne sait pas toujours si ce qui est proposé par l'agent ou le courtier est ce qui lui convient le mieux. L'assuré est souvent incompetent parce qu'il connaît mal son propre intérêt et parce que, en général, il ne maîtrise pas les subtilités juridiques, fiscales ou jurisprudentielles du droit des assurances. Les asymétries d'information entre assurés et intermédiaires recouvrent également les rémunérations. Si l'assuré connaît le prix à payer pour être couvert, il lui est difficile de savoir combien l'intermédiaire reçoit. Les assureurs, il faut le reconnaître, n'ont pas toujours eu le souci de la transparence à l'égard de leurs assurés, tant en vie qu'en non-vie. Quant à l'existence de rétrocommissions, avérée outre-Atlantique, elle a montré que des courtiers pouvaient abuser de la confiance de leurs mandants.

La création du « passeport unique » européen et l'application généralisée à tous les membres de l'Europe de la « directive sur l'intermédiation en assurance » (DIA) ont certes pour objectif la création d'un grand marché européen de l'assurance, mais aussi de réduire les asymétries d'information entre les assurés, les assureurs et leurs intermédiaires, avec pour souci la protection de l'assuré et plus généralement de l'épargnant. En effet, cette directive s'inscrit dans le vaste projet européen de réglementer toutes les

professions financières en imposant des conditions d'exercice aux professionnels du conseil financier et de l'intermédiation, tout en mettant l'accent sur le devoir de conseil auquel l'intermédiaire ne peut pas déroger. L'ambition des régulateurs européens est donc vaste, mais unilatérale. Les entreprises d'assurances, comme les banques, sont jugées capables de gérer leurs réseaux de distribution et de maîtriser les asymétries d'information entre elles et leurs réseaux ; ce qui n'est pas le cas des assurés et des épargnants, acheteurs d'instruments financiers qu'il convient d'informer et de protéger.

L'article de *David Harari* rappelle la diversité des canaux de distribution et la concurrence entre eux. Il analyse les grands principes qui ont conduit les régulateurs européens dans leur démarche, notamment le maintien de cette diversité et la possibilité d'exercer dans les vingt-sept pays de l'Europe. Il évoque aussi l'impact qu'aura Solvabilité II, en cours d'application progressive, sur la concentration dans le secteur de l'assurance et sur la distribution des produits d'assurance qui aura certes beaucoup plus d'assurés potentiels, mais aussi moins d'entreprises d'assurances.

L'article de *Bruno Rousset*, centré sur la France, décrit la très forte concurrence entre les quelques 24 000 intermédiaires officiellement enregistrés exerçant en France. Il compare les forces et les faiblesses des différents réseaux qui ne pourront survivre que s'ils ont pour objectif d'acquérir et de fidéliser le « client-roi ». L'article est aussi un vibrant éloge du partenariat entre plusieurs distributeurs.

L'article de *Jean-Laurent Granier* décrit tous les aspects de la directive européenne sur l'intermédiation en assurance : définition, qualités, enregistrement, compétences, devoir de conseil, responsabilités, etc. Il montre en quoi le client saura mieux à qui il a affaire. Il expose également comment le devoir de conseil, qui élargit la responsabilité des intermédiaires, va renforcer le pouvoir des agents et des courtiers auprès des entreprises d'assurances.

L'article de **Robert Leblanc** pose une question provocante pour tous les courtiers, bien sûr, mais aussi pour tous les autres intermédiaires : Quel sens cela a-t-il d'être courtier aujourd'hui ? Le métier de courtier en assurance n'aurait-il donc plus de sens ? La question mérite d'être posée car la réglementation, semble-t-il, ne va pas dans le sens d'une clarification de la définition même du courtier qui apparaît alors tantôt comme un conseiller en gestion de patrimoine, tantôt comme un représentant de l'assurance qu'il propose à ses mandants. C'est pourquoi l'article montre les nombreuses contributions de cette profession à la chaîne de valeur de l'assurance (indépendance, professionnalisme, expertise auprès des entreprises) qui en garantissent l'originalité et la pérennité. L'article montre aussi l'extrême diversité des courtiers qui comprend des TPE (très petites entreprises) et des géantes, plus importantes que beaucoup d'entreprises d'assurances, et des grossistes.

L'article de **Philippe Poiget**, décrit toute la procédure d'immatriculation au registre des intermédiaires d'assurance, lesquels sont regroupés en quatre familles : les courtiers, les agents généraux, les

mandataires et les mandataires d'intermédiaires. Il détaille toutes les conditions auxquelles doivent satisfaire ces quatre types d'intermédiaires pour pouvoir exercer leur métier, cela en France mais aussi dans les autres pays européens.

L'article d'**Alain Pithon**, enfin, replace la directive sur l'intermédiation en assurance dans le cadre plus général de la directive MIF sur la commercialisation des produits financiers. Il rapporte que, comme toute réglementation, cette directive n'est pas exempte d'effets en retour qui ne vont pas toujours dans le sens d'une clarification, notamment dans la commercialisation des OPCVM où le concept de « *best execution* » ne va pas de soi. Il explique aussi que si la directive MIF exclut l'assurance de son champ d'application, la pratique peut réserver des surprises car les produits d'épargne comme l'assurance vie en unités de compte sont « à cheval » sur l'assurance et la finance. Faudra-t-il créer un analogue du « Tribunal des conflits » pour appliquer telle réglementation ou telle autre ? En conclusion, cet article propose plusieurs pistes réglementaires pour renforcer la compétitivité de la place de Paris.

LES ENJEUX DE LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE AU SEIN DE L'UNION EUROPÉENNE

*David Harari*¹

Président du Bipar,

la Fédération européenne des intermédiaires d'assurances

La commission de l'Union européenne (UE) et le Parlement européen ont adopté une directive sur l'intermédiation d'assurance, en décembre 2002, qui a finalement été transposée dans l'ensemble des pays de l'Union. La libre prestation de service et le « passeport unique » sont en passe de créer un véritable marché unique de la distribution d'assurance pour les intermédiaires. Doivent-ils en avoir peur ou bien cette nouvelle donne sera-t-elle source d'opportunités inédites de croissance pour les plus dynamiques ? Et qu'en sera-t-il de la mise en application de Solvabilité II qui entraînera sans aucun doute un mouvement de concentration entre les sociétés d'assurances ? Cet article tente de distinguer de quoi sera fait l'avenir pour le secteur de l'intermédiation face à ces défis.

Un secteur essentiel de l'économie européenne

Rouage essentiel de l'économie, le secteur de l'assurance a atteint des degrés variés de développement au sein des pays de l'UE. Selon les chiffres publiés par le Comité européen des assurances (CEA), en 2006, il y avait 5 000 sociétés d'assurances opérant au sein de l'UE (soit une « moyenne » de 186 entreprises par État membre), collectant un total de 970 milliards d'euros de cotisations et employant un million de salariés. À ces chiffres, il faut ajouter l'ensemble des intermédiaires qui participent directement ou indirectement à la vente de produits d'assurance dont on estime le

nombre à quatre millions de personnes au sein de l'UE.

En réalité, ces chiffres recouvrent de très grandes disparités au niveau des États membres. Les nouveaux entrants, particulièrement les pays de l'Est, malgré une croissance rapide depuis la chute du communisme et l'adoption de l'économie de marché, ont encore une densité d'assurance par habitant très inférieure à celle que l'on constate dans les pays de l'Europe occidentale. Il faut donc s'attendre à une croissance notable dans ce secteur qui accompagnera celle de leurs économies pendant la phase de rattrapage qui devrait réduire l'écart de niveau de vie avec celui des pays plus développés de l'Europe occidentale. Dans cet environnement, la physionomie du secteur de l'assurance dans l'ensemble de l'UE n'est pas encore stabilisée et l'on peut prévoir, sans crainte de se tromper, de nouveaux bouleversements par suite de

rapprochements, de fusions et de l'arrivée de nouveaux acteurs, particulièrement dans les nouveaux États membres, et la poursuite des mouvements de concentration du secteur amorcés dans de nombreux pays.

L'instauration du marché unique en voie de réalisation avec la directive sur l'intermédiation en assurance (DIA)

L'exercice d'une activité liée à l'assurance en régime de libre prestation de services ou en liberté d'établissement au sein de l'UE a été l'un des enjeux majeurs pour parvenir à la réalisation d'un véritable marché unique de l'assurance ; les services de la commission de l'UE s'y sont attelés il y a plus de vingt ans. Cependant, on ne peut parler de marché unique de l'assurance en l'absence d'un marché unique de l'intermédiation en assurance. L'un ne devrait pas exister sans l'autre. La nécessité d'un système communautaire de distribution d'assurance transfrontalière s'inscrivait dans la suite logique de l'établissement du marché unique de l'assurance introduit pour les sociétés d'assurances par la troisième génération des directives d'assurance adoptée il y a une quinzaine d'années. Cependant, alors que depuis 1994 les firmes d'assurances étaient libres d'offrir leurs produits partout en Europe, il n'en était pas de même pour les intermédiaires d'assurances qui ont dû attendre l'adoption de la DIA en décembre 2002 (elle-même le fruit de maintes négociations et discussions) pour bénéficier de ce droit.

La principale conséquence de cette adoption pour les intermédiaires d'assurances au sein de l'UE a été l'instauration d'un véritable marché unique et du « passeport unique » leur permettant d'opérer dans tous les pays de l'Union sans devoir recourir aux services d'intermédiaires locaux, ou à la création de

filiales pour se développer à l'international. C'est sans doute le commissaire européen en charge du marché unique de l'époque, Frits Bolkestein, qui a le mieux décrit l'importance de cette directive : « *Le marché européen de l'assurance tirera un large profit de cette mesure. Les intermédiaires d'assurances constituent des maillons importants pour ce qui est de la distribution des produits d'assurance. Grâce à la directive, il leur sera plus facile d'exercer leur profession partout où ils le souhaitent dans l'Union. Cette directive débouchera également sur un accroissement de l'offre de produits d'assurance pour les consommateurs, qui auront également la certitude qu'ils peuvent se fier aux conseils prodigués par les intermédiaires.* »

Peu d'États membres ont respecté le délai de transposition des dispositions de la DIA en droit national fixé au 15 janvier 2005. Toutefois, à l'exception de l'Allemagne dont on s'attend qu'elle aura effectivement transposé la directive avant le 22 mai 2007, tous les États membres ont désormais transposé cette directive.

Les dispositions de la DIA ont été reprises et commentées de nombreuses fois dans la presse professionnelle. Il n'est donc pas nécessaire de le faire ici, sauf à rappeler que, en contrepartie de l'instauration du « passeport unique » et de la liberté d'établissement, chaque pays doit maintenir un registre unique d'immatriculation des intermédiaires d'assurances qui abolit la distinction entre courtier et agent ; chaque intermédiaire devra informer ses clients sur la nature de la relation qui le lie aux sociétés d'assurances et sur le type de consultation du marché auquel il aura recouru pour préparer sa proposition à son client. Naturellement, des conditions d'accession à la profession d'intermédiaire restent la prérogative de chaque pays pour ses résidents, mais on peut dire en simplifiant que la règle dite du « passeport unique » a éliminé les restrictions antérieures et exige simplement des intermédiaires d'un État membre qu'ils déclarent leur intention d'exercer l'activité d'intermédiation dans un autre pays avant de pouvoir le faire.

Alors que la mise en œuvre de la DIA aura sans

doute un impact sur l'activité d'intermédiation d'assurance au sein de l'espace économique de l'UE, il est opportun d'identifier les enjeux auxquels la distribution d'assurance est dorénavant confrontée au sein d'un espace économique dans lequel les règles du jeu ont été définies et unifiées pour s'appliquer dorénavant à l'ensemble des acteurs.

Une grande diversité de canaux de distribution selon les pays et à travers l'Union européenne

Il importe d'abord de rappeler brièvement certaines spécificités de la distribution de produits d'assurance.

L'assurance est un produit financier essentiel pour tous les acteurs économiques qui souhaitent protéger les biens qu'ils possèdent ou les flux de revenus dont ils bénéficient de tous les risques qui pourraient les affecter.

Il faut donc pouvoir faire des offres d'assurance à tous ces acteurs, où qu'ils se trouvent. C'est la raison pour laquelle se sont créés des réseaux de distribution véritablement capillaires au sein de tous les pays développés, destinés à contacter et à servir tous les acteurs économiques. Le terme d'« acteur » englobe les particuliers, les entreprises de toutes tailles et les administrations, c'est-à-dire plusieurs centaines de millions de clients potentiels au sein de l'UE. La distribution des produits d'assurance se fait en Europe par des circuits très divers, soit directement par les entreprises d'assurances elles-mêmes, soit indirectement par l'intermédiaire d'agents, de courtiers, de réseaux d'agences bancaires ou autres institutions financières. Les techniques employées font appel à tous les moyens de communication pour atteindre ces clients : entretiens personnels, *marketing* direct, internet, publicité dans tous les médias.

Le panorama de la distribution en Europe peut, en schématisant – et en acceptant ainsi quelques légères imprécisions (particulièrement pour ce qui

concerne l'assurance des risques d'entreprises) – se scinder en deux :

- dans le sud de l'Europe, la majorité des produits d'assurances sont distribués par les agents généraux ; nous trouvons également cette part prépondérante des agents en Allemagne et en France ;
- dans le nord de l'Europe, on constate la prédominance des courtiers. Ainsi, les parts de marché des courtiers en Belgique, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Irlande – en non-vie – se situent entre 60 et 70 %. En ce qui concerne les pays scandinaves, il est intéressant de noter que, là où il y a une quinzaine d'années il n'existait que les réseaux salariés des sociétés d'assurances, les courtiers ont aujourd'hui jusqu'à 50 % des parts de marché en risques industriels.

En fonction des cultures, des habitudes et de l'histoire, ces canaux ont connu des développements très variés à travers l'UE. Dans certains pays, les entreprises ont privilégié l'intégration verticale en créant des réseaux d'agents exclusifs alors que, dans d'autres, la pratique a conduit au développement d'agents « multi-entreprises » et surtout de l'activité de courtage. Chacun de ces canaux présente des avantages, sinon ils n'auraient pas perduré et, du fait des faibles barrières à l'entrée dans la profession, la concurrence a toujours été vive entre canaux et entre intermédiaires pour accroître des parts de marché et gagner de nouveaux clients. Il est à noter que de nombreuses firmes d'assurances, généralistes ou spécialisées, parviennent à faire coexister dans leur organisation des modes de distribution divers (agents, courtiers, vente directe par téléphone, etc.) et concurrents. De plus, de nouveaux canaux de distribution ont élargi le champ de la concurrence et accru le nombre des intervenants sur ces marchés (bancaisseurs, mutuelles sans intermédiaires, conseillers en patrimoine, etc.).

On peut affirmer, après ce bref panorama de la distribution d'assurance, que les enjeux actuels ne se situent pas dans la prépondérance à terme de l'un ou de l'autre des modes et des réseaux de distribution. Ils ont tous vocation à coexister en fonction des pratiques, coutumes et préférences de la clientèle.

L'essentiel étant que le champ de la concurrence ne soit pas faussé par telle ou telle mesure gouvernementale à l'encontre d'un canal ou d'un réseau. Il faut donc trouver ailleurs les enjeux de la distribution d'assurance.

Une activité - la distribution - aux contours mieux définis grâce à la DIA

Traditionnellement, le secteur de l'assurance n'a pas publié de statistiques sur la part de marché des différents canaux pour chaque type de clientèle (particuliers, entreprises, etc.). Les statistiques étaient généralement tenues en distinguant les branches d'assurance (vie et non-vie) et les types de risques (dommages, incendie, transports, facultés, automobile, responsabilité civile, etc.). L'intention était de répondre à la nécessité pour les sociétés d'assurances de connaître le total de leurs engagements par type de risque, tant pour leurs propres besoins que pour ceux de leurs réassureurs. De sorte que lorsque la direction générale de la concurrence de la Commission européenne a entrepris son étude sectorielle de l'assurance en 2005, en la limitant aux assurances commerciales, il est vite apparu qu'il n'existait pas d'informations suffisamment détaillées sur ce secteur ; il lui a fallu procéder par sondage en demandant à un échantillon de firmes et d'intermédiaires dans chacun des pays de l'UE de répondre à des questionnaires élaborés pour dresser un tableau fiable de ce secteur de l'assurance au sein de l'Union.

Une autre constatation concernant ce secteur de l'économie a été l'absence d'informations consolidées sur le nombre et la nature des intermédiaires d'assurance au sein de l'UE. La profession étant diversement réglementée à travers les pays de l'Union, et ce, jusqu'à l'adoption de la DIA dont la prise d'effet est très récente, il existait de grandes variations dans le détail des informations disponibles

sur les catégories d'intermédiaires opérant dans chaque pays et le poids relatif des différents canaux dans la distribution d'assurance dans les pays de l'Union.

Un des aspects positifs de la DIA, et non des moindres, a été l'instauration d'un registre unique au sein de chaque pays pour le maintien d'une liste à jour de tous les intermédiaires d'assurances. Cette procédure est en cours et il sera intéressant de compiler et d'analyser les données qui pourront être ainsi recueillies à l'issue de ce processus de mise en application de la DIA.

Les enjeux

Dans un tel contexte, quels sont dorénavant les enjeux majeurs de la distribution de produits d'assurance au sein de l'UE ? D'abord, il importe aujourd'hui de s'assurer que la DIA est correctement transposée dans les vingt-sept États membres de l'UE et que son application permettra effectivement aux intermédiaires de travailler au sein de l'Europe. Il subsiste encore aujourd'hui des zones d'ombre quant à l'élément déclencheur des activités en LPS de l'intermédiaire et des dispositions d'intérêt général que ce dernier devrait respecter dans ce contexte. Plusieurs États membres sont allés au-delà des dispositions de la DIA créant ainsi de véritables barrières « invisibles » au fonctionnement du passeport unique des intermédiaires. Le Bipar, qui représente les intermédiaires d'assurances au niveau européen, discute actuellement de ces sujets avec la commission européenne et le Cecip (Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions de retraite). Il est d'ailleurs question d'une possible révision de la DIA en 2008/2009 pour pallier certaines lacunes constatées ou pour corriger certaines difficultés découlant de la transposition de la directive dans différents pays de l'UE.

Autre enjeu pour les intermédiaires, la mise en œuvre de Solvabilité II (Solvency II) au sein de l'UE. Le régime Solvabilité II aura un impact direct sur l'industrie de l'assurance, mais les nouvelles règles

pourraient aussi affecter indirectement les intermédiaires d'assurances. Solvabilité II entraînera probablement des fusions parmi les assureurs européens étant donné que seuls les grands assureurs seront en mesure de mettre en pratique les règles de bonne gestion des risques qui sont énoncées par Solvabilité II en maîtrisant le coût de ces procédures. La consolidation probable du secteur qui en découlera est source de préoccupation pour les intermédiaires car elle réduira de manière significative le nombre d'assureurs actifs sur le marché et aura donc un impact négatif sur les intermédiaires qui sont un canal de distribution non négligeable pour les assureurs. Solvabilité II sera aussi source de nouveaux rapports entre les intervenants.

La profession devra également gérer la demande de plus de transparence sur les rémunérations à l'égard des clients et l'élimination ou la réduction des conflits d'intérêt qui peuvent survenir quand un intermédiaire joue son rôle entre l'assureur et le client.

Ce sujet a été abordé dans le rapport préliminaire de la Commission européenne sur son enquête lancée en juin 2005 dans le secteur de l'assurance des entreprises. Selon le Bipar, il est essentiel que des systèmes efficaces pour gérer et réduire les conflits d'intérêt soient mis en place tant au sein des entreprises d'assurances que chez les intermédiaires. Les entreprises du secteur devraient adopter une politique visant à l'identification des conflits d'intérêt pouvant résulter de leurs activités ainsi que des processus de gestion visant à réduire les risques de ces éventuels conflits d'intérêt qui auraient des répercussions néfastes sur les consommateurs. Il s'agit d'une première étape essentielle. Par ailleurs, le Bipar est d'accord avec l'approche de la Commission dans le cadre de la transposition de la directive sur les marchés d'instruments financiers (MIF) disant qu'une solution basée uniquement sur une exigence de transparence de la rémunération des intermédiaires sans examiner comment gérer les conflits n'est pas souhaitable. La DIA est importante dans ce contexte. En effet conformément à cette directive, les intermédiaires d'assurances doivent déclarer sur base contractuelle s'ils ont un lien avec certaines sociétés d'assurances ou s'ils agissent de façon indépendante. Le consommateur

peut ainsi connaître la situation de l'intermédiaire dès le départ. La DIA oblige les intermédiaires à dire à leurs clients s'ils fournissent des conseils sur base d'une analyse impartiale ou s'ils ont des obligations contractuelles les liant à un ou plusieurs assureurs, limitant ainsi leur champ d'analyse du marché avant de leur faire une proposition d'assurance.

La méfiance que certains intermédiaires pouvaient ressentir à l'égard de l'ouverture annoncée des frontières et donc de l'installation possible de concurrents venus d'autres pays de l'UE se révèle à l'usage sans fondement. Les sociétés de courtage multinationales ont créé leurs réseaux de filiales et sont présentes dans tous les pays de l'UE. Par ailleurs, tout l'aspect lié aux relations qui s'établissent entre un intermédiaire local (courtier ou agent) et ses clients est difficilement concurrencé par un intermédiaire étranger qui tenterait de s'implanter « à froid » sur un nouveau territoire sans connaître le tissu économique local et les usages.

Les enjeux pour les intermédiaires d'assurances à l'avenir seront de savoir s'adapter à des économies en voie de mondialisation, c'est-à-dire à une pression constante sur les coûts, à une concurrence permanente. De nouveaux risques feront leur apparition : il faudra les identifier et pouvoir les assurer. La pression sur les coûts opérationnels entraînera sans doute des délocalisations de certaines tâches vers des pays à plus bas coût. Il en résultera probablement que certains emplois seront délocalisés, que des besoins nouveaux apparaîtront. La distribution d'assurance n'est pas un secteur uniforme et standardisé. Il saura faire la preuve de ses capacités d'adaptation pour continuer de remplir la fonction qui lui incombe : aider les acteurs économiques à sécuriser leur avenir en maîtrisant les conséquences des aléas dont ils pourraient être les victimes.

Note

1. *L'auteur remercie Isabelle Audigier (Bipar - Bruxelles) pour son assistance dans la rédaction de l'article*

LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE EN FRANCE LE CLIENT ENFIN ROI ?

Bruno Rousset

Président du conseil de surveillance d'April Group

La distribution d'assurance en France se caractérise par une intensité concurrentielle extrêmement forte que les évolutions récentes contribuent encore à aiguïser. Nouvelle loi sur l'intermédiation, concentration des acteurs, multiplication des nouveaux entrants comptent ainsi parmi les tendances les plus structurantes de notre environnement qui dessinent un nouveau paysage et de nouveaux enjeux. Dans ce contexte, stratégies multicanales, globalisation de l'offre, architecture ouverte, excellence du service et spécialisation des approches constituent quelques-uns des maîtres-mots d'un univers de l'assurance où le client est devenu, plus tardivement mais comme partout ailleurs, roi.

L'évolution des forces en présence

Difficile de s'interroger aujourd'hui sur la question de la distribution d'assurance en France et de son évolution sans évoquer la loi du 15 décembre 2005, et ses décrets d'application du 30 août 2006, qui transposent en droit français la directive européenne sur l'intermédiation en assurance. Cette loi impose en effet de nouvelles règles pour la diffusion des contrats d'assurance par les intermédiaires, tout en proposant de nouveaux types de statuts pour les distributeurs.

En distinguant courtiers, agents généraux, mandataires d'assurances et mandataires d'intermédiaires, cette loi permet de se doter d'une grille de lecture des forces en présence en matière de distribution intermédiée. Ainsi, d'après les chiffres les plus récents de l'Orias (Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance) – mis en place à cette occasion –, on

dénombrer aujourd'hui en France 12 259 agents d'assurances, 8 393 courtiers, 3 203 mandataires et 892 mandataires d'intermédiaires. On notera déjà que plusieurs professionnels se sont inscrits dans plusieurs catégories et, notamment, qu'un nombre non négligeable d'agents – 1 559 précisément à ce jour – se sont aussi déclarés en tant que courtier, signe très vraisemblablement d'une volonté d'être en mesure de proposer à leurs clients une offre de services la plus exhaustive et compétitive possible.

Après une érosion progressive de leurs parts de marché, notamment sur leur activité de prédilection, le dommage, la population des agents généraux a stabilisé ses acquis. Mais la concurrence fait rage en matière d'assurance dommages de masse, en croissance faible, tandis que le marché est le plus dynamique sur le segment de l'assurance de personnes. Les sociétés d'assurances ont donc bien compris que la voie de la survie de ces réseaux passe, certes, par une plus grande diversification, mais aussi par une approche *marketing* renouvelée. Les trois plus grands réseaux

d'agents, Axa, AGM et MMA, qui concentrent à eux seuls 58 % des agences et près de 69 % des commissions de ce type de distribution, se sont tous engagés dans une restructuration profonde, visant un maillage territorial plus dense, une taille moyenne des agences plus grande, une politique de formation plus poussée et surtout un véritable *marketing* de distribution, au sens d'une segmentation plus fine de leur réseau. Cette reprise en main opérée par les grandes sociétés d'assurances sur leur réseau d'agents n'est pas uniquement liée à des questions de préservation d'un pré-carré ; elles y sont aussi poussées par la nécessité de redonner une plus grande visibilité à leur activité en maîtrisant leur croissance tout en préservant les marges techniques.

L'univers du courtage proprement dit est, pour sa part, traditionnellement très performant auprès des entreprises. Il est aussi très typé par la grande hétérogénéité des profils et des structures, des grands acteurs mondiaux – peu nombreux – aux petits courtiers de proximité. L'évolution du courtage sur les dix dernières années se caractérise par une stabilité de ses parts de marché sur le segment du dommage, et une dynamique réelle sur les assurances de personnes avec plusieurs points de gains de part de marché. Les atouts du « *Small is beautiful* » sont sans surprise sur cette typologie d'acteur privilégiant la proximité, la réactivité, un professionnalisme reconnu, l'ensemble étant lié à une véritable logique entrepreneuriale, et à la valeur ajoutée des grossistes ayant émergé depuis 20 ans. Le courtage dans son ensemble se confronte toutefois à un vieillissement de sa population, et toujours un certain manque d'une véritable reconnaissance du travail de conseil réalisé de la part des particuliers. C'est une situation s'illustrant parfaitement dans la difficulté à voir s'imposer plus avant une part de rémunération par honoraires, qui consacrerait logiquement la reconnaissance de cette valeur ajoutée de conseil, tout en évitant les limites d'une facturation entièrement sous forme de commissions. La pression concurrentielle, la concentration des preneurs de risque, leur *focus* sur leurs agents contraignent les courtiers à atteindre une certaine taille critique pour garantir leur pérennité. En outre, la nouvelle loi sur

l'intermédiation renforce la notion de « matérialisation » du conseil et de transparence sur la rémunération qui lui est liée, ce qui implique un repositionnement progressif de ces derniers sur les segments de marché où leur valeur ajoutée est la plus justifiée. Deux voies s'ouvrent donc à eux : grossir en restant généraliste pour retrouver un pouvoir de placement et de négociation des risques avec les sociétés d'assurances, ou bien, se spécialiser pour recréer de la différenciation.

Les courtiers-grossistes, pour leur part, un modèle auquel April Group a donné ses lettres de noblesse sur le marché français, poursuivent une croissance supérieure à celle du marché de l'assurance. Cette réussite est fondée sur une capacité d'innovation éprouvée, des référentiels de qualité de service reconnus, un *marketing* de distribution maîtrisé et surtout un positionnement sur les niches de marché sous-exploitées ou inexploitées jusque-là par les principaux acteurs. Dans un environnement où les grandes sociétés d'assurances privilégient nettement leurs agents au courtage, ce modèle de grossiste constitue aujourd'hui, plus que jamais, un pôle d'attraction et d'efficacité sans équivalent pour les courtiers.

Le canal le plus fragilisé dans l'environnement actuel semble être celui des réseaux salariés. Essentiellement orientés sur l'assurance vie, avec une forte culture de conseil et un cœur de clientèle « haut de gamme », les réseaux salariés souffrent d'une trop faible diversification et de coûts de distribution parmi les plus élevés.

Pour leur part, les mutuelles sans intermédiaires (MSI), après avoir construit des positions très fortes en matière d'assurance dommages de masse et contribué à classer le marché français comme l'un des plus compétitifs en termes de prix, cherchent aujourd'hui à consolider leurs positions sur leurs terres de prédilection, tout en se diversifiant rapidement vers les assurances de personnes. Très exposées, comme les agents généraux, à la concurrence bancaire, les MSI tissent aujourd'hui de nouveaux partenariats de distribution pour porter cette consolidation et cette diversification.

Les guichets financiers de leur côté, entrés tardivement sur le marché français à l'inverse par exemple

des marchés anglo-saxons, poussent les feux depuis plusieurs années pour prendre leur place. Après avoir naturellement focalisé leur développement sur la vente d'assurance vie, où ils règnent encore sans partage, leur développement en IARD est aujourd'hui couronné de succès, se rapprochant de 10 % du marché. Les banques et La Poste ont bien évidemment joué d'un maillage territorial sans égal et, surtout, d'une fréquence de mise en contact sans commune mesure avec celle d'un assureur. La palette extrêmement large des produits commercialisés pénalise cependant leur potentiel de conseil et explique en partie le relatif échec de la vente de contrats santé par ce type de canal. Par ailleurs, réponse du berger à la bergère, de grands assureurs, se sont aujourd'hui lancés à leur tour dans l'assurbanque...

Un mot enfin sur la place des « nouveaux entrants », regroupant principalement la grande distribution et les nouveaux canaux de vente directe de type téléphone ou Internet. Ces nouveaux acteurs, dont certains ont magistralement réussi dans les pays où ils ont pu faire valoir des écarts de prix substantiels, restent encore marginaux en France où les marges moyennes sont déjà très tirées. Internet ne semble pas déroger à ce constat pour l'instant, même si la toile représente déjà un formidable outil prérelationnel pour certains types de contrats tels que l'auto et la MRH (multirisques habitation), où la demande de devis et de comparaison explose, renforçant la pression sur les prix. Plus de 10 millions de devis ont été réalisés sur Internet en 2006, pour un maigre nombre de contrats réalisés directement en ligne. Mais le mouvement est lancé et, même si l'effet stock joue en trompe l'œil, la courbe de croissance des affaires nouvelles réalisées sur le Net ne peut laisser personne indifférent pour l'avenir.

Objectif ? Client !

On le voit, l'environnement de la distribution d'assurance en France est aujourd'hui en pleine ébullition car, comme dans tout univers hyperconcurrentiel, l'accès au client constitue l'enjeu majeur de toute stratégie de

croissance qu'il s'agisse de l'attirer ou de le fidéliser. En conséquence, les frontières d'hier se déplacent, les tabous disparaissent progressivement, et la captation comme la satisfaction du client sont érigées en priorité. Ce qui peut paraître banal dans l'absolu ne l'est toutefois en rien dans un environnement de l'assurance en France qui ne s'est jamais vraiment caractérisé par la force de sa culture *marketing* jusqu'aux années très récentes.

Les grands assureurs se découvrent ou se redécouvrent ainsi distributeurs et investissent massivement dans le développement de leur performance commerciale, en quantité mais aussi et surtout en qualité, renouant ainsi, en premier lieu, des relations plus vertueuses avec leurs agents généraux. L'heure est donc à la densification et à la diversification des offres, afin que chaque point de vente soit en mesure de proposer un maximum de produits et de couvrir tous les besoins. En cela, les entreprises d'assurances dotées d'un réseau d'agents s'engagent dans une concurrence frontale avec les banques. C'est un véritable mouvement de globalisation, avec une approche résolument généraliste du client, quitte à accepter aujourd'hui les modèles d'architecture ouverte pourtant si décriés hier. Dans une logique d'efficacité du point de vente, le fait d'être le fabricant unique des produits vendus ne résiste pas longtemps en effet au pragmatisme de la logique client.

Les stratégies multicanales continuent en outre de se développer, à l'heure où, mieux informés et en capacité de comparer, les consommateurs n'hésitent plus à diversifier leurs réseaux d'achats d'assurance, pour réfléchir au mieux de leurs intérêts. Ces stratégies procèdent d'une même volonté de pragmatisme et d'efficacité pour être en mesure de capter les clients par différents canaux.

Les frontières institutionnelles ou juridiques s'estompent elles aussi progressivement et les accords de partenariats se multiplient entre assureurs traditionnels et mutuelles, entre mutuelles et institutions de prévoyance, tous à la recherche d'effets de synergie commerciale ou de savoir-faire pour baisser les coûts

d'acquisition ou satisfaire mieux encore le client en portefeuille. Dans une logique très proche, les partenariats de distribution avec des réseaux non spécialistes de l'assurance sont aujourd'hui de plus en plus nombreux.

Vue de l'amont de la chaîne de la valeur donc, la distribution d'assurance ne peut plus aujourd'hui se résumer à un canal de vente dominant et omnipotent parce qu'un même client peut revendiquer des voies d'accès à l'assurance très diversifiées selon chaque type de besoin.

Les distributeurs entendent, de leur côté, devenir assureurs pour ceux qui ne l'étaient pas, et accéder à l'amont de la chaîne de valeur, soit par souci d'indépendance dans un contexte de concentration qui raréfie l'offre de risques, soit par volonté de consolidation des marges ou de qualité de service rendue au client. C'est le cas des banques notamment, mais aussi d'un grossiste comme April Group. C'est également tout l'enjeu du petit et moyen courtage qui, ne pouvant évidemment se positionner directement comme preneur de risques, doit trouver des acteurs susceptibles de les fédérer dans leur indépendance pour retrouver un certain pouvoir de négociation en amont.

Vues de l'aval de la chaîne de la valeur, la prise de risque et la gestion des contrats ne se résument pas non plus toujours à des solutions exclusives et univoques, mais à des constructions *marketing* diversifiées, pour concevoir et mettre en œuvre, au cas par cas, les offres les plus compétitives en matière de garanties, de prix et de services.

Les évolutions engagées par les acteurs les plus puissants vers des offres globales et des points de vente de plus en plus généralistes pourraient toutefois se heurter au besoin de solutions et d'approches sur mesure revendiquées par les consommateurs, même sur des marchés de masse. Le segment du dommage des particuliers, mature s'il en est, constitue un bon exemple où l'innovation par une segmentation plus

fine des besoins semble logiquement la seule voie de sortie d'une spirale baissière des prix et face à l'émergence d'un réel réflexe consumériste. Même remarque sur le marché de la santé complémentaire qui va se caractériser par une démutualisation progressive et une fragmentation de l'offre avec des ventes plus complexes, de plus en plus de besoins de conseil et le développement de services associés. Quelle sera la capacité de points de vente généralistes à répondre efficacement à ces nouveaux besoins de solutions segmentées ? Quelle sera la capacité de points de vente généralistes à porter efficacement les innovations nécessaires dans certaines branches comme la santé ?

Dans un environnement où les acteurs *leaders* globalisent leurs offres dans une stratégie de volumes bien affirmée, avec son corollaire, d'ailleurs, d'optimisation de coûts et, d'ores et déjà, de réflexions sur des options de délocalisations, la voie de la différenciation par la spécialisation s'ouvre naturellement pour les *challengers*. Celle-ci peut prendre deux formes connexes en fonction des enjeux de taille : la concentration sur une niche d'activité pour les plus petits acteurs, privilégiant la rentabilité au potentiel de croissance, le développement multispécialiste pour les acteurs de plus grande taille, couplant croissance et rentabilité mais exigeant un volume d'investissement supérieur, des formes d'organisation innovantes et une capacité de segmentation et de services *marketing* différenciante.

En conclusion, la distribution d'assurance en France se caractérise aujourd'hui par de profondes évolutions stratégiques reflétant la maturité progressive du secteur et de ses acteurs face au pouvoir croissant d'un consommateur mieux informé et par nature plus infidèle. La recomposition en cours ne pourra faire l'économie d'une consolidation et d'une concentration d'un monde aujourd'hui encore extrêmement fragmenté, où chacun devra faire des choix structurants de globalisation ou de spécialisation pour acquérir et fidéliser le client-roi.

LES NOUVELLES RÈGLES DE L'INTERMÉDIATION : DE LA VENTE *PUSH* PRODUITS À LA VENTE CONSEIL

Jean-Laurent Granier

Président de la commission Distribution de la FFSA

Directeur général délégué, AxaFrance

Depuis le 1^{er} mai 2007, les dispositions de la loi du 15 décembre 2005 transposant la directive européenne du 9 décembre 2002 sur l'intermédiation en assurance sont effectives en France. L'ensemble de la profession (la FFSA, les entreprises d'assurances, la Fédération nationale des syndicats des agents généraux d'assurances – Agéa –, la Chambre syndicale des courtiers d'assurances – CSCA –, etc.) s'est mobilisé pour tenir l'échéance fixée par le décret d'application du 30 août 2006.

Même si, à fin juin, quelques réglages sont encore nécessaires pour assurer la complète fluidité du nouveau dispositif, l'objectif (ou la conséquence) principal(e) de la nouvelle réglementation est atteint : permettre un haut niveau de protection du consommateur et clarifier les règles d'accès au statut d'intermédiaire en assurances.

Le client peut désormais, avant toute souscription d'un contrat d'assurance, vérifier la qualité de celui qui lui présente une opération d'assurance. Chaque intermédiaire doit se présenter (rien de nouveau dans le monde commercial) mais il doit également préciser au client potentiel son statut et sa situation vis-à-vis des entreprises d'assurances avec lesquelles il travaille. Ces informations sont facilement vérifiables par le grand public puisque chaque intermédiaire est immatriculé dans un registre (tenu par l'Organisme pour le registre des intermédiaires en assurances, Orias) consultable notamment par Internet. Un intermédiaire a un seul numéro d'immatriculation mais peut être

inscrit dans plusieurs catégories si son statut ou son mandat l'autorise. Il est donc important que, à chaque vente, il précise sa qualité : courtier, agent général, mandataire d'assurances ou mandataire d'intermédiaire d'assurances.

Apparaît ainsi l'une des spécificités de ce nouveau contexte : la qualité selon laquelle on opère se définit à chaque opération.

L'ensemble des intermédiaires est désormais astreint à un devoir de conseil « codifié » :

- dans des relations commerciales normales, la véritable novation réside dans l'obligation de formaliser par écrit les raisons qui ont motivé le conseil fourni quant au choix d'un contrat déterminé ;

- le conseil doit d'abord être adapté aux besoins et exigences exprimés par le client ;
- le devoir de conseil de l'intermédiaire doit clairement être distingué de l'obligation d'information de l'assureur sur le contrat ; le conseil vise à éclairer le souscripteur dans le choix d'un contrat ; il ne saurait donc se réduire à la remise des informations précontractuelles et contractuelles que doit fournir l'assureur.

L'avènement de ce nouveau dispositif amène à se poser deux grandes séries de questions :

- Quelles vont être les conséquences des nouveaux textes en termes d'organisation du marché et d'exercice de l'activité d'intermédiation ?
- Comment répondre aux nouvelles obligations en matière de conseil au client ? Comment va se construire la jurisprudence dans ce domaine ?

Avant de revenir sur le devoir d'information et de conseil de l'intermédiaire et sur ses conséquences en termes de professionnalisation du marché de l'intermédiation de l'assurance en France, voici pour mémoire un bref panorama de l'intermédiation d'assurance telle qu'elle existait jusqu'à fin janvier 2007. Cela sera l'occasion de rappeler quelques étapes-clés du travail de transposition.

Le marché français de l'assurance est depuis longtemps extrêmement concurrentiel :

- aussi bien en matière d'offres d'assurance (vie ou de biens et de responsabilité) pour les particuliers, les professionnels ou les entreprises ;
- qu'en modes de distribution – vente par des intermédiaires (agents généraux, courtiers, mandataires), vente par des salariés commerciaux (réseaux des assureurs traditionnels, bureaux de vente des assureurs sans intermédiaire, réseaux bancaires), vente directe à distance (téléphone, internet...) – ;
- qu'en formats d'entreprises d'assurances (sociétés anonymes d'assurances ou sociétés d'assurances mutuelles) adhérant à la FFSA ou au Groupement des entreprises mutuelles d'assurances, le Gema, (pas encore réunis dans l'Association française de l'assurance).

Cette diversité de la distribution d'assurance a contribué au dynamisme des entreprises d'assurances françaises dont certaines font partie des acteurs majeurs de l'assurance mondiale. Elle a cependant d'abord profité aux assurés français qui disposent d'un bon rapport qualité/prix et d'un large choix de produits et de services dans un environnement juridique protecteur du consommateur et ennemi des pratiques commerciales déloyales.

La richesse et la diversité de nos réseaux de distribution et de nos méthodes de vente expliquent également le délai relativement long pour la transposition en droit français de la directive européenne sur l'intermédiation ; beaucoup d'échanges ont été nécessaires avec les différentes autorités pour expliquer et faire accepter la nécessaire diversité de nos catégories d'intermédiaires qui ne pouvait se résumer à *brokers* ou *tied agents*...

L'assurance française, par la voix de ses organisations professionnelles (représentant les entreprises d'assurances ou les intermédiaires : notamment la FFSA, le Gema, Agéa, la Fédération française des courtiers d'assurances, FCA, et le Syndicat français des assureurs conseils, Sfac), a toujours mis en avant l'idée que la réglementation préexistante permettait déjà de répondre à l'essentiel des objectifs de la directive. Il était donc important de ne pas bouleverser le fonctionnement du marché français et de ne pas pénaliser les intermédiaires français par rapport à leurs homologues européens.

Le rôle important des intermédiaires (courtiers, agents généraux et leur collaborateurs) dans l'emploi et le tissu économique local a été un argument de poids : dans certaines communes, l'agence générale d'assurances est toujours présente alors que les agences postales ou bancaires ont fermé...

Un autre moment-clé dans la transposition a fait débat : la communication au client – dans certains cas – de la rémunération revenant à l'intermédiaire. La FFSA a, au plan des principes, rappelé que cette obligation n'était prévue ni par la directive européenne, ni par la loi de transposition.

Elle créerait de fait une distorsion de concurrence entre :

- les intermédiaires français et leurs homologues européens qui agiraient en France par voie de libre établissement ou de libre prestation de service avec pour seule formalité la demande d'inscription au registre de l'Orias au vu de leur immatriculation dans leur pays d'établissement ;
- les intermédiaires (au sens de la directive : courtiers, agents généraux et mandataires d'assurances ou d'intermédiaires) et les autres modes de distribution d'assurance (mutuelles sans intermédiaires, réseaux de vente salariés) alors que le marché français de l'assurance, où le client se détermine en fonction du prix final du produit ou du service, est déjà largement concurrentiel.

Tout à fait logiquement, les dispositions de l'article R. 511-3 ne concernent finalement que les courtiers agissant en intermédiaire de *type c*, c'est-à-dire se prévalant d'un conseil fondé sur une analyse objective du marché.

Peut-on conclure, de ce bref panorama, qu'il n'y aura pas de rupture dans l'intermédiation de l'assurance en France du fait de la mise en œuvre des nouvelles dispositions ?

D'après l'étude menée par Opinion Way en 2005, à la demande de la FFSA, sur l'image de l'assurance auprès du grand public, neuf Français sur dix se déclarent satisfaits de la qualité de la relation avec leur interlocuteur habituel, alors que deux sur trois reconnaissent mal connaître les caractéristiques des intervenants du secteur.

Les mots « courtiers » ou « agents » sont souvent employés de manière générique et sans faire référence à une réalité très clairement perçue par le public.

Il convient de reconnaître que même si pour les professionnels de l'assurance les principales novations sont plutôt de forme que de fond – inscription à un registre public tenu par l'Orias *vs* déclaration au Parquet, formalisme du conseil donné –, la réforme a d'abord le grand intérêt de donner au client une vision (plus) claire de la distribution d'assurance en

France : Qui peut en faire partie ? y exercer dans quelles conditions ? avec quelles obligations minimales ?

Désormais, le rôle de l'intermédiaire est très clair pour le client. En se présentant, l'intermédiaire décline non seulement son identité et ses coordonnées (y compris son numéro d'immatriculation à l'Orias) mais il précise également au client au titre de quelle catégorie il agit. Par exemple, un agent général est l'intermédiaire exclusif d'une (très généralement) ou de plusieurs (beaucoup plus rarement) société(s) d'assurances ; il peut être autorisé par son mandat à placer certaines affaires en courtage accessoire ; il doit donc être immatriculé à l'Orias dans la catégorie agent général (c'est souvent l'entreprise mandante qui a fait les démarches d'inscription pour son compte) ; s'il intervient, même très ponctuellement, en tant que courtier, il doit également remplir un dossier d'inscription à l'Orias dans cette deuxième catégorie. Lorsqu'un agent général agit avec sa casquette de courtier pour placer une affaire accessoire, il doit le préciser, l'expliquer, au client.

Quoi qu'il en soit, tout intermédiaire immatriculé à l'Orias présente des garanties objectives de sérieux pour le client ; il justifie ainsi de :

- son honorabilité ;
- sa capacité professionnelle (reconnue soit à l'issue d'un stage de formation professionnelle, soit à la suite d'une expérience professionnelle dans une entreprise d'assurances, ou au vu d'un diplôme universitaire) ;
- son assurance de responsabilité civile professionnelle ;
- sa garantie financière s'il est autorisé à encaisser à son nom propre les fonds remis par un client et destinés à la souscription d'un contrat.

Observons que, dans beaucoup de cas, les dispositifs conventionnels en vigueur sur le marché de l'assurance en France allaient déjà au-delà des standards requis aujourd'hui dans les textes. C'est par exemple le cas de la formation initiale des agents généraux qui, de par les conventions entre la FFSA et Agéa, est – et demeure – nettement plus étoffée que le niveau minimal prévu par les textes pour accéder à la qualité d'agent général d'assurances.

La situation créée par l'entrée en vigueur des nouveaux textes permet une évolution générale qui s'applique à tous les types d'intermédiaires, sans exclusion, et qui par certains aspects rapproche l'exercice de cette profession de celui des professions médicales avec par exemple l'obligation d'être inscrit à l'Ordre des médecins. Il n'est plus désormais envisageable d'exercer de manière floue ou imprécise la profession d'intermédiaire d'assurances : la consultation par Internet du fichier Orias permet au client une facilité et une rapidité d'information ainsi qu'une discrétion sur la recherche.

Les textes législatifs ont posé les principes du devoir de conseil et ont sagement prévu de laisser sa mise en œuvre aux professionnels de l'assurance : nous avons la réelle opportunité de définir une position de place partagée par l'ensemble des intervenants français. Le législateur nous a laissé la possibilité de préciser notre cadre d'intervention et, de fait, de construire les futures limites de notre environnement jurisprudentiel.

La FFSA a publié le 19 décembre 2006 sa recommandation sur la mise en œuvre du devoir de conseil de l'intermédiaire en tant qu'elle participe à l'instauration de relations de confiance avec les clients dès l'origine du processus contractuel ; dans un contexte par ailleurs marqué par la multiplicité de l'offre et des intervenants, la qualité du conseil à la souscription constitue depuis plusieurs années une des priorités des entreprises d'assurances et des réseaux de distribution.

Sur le devoir de conseil, la réforme fait passer notre marché de la culture de l'oral (tradition commerciale de l'Europe latine reposant sur la confiance et la relation pérenne entretenue entre un client et son intermédiaire d'assurances) à une culture de consignation par écrit des besoins et des attentes du client qui ont motivé le conseil quant au produit proposé à la souscription (formalisme à l'anglo-saxonne où l'exigence de l'écrit présente l'avantage de responsabiliser à la fois l'intermédiaire et le client, voire de sécuriser l'intermédiaire en cas de judiciarisation future des relations commerciales).

C'est bien un nouvel effet positif de cette nouvelle réglementation : les agents généraux ou les courtiers voient dans le devoir de conseil un moyen supplémentaire de faire la preuve de leur valeur ajoutée. Les assureurs sont plus que jamais persuadés de l'avantage concurrentiel que constitue aujourd'hui la qualité du conseil.

Il convient cependant, par excès de formalisme, de ne pas surestimer la capacité du consommateur à appréhender toutes les subtilités d'un produit – le contrat d'assurance, par ailleurs très technique et hermétique au plus grand nombre dans ses détails les plus fins. Délivrer un conseil de qualité et rendre un vrai service au client nécessite transparence mais aussi confiance et bonne foi réciproque.

C'est pourquoi, le 17 avril de cette année, la FFSA et Agéa ont signé une déclaration commune pour mettre en avant le triple avantage que présente cette formalisation du conseil :

- affirmer le professionnalisme de l'agent général et ainsi nouer avec le client, dès le départ, une relation fondée sur la confiance réciproque ;
- sensibiliser le client sur l'importance, dans sa décision concernant le choix de couverture d'un risque, des éléments d'information qu'il aura fournis et des besoins qu'il aura exprimés ;
- renforcer la qualité du suivi et de la fidélisation du client.

Même si la responsabilité de cette obligation d'information et de conseil concerne avant tout (en termes de responsabilités civile et pénale) les intermédiaires en tant que tels, les entreprises d'assurances ont eu à cœur de mettre des procédures et des outils à disposition de leurs réseaux de distribution.

Il restera à la profession à pallier les éventuelles distorsions de concurrence entre réseaux de vente soumis ou non à ce formalisme.

L'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions a donc eu pour conséquence de provoquer sur le marché français une vaste réflexion collective visant à donner un socle commun à des pratiques jusque-là très hétérogènes en matière de distribution, de conseil, de critères d'accès, voire même de compréhension de qui pouvait, ou ne pouvait pas, revendiquer la qualité d'intermédiaire en assurances.

Désormais, et après une nécessaire période de rodage liée au démarrage, plus personne ne pourra intervenir comme intermédiaire sur ce marché, et y chercher des rémunérations, sans être valablement inscrit à l'Orias, ni sans avoir clarifié son rôle en tant qu'intervenant vis-à-vis des sociétés d'assurances ou des autres types d'intermédiaires.

D'ailleurs, il est intéressant de souligner l'importance de voir étendues les compétences de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) à l'ensemble du monde des intermédiaires.

Des limites nouvelles vont ainsi clairement apparaître dans les relations, parfois très complexes, entre les différents intermédiaires et les « fournisseurs » d'assurances que sont les diverses formes d'entreprises du secteur.

Jusqu'alors, on ne pouvait affirmer qui était autorisé à vendre quel type de produit ou de contrat de telle ou telle société d'assurances, ce qui – dans certains cas – pouvait aller jusqu'à confondre le statut de l'assureur et du distributeur. Désormais un intermédiaire, agent général ou courtier, voit son domaine d'intervention précisé et bien délimité : il intervient auprès d'un consommateur final et établit un lien direct avec un assureur du marché.

Et c'est son statut et la présentation qu'il doit en faire auprès de ce consommateur qui détermine pour le compte de quelle entreprise d'assurances il peut intervenir, suivant qu'il est agent général ou courtier

et qu'il opère ou non par « appel d'offres » avec une vision exhaustive des produits du marché.

En conclusion, l'entrée en vigueur des nouvelles de l'intermédiation aura à n'en pas douter des conséquences importantes sur la structure à moyen ou long terme du marché français de l'assurance. Les conséquences à court terme sont aisées à décrire ; c'est l'objet de cet article. Les conséquences à plus long terme sont sans doute plus difficiles à discerner : la clarification imposée dans le statut sous lequel les intermédiaires opèrent, leur enregistrement systématique, la manière dont la jurisprudence va se construire pour faire apparaître les limites d'un « bon » exercice du métier et du conseil vont à la fois imposer un professionnalisme irréprochable à tous les acteurs et réduire le nombre d'intervenants qui ne viennent (ou ne venaient) que par opportunité sur ce marché – qui va devenir plus sélectif.

Les grands acteurs, assureurs ou mutuelles, vont également devoir réfléchir plus en profondeur à la maîtrise de leur distribution et à son organisation, à sa structure et bien clairement différencier dans leur approche, la distribution indépendante, sous forme de courtage, de la distribution exclusive ou sous forme de réseaux propriétaires.

Enfin, les clients ou consommateurs vont progressivement mieux comprendre les leviers sur lesquels ils peuvent agir et les moyens pour eux d'exiger, comme il est naturel, les meilleurs conseils et les meilleures garanties... au meilleur prix !

ÊTRE COURTIER AUJOURD'HUI ?

Robert Leblanc

Coprésident de la Chambre syndicale des courtiers d'assurances

Comme tout entrepreneur, le courtier a une conscience aiguë de sa vulnérabilité et il sait que, chaque jour, il doit travailler pour que son entreprise se développe et soit pérenne. Mais la lecture des chiffres globaux de la profession a de quoi rassurer les plus inquiets : le métier n'est pas en perte de vitesse et ne semble pas menacé à court terme. Donc cela a certainement du sens d'être courtier aujourd'hui.

Mais quel sens cela a-t-il ? On peut tenter de répondre à cette question en se plaçant sur différents plans :

- Quelle place le courtier peut-il revendiquer entre assurés et assureurs ? Est-il un maillon nécessaire de la chaîne ?*
- Quelle place le courtier peut-il revendiquer parmi les autres intermédiaires d'assurances ? Ses spécificités sont-elles un atout ? pour quel type de client ? dans quelles circonstances ?*
- Quelle place le courtier peut-il revendiquer parmi les prestataires de services et notamment les conseillers divers et variés auxquels ont recours ses clients ?*

Quelle place le courtier peut-il revendiquer entre assurés et assureurs ? Le courtier est-il un maillon nécessaire de la chaîne ?

Il est nécessaire de rappeler en tout premier lieu que le courtier est mandaté par l'assuré pour lui apporter une solution d'assurance, implicitement la meilleure possible. Implicitement, car il est impossible dans bien des cas de prouver que la solution proposée est la meilleure réellement concevable. Selon

le profil du client et la nature de risque, cela peut être une optimisation de masse (par exemple repérer l'assureur le mieux placé du moment en auto du particulier, ou les mieux placés du moment en distinguant haut de gamme et véhicules courants) ou, au contraire, une optimisation spécifique (très poussée dans le cadre d'une compétition organisée par le client grande entreprise sous forme d'un appel d'offre entre courtiers).

Même si certains juristes s'interrogent sur la portée du mandat (puisque le contrat d'assurance auquel aboutit le travail du courtier est signé directement par l'assuré et l'assureur, et non par le courtier agissant pour le compte de l'assuré), même si par ailleurs le courtier peut recevoir des mandats de divers assureurs pour l'encaissement des cotisations ou le règlement des sinistres, le courtier est clairement au service de

l'assuré, il est acheteur d'assurance pour son compte, beaucoup plus que vendeur pour le compte de tel ou tel assureur.

Dans un environnement économique et social qui attache beaucoup de prix à la défense du consommateur, qui valorise la fonction achat – l'acheteur étant souvent supposé en position de faiblesse par rapport au vendeur, y compris dans les relations entre entreprises où l'on considère que l'expertise de chacun est plus dans ce qu'il vend que dans ce qu'il achète –, le métier du courtier est bien placé. Il apporte à l'acheteur l'expertise qui lui manque pour être à égalité avec le vendeur. Dans le cadre des entreprises, on peut considérer qu'il est un *risk manager* externalisé. Au passage, on peut relever que, même si sa fonction est précisément une assistance à l'achat d'assurance, le courtier est lui-même un prestataire qui vend sa valeur ajoutée. En conséquence, les grandes entreprises soumettent l'achat de ces prestations aux procédures de leurs directions des achats internes et organisent, comme déjà évoqué, des appels d'offres mettant les courtiers en compétition entre eux...

Le courtier est donc bien placé. Mais le sait-on bien ? Et le courtier est-il réellement un maillon nécessaire de la chaîne ?

Le doute persiste. Malgré les efforts de nos prédécesseurs et les nôtres maintenant à la Chambre syndicale des courtiers d'assurances, le public ne situe pas bien la position des courtiers. Lequel d'entre nous n'a pas entendu, au cours de dîners amicaux, l'éternelle et insupportable question : « Vous êtes courtier, dites-vous, mais pour quel assureur ? » Nous devons donc nous employer inlassablement à faire passer l'idée que, réellement, nous sommes du côté de l'assuré.

La question de nos rémunérations est parfois posée. Quand je dis parfois, elle l'a en fait toujours été, mais de manière beaucoup plus insistante ces dernières années. Il est vrai que la rémunération traditionnelle des courtiers, un commissionnement attaché à la cotisation payée par l'assuré, est paradoxale. Paradoxale, mais rarement absurde et généralement logique.

Paradoxale : en effet, elle est proportionnelle à la

cotisation, donc inversement proportionnelle à l'intérêt de l'assuré. Mais, quand les clients dénoncent ce paradoxe, c'est en disant : « moins bonne est la solution que vous m'apportez et plus vous gagnez », alors que ce que nous vivons, nous, courtiers, s'exprime plutôt en sens inverse : « mieux on travaille et moins on gagne ». La concurrence très vive dans tous les segments du marché ne permet pas (ou pas longtemps en tout cas) à un courtier de mal servir son client. Celui-ci le pousse réellement à donner le meilleur de ce qu'il sait faire et il ne peut pas garder son client avec des cotisations plus élevées, dans le seul but de préserver des assiettes de commissions plus confortables pour lui-même. Donc rarement absurde.

Généralement logique : le principe de l'assurance est une mutualisation du coût des sinistres. Mais mutualiser le coût de leur gestion et plus généralement le coût du service a aussi du sens dans bien des cas : tous les risques de masse, particuliers, commerces, petites entreprises. De surcroît, l'inclusion de la rémunération de l'intermédiaire dans la cotisation permet un achat « tout compris » qui est une simplification, avantageuse dans ces mêmes cas. Il est intéressant de noter qu'un représentant de PME (petites et moyennes entreprises) a pris position dans ce sens, très explicitement, dans le cadre de l'enquête menée actuellement par la direction de la concurrence de la Commission européenne sur l'ensemble du secteur de l'assurance.

Après ce détour, venons-en, à la question de la nécessité du courtier.

Il y a bien des situations où le courtier n'est pas nécessaire. La preuve en est, nous ne sommes pas présents dans 100 % des contrats d'assurance ! Mais nous sommes nécessaires dans les risques d'entreprises et on constate d'ailleurs que 100 % des firmes, à partir d'une certaine taille, ont recours aux courtiers. Certains grands groupes se sont dotés par le passé de structures de courtage captives. Il en reste peu en France mais, surtout, on observe que, dans tous les cas, ces cabinets captifs sont épaulés par des courtiers du marché, soit pour des achats de capacité dans des marchés trop loin des bases, soit pour le service

apporté à l'ensemble des unités du groupe par un réseau intégré.

Comment expliquer ce caractère nécessaire ? En pratique, il y a ce besoin de service monde entier que nous venons d'évoquer. Mais on pourrait imaginer que les grands assureurs développent une telle offre de service. Fondamentalement, les assureurs ne peuvent pas se substituer aux courtiers face aux assurés pour deux raisons : le pouvoir de dire non et le placement des coassurances.

Le pouvoir de dire non, c'est la liberté essentielle pour un assureur de refuser une souscription ou d'en fixer des conditions non négociables. Essentielle parce que contrepartie logique de la mission première de l'assureur : être solvable au moment de faire face à sa raison d'être, régler un sinistre. Comment être en prise directe avec un client, s'engager vis-à-vis de lui à toujours lui trouver une solution et, en même temps, préserver cette liberté de refuser une souscription ? Le courtier, au contraire, a sans ambiguïté mission de trouver des solutions en allant les chercher partout où sont conciliées efficacité instantanée et pérennité.

Le placement des coassurances nécessite l'intervention d'un tiers. Observons tout d'abord que cette pratique ancienne n'est pas en recul, en dépit de la concentration qui, à la fois, diminue le nombre d'acteurs et conduit à l'émergence d'acteurs d'une puissance sans commune mesure avec celle des acteurs anciens. En effet, les besoins des assurés sont aussi, dans bien des cas, sans commune mesure avec ce qu'ils étaient dans le passé ; mais surtout l'optimisation du placement du risque passe souvent par un découpage fin, découpage en lignes pour mieux distinguer les lignes actives des capacités mobilisées pour des très basses fréquences, pour aussi ouvrir le jeu à l'échelle internationale dans les achats de capacité, alors que les lignes actives sont souvent préférées placées auprès d'acteurs proches avec lesquels les conditions peuvent être discutées de manière très détaillée. Découpage aussi, ligne par ligne, entre coassureurs, parce que l'apériteur le mieux disant sera plus difficilement suivi par les autres assureurs du marché et que seule une addition de petites parts permettra d'atteindre un placement à 100 %, un apériteur moins bien placé en prix pouvant plus facilement

prendre lui-même 100 % de la ligne ou être suivi par un autre acteur important du marché qui suffit à compléter sa part.

Cette observation étant faite sur l'intérêt des coassurances, pourquoi faut-il un tiers pour les mettre en œuvre ? Les banquiers font bien leurs syndications eux-mêmes. Mais la syndication d'un prêt peut se faire plusieurs mois après la prise d'effet. En effet, si défaillance de l'emprunteur il doit y avoir, c'est rarement au tout début de la vie du prêt. Au contraire, le placement des risques est toujours confronté à un problème de temps : le temps de la négociation se révèle toujours trop court et la répartition entre coassureurs doit être fixée avant l'échéance car le sinistre peut intervenir immédiatement après la prise d'effet du contrat d'assurance.

En résumé, quelle place le courtier peut-il revendiquer entre assurés et assureurs ? Celle d'un intermédiaire à valeur ajoutée, au service de l'assuré.

Est-il un maillon nécessaire de la chaîne ? Oui, pour certains segments de marché.

Quelle place le courtier peut-il revendiquer parmi les autres intermédiaires d'assurances ?

Les seuls intermédiaires d'assurances, professionnels du secteur, autres que les courtiers, sont les agents généraux. Le paysage paraît donc simple. En réalité, le public distingue mal les différents types d'acteurs et le droit est lui-même plutôt facteur de confusion que de clarification.

Les banques, par exemple, agissent depuis longtemps en qualité de courtier pour la vente à leur clientèle des produits d'assurance élaborés et créés par leurs filiales sociétés d'assurances. Les « vrais courtiers » pourraient voir dans cette approche un opportunisme de mauvais aloi, où l'exploitation à la lettre des textes en vigueur conduit à vider les mots de leur sens.

Mais ce serait aller trop vite car, en matière d'assurance vie, il est fréquent que les réseaux bancaires donnent accès à des produits du marché, de manière ouverte, dans un véritable esprit de courtoisie.

La directive européenne sur l'intermédiation d'assurance, transposée en France par la loi du 15 décembre 2005, ne va pas non plus dans le sens d'une meilleure identification des différents types d'intermédiaires. En effet, la Commission européenne a préféré s'attacher à une logique d'opérations plutôt qu'à une logique d'acteurs. La typologie des acteurs varie d'un pays à l'autre, en fonction de l'histoire et vouloir harmoniser les statuts serait trop ambitieux et finalement vain par rapport aux attentes des clients. En revanche, fixer des règles communes par rapport à une typologie des opérations garantit aux acheteurs d'assurance de toute l'Union européenne des conditions harmonisées de fonctionnement.

On a vu ainsi émerger un nouveau jargon, faisant référence aux cas a), b) et c). Le a) ne concerne normalement pas les courtiers, puisque l'intermédiaire est lié à l'assureur dont il présente le produit. Par contre, les courtiers peuvent opérer selon la modalité b) : « S'il n'est pas soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurances, mais qu'il n'est pas en mesure de fonder son analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché, l'intermédiaire informe le souscripteur éventuel qu'il peut lui être communiqué, à sa demande, le nom des entreprises d'assurances avec lesquelles il travaille. » ou selon la modalité c) : « S'il n'est pas soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurances et qu'il se prévaut d'un conseil fondé sur une analyse objective du marché, il est tenu d'analyser un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché, de façon à pouvoir recommander, en fonction de critères professionnels, le contrat qui serait adapté aux besoins du souscripteur éventuel. »

Cette faculté qu'ont les courtiers d'opérer en b) ou en c) ne saurait les qualifier car rien n'indique qu'ils sont les seuls à pouvoir le faire. Que peuvent-ils donc revendiquer, en dehors de ce texte, pour affirmer leur

identité professionnelle et se distinguer des autres intermédiaires ? Leur indépendance et leur compétence.

Commençons par la compétence. Bien entendu, ce serait faire injure à d'autres professionnels de l'assurance que de revendiquer une exclusivité de compétence. Mais nous affirmons simplement qu'un vrai courtier est un professionnel de l'assurance, qui ne pratique pas l'assurance de manière occasionnelle ni accessoire. Et son indépendance, sur laquelle nous reviendrons, implique son professionnalisme. En effet, indépendant par nature, il est seul, personne ne le soutient et, s'il veut gagner la confiance de prospects et de clients, il doit démontrer son propre savoir-faire. C'est pourquoi d'ailleurs il peut légitimement invoquer la propriété du portefeuille qu'il a constitué et que le droit lui reconnaît. Quand il a la confiance de son client, le courtier est son « assureur conseil » et il rend second le choix de l'assureur qui porte le risque. On voit bien là le conflit d'intérêt entre courtier et assureur, chacun considérant l'assuré comme son client – ce qui est exact – mais se voyant le fournisseur privilégié, ce qui fait davantage débat. Dans certains domaines, comme les assurances de prévoyance et frais de santé complémentaires, grands courtiers et assureurs sont clairement en compétition dans l'offre de services à partir de plates-formes équivalentes ; chacun sait que, en « tenant » la gestion – si tant est qu'elle est de qualité –, il « tient » le client et devient le fournisseur privilégié, celui qu'on remplace le moins facilement.

Indépendance et compétence. L'indépendance est la marque spécifique des courtiers. Au service des clients, mandatés pour rechercher la meilleure solution possible dans les marchés d'assurance, les courtiers ne peuvent assumer valablement leur mission qu'en abordant librement les marchés, en toute indépendance par rapport aux différents souscripteurs. C'est une évidence pour les courtiers. Mais cela l'est moins pour les clients, comme on a pu le voir dans différentes circonstances.

Je pense en premier lieu au débat qui a été très vif après les interventions du procureur new-yorkais, Eliot Spitzer. L'existence historique de rémunérations

des courtiers – souvent appelées en France surcommissions, versées par les assureurs aux courtiers en fonction de l'apport d'affaires en volume et en qualité de résultats techniques – a pu apparaître dans certains cas comme un facteur de distorsion de concurrence et de conflits d'intérêt. Tout est question de mesure et d'équilibre. Il est vrai qu'une forte incitation pour un courtier à placer certains risques chez un assureur donné pourrait le faire dévier de sa voie normale qui est de choisir le placement des risques dont il a la charge en fonction du seul intérêt de ses clients. Le débat est maintenant clos, ou du moins dépassé, mais l'indépendance des courtiers a été sérieusement mise en cause et, pour prouver leur bonne foi, ceux-ci ont dû souvent prendre des postures radicales dont ils ont souffert économiquement.

Je pense aussi à la difficulté des courtiers de vendre des prestations de pur *risk management*, comme la cartographie des risques, et la semi-ouverture de l'Amrae (l'association française des *risk managers*) à des prestataires de service. Sans entrer dans le détail de ces sujets à ce stade, puisqu'il font l'objet de la troisième et dernière section de cet article, notons que les *risk managers* font souvent valoir dans les débats sur ces sujets que, s'ils sont indépendants de tel ou tel assureur, les courtiers ne sont pas indépendants des marchés de l'assurance, que leur raison d'être et la source de leurs chiffres d'affaires restent le placement de risques auprès des assureurs ou réassureurs.

Revendiquer notre indépendance ne va donc pas de soi et c'est majeur pour nous car, encore une fois, c'est ce qui nous distingue des autres intermédiaires professionnels que sont les agents généraux, attachés par construction et souvent avec des règles d'exclusivité bien précises, à la vente des produits de l'assureur dont ils portent l'enseigne.

D'ailleurs, nos entreprises sont dans une immense majorité totalement indépendantes capitalistiquement, qu'il s'agisse de TPE (très petites entreprises) détenues par le professionnel du courtage qui en est le premier, voire le seul opérationnel, ou de grands groupes internationaux et cotés en bourse.

Cette indépendance, conjuguée à la compétence évoquée, nous la revendiquons, nous y voyons une marque distinctive, un atout.

En principe, tout client est désireux d'acheter ce qui constitue la meilleure réponse du marché à son besoin. Mais que coûte cet effort de recherche par rapport à ce que rapporte l'obtention d'un produit optimal ? Pour des risques simples, le plus souvent, une recherche systématique au cas par cas représenterait un effort disproportionné avec l'enjeu. Le client peut privilégier la facilité, la proximité, le lien personnel, la confiance en une marque, si bien que les moyens dont disposent normalement les courtiers ne l'intéressent pas nécessairement. Mais le courtier lui-même organise sa sélection de produits pour ce type de risque, pour une période de temps, par segment de client ou de bien à assurer, de sorte que la recherche d'une solution satisfaisante le plus souvent ne consiste pas en une optimisation client par client, dossier par dossier.

Mais, déjà dans ces cas de figure, le courtier est libre d'aller vers tous les souscripteurs susceptibles de s'intéresser à une catégorie de risques donnée, y compris à l'étranger. Véritable artisan d'une ingénierie de solutions, le courtier structure le rapprochement de l'offre et de la demande, y compris en ayant ses propres mandataires ou en se positionnant comme grossiste. Il n'y a pas de limite à l'imagination dans l'univers du courtage, le courtier gardant toujours un esprit d'entrepreneur.

Pour en revenir à la question de la recherche de la meilleure réponse du marché et au coût de cette recherche, ayant évoqué le cas des risques simples, soulignons que, dans le cas de risques complexes ou de grands risques, une démarche au cas par cas se justifie pleinement et constitue même la règle. Comme on l'a vu précédemment, les courtiers ont quasiment le monopole de l'approche de ces risques, justement parce que leur indépendance conjuguée à leur compétence est par construction le seul moyen de mener librement et sans restriction cette recherche. C'est l'occasion de répéter, comme dans la première section de cet article, que les courtiers sont indispensables pour ce type de risques.

Sur des risques intermédiaires, l'avantage de l'indépendance peut être contrebalancé par l'avantage que des agents généraux peuvent avoir à bénéficier du

soutien particulier de l'assureur dont ils sont mandataires. Les conditions d'une neutralité de concurrence sont un sujet difficile qui est d'actualité au moment où la Chambre syndicale des courtiers d'assurances, ayant trouvé les conditions d'une modernisation des usages du courtage après des années d'opposition entre usages parisiens et usages lyonnais, propose aux assureurs et aux agents de travailler à la définition d'usages unifiés de l'intermédiation d'assurance. Cette neutralité est-elle possible, alors que l'exclusivité demandée par les assureurs à leurs agents pourrait justifier en contrepartie, selon certains, un soutien de l'assureur dans la compétition ?

Quelle place le courtier peut-il revendiquer parmi les prestataires de service ?

Parmi les prestataires de service, notamment les conseillers divers et variés auxquels ont recours ses clients, comment peut se situer le courtier ? La question est intéressante dans deux cas : celui de l'assurance vie et celui des risques d'entreprises.

L'assurance vie est au carrefour de la gestion de patrimoine et de l'assurance. Son achat entre le plus souvent dans une logique globale de gestion de patrimoine. Et ce sujet, crucial pour beaucoup de personnes soucieuses notamment de leur retraite et d'une minimisation de la pression fiscale réellement supportée, constitue une matière à laquelle un nombre croissant de professionnels consacrent tout leur talent et leur énergie. Aux côtés des banques et des sociétés de gestion déjà établies, se sont multipliées les structures indépendantes. On estime aujourd'hui à environ 2 000 le nombre de CGPI (conseils en gestion de patrimoine indépendants). Le législateur a pris en compte cette réalité et a encadré cette profession en plein développement en créant le statut de CIF (conseiller en investissements financiers), statut qui implique l'adhésion à une association agréée (il y en a plusieurs) à laquelle les pouvoirs publics délèguent la

mission de contrôler les professionnels.

Or, étant conduits à proposer très souvent à leurs clients, au moins pour partie, le recours à l'ouverture de contrats d'assurance vie, les CGPI/CIF ont généralement adopté le statut de courtier d'assurance. Mais ce n'est pas ce qu'ils revendiquent en premier quand ils définissent leur métier.

En sens inverse, les professionnels issus du monde de l'assurance et spécialisés dans l'assurance des personnes, et plus précisément dans l'assurance vie, sont souvent conduits à conseiller leurs clients sur un champ plus large que celui du strict achat d'un contrat d'assurance vie. Même dans ce cadre, l'assistance à l'arbitrage entre les différents supports d'un contrat en unités de compte est un début de conseil en gestion de patrimoine...

Statuts superposables, autorités de contrôle en concurrence, entre l'Acam chargée du contrôle des acteurs de l'assurance, y compris les courtiers, et l'AMF, tutelle des CIF, le paysage est encombré et difficile à déchiffrer.

Si pour le client le bon angle est probablement plus celui de l'expertise globale de la gestion de patrimoine que celui de la technique d'assurance attachée spécifiquement aux contrats d'assurance vie, il est bon pour notre profession de faire valoir qu'elle englobe des acteurs très différents les uns des autres et qu'elle est d'une plus grande richesse qu'on ne l'imagine parfois.

Venons-en au cas des risques d'entreprises. Les prestataires de services sont nombreux, banquiers d'affaires, avocats, consultants, auditeurs... Mais, avant d'examiner la place des courtiers parmi ces acteurs externes, il est intéressant d'observer comment, en interne, la question (ou les questions) des risques est traitée. Les *risk managers*, dont la profession s'est structurée en une vingtaine d'années, portent l'ambition d'une approche globale des risques intégrée aux décisions majeures de l'entreprise et dépassant l'achat d'assurances. Des progrès considérables ont été accomplis sous l'impulsion des associations comme l'Amrae en France. Mais le positionnement des *risk managers* dans bien des structures témoigne de la concurrence interne qu'ils subissent de la part des directions de l'audit interne,

souvent beaucoup plus riches en effectifs, des directions de la qualité ou plus récemment du développement durable, sans parler des directions des achats au pouvoir croissant qui s'imposent aux côtés des *risk managers* dans le choix des solutions d'assurance et des courtiers porteurs de ces solutions.

Les différents prestataires externes ont chacun leur point d'entrée : les auditeurs externes sont au contact des auditeurs internes et des directions financières, les courtiers sont au contact des *risk managers*. À chaque point d'entrée est attaché un ordre de grandeur des budgets alloués aux prestataires et c'est ainsi qu'un *risk manager* me faisait observer il y a déjà plusieurs années que tel montant d'honoraires qui pouvait paraître faible de la part d'un cabinet d'audit international risquait de paraître élevé s'il venait d'un courtier d'assurances...

C'est un aspect des choses, mais cela rejoint, au rang des handicaps que notre profession doit surmonter, l'accusation de manque d'indépendance, non par rapport à tel ou tel assureur, mais par rapport au marché de l'assurance dans son ensemble, évoquée précédemment. Notre profession est enfermée dans une vision restrictive de ce qu'elle peut apporter à ses clients alors que, dans les faits, ses interventions très concrètes tant dans le placement des risques que dans le règlement des sinistres devraient lui valoir davantage d'estime. Les grands courtiers internationaux mettent clairement l'accent sur leur capacité à agir en conseil dans la maîtrise des risques et tentent de disjoindre cette activité de celle de conception et de mise en œuvre des solutions d'assurances. Au congrès des courtiers de Strasbourg, en juin 2007, un atelier traite du sujet du courtier, *risk manager* externalisé. Espérons donc que l'idée fera son chemin pour un cercle de plus en plus large de courtiers.

L'ambiguïté sur notre métier est révélée aussi par

l'attitude de l'Amrae quand elle a choisi d'ouvrir ses rangs à des membres associés qui ne sont donc pas *risk managers* eux-mêmes mais des prestataires au service des *risk managers*. La liste comprend donc avocats et experts mais pas les courtiers. Par ce choix, les *risk managers* nous signifient qu'ils ne nous comptent pas parmi leurs prestataires et nous renvoient vers les assureurs dont nous ne serions que les auxiliaires... Je force le trait, mais le sujet est important : notre place parmi les prestataires n'est pas à la hauteur de nos ambitions, ni de nos apports réels.

Conclusion

En résumé, le métier de courtier est pour le moins utile et, dans bien des cas, nécessaire. Il est donc pérenne.

Ceux qui l'exercent doivent donc être confiants, mais en même temps ils doivent se battre pour défendre les conditions économiques d'exercice de leur métier et, dans une perspective à plus long terme, pour valoriser leurs apports et obtenir une juste reconnaissance de leurs talents.

Souignons pour finir les atouts exceptionnels de cette profession que sont son esprit entrepreneurial, l'imagination et le professionnalisme de ses représentants mais surtout, ce qui la caractérise spécifiquement, son indépendance, sa vocation à être du côté du client face aux assureurs. Cette vocation n'est peut-être pas encore assez reconnue, mais c'est un atout que nous n'avons pas fini de valoriser.

Et, puisque notre profession souffre encore d'être insuffisamment connue et reconnue, espérons qu'une tribune comme celle de *Risques* contribuera à son progrès !

PREMIER BILAN DE LA MISE EN PLACE DU REGISTRE DES INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCE EN FRANCE

Philippe Poiget

*Président de l'Orias,
Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance*

La loi du 15 décembre 2005¹ transposant la directive du 9 décembre 2002 sur l'intermédiation en assurance² a fixé :

- les grands principes concernant le champ d'application de la nouvelle réglementation, l'immatriculation obligatoire des intermédiaires d'assurances et de réassurance, sur un registre unique qui leur donne droit au passeport unique européen ;*
- les conditions d'exercice de l'activité d'intermédiation et les obligations d'information et de conseil auxquelles sont tenus les intermédiaires d'assurances vis-à-vis des clients.*

Pris en application de ces dispositions, le décret du 30 août 2006³ est venu préciser :

- les différentes catégories de personnes habilitées à exercer une activité d'intermédiation en assurance ;*
- les cas de dérogation à la nouvelle réglementation ;*
- les procédures liées à l'immatriculation ;*
- ainsi que les missions de l'organisme chargé de la tenue du registre.*

Le décret a prévu également les niveaux de capacité professionnelle exigés des personnes habilitées et les modalités de vérification de l'ensemble des conditions requises. Il a précisé enfin les obligations d'information de l'intermédiaire et les modalités de communication de celles-ci au consommateur. Ce décret a été complété par cinq arrêtés⁴⁻⁵.

L'ensemble des textes est entré en vigueur le 31 janvier 2007, date à laquelle a été mis en place le registre des intermédiaires en assurance par l'organisme chargé de sa tenue appelé « Organisme pour le registre des intermédiaires d'assurance » (Orias).

Le Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles (CEIOPS, Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors) a publié en mars 2007 un rapport établissant un bilan de la transposition des dispositions-clés de la directive sur l'intermédiation en assurance dont il ressort qu'elle a permis d'atteindre un haut niveau de protection du consommateur. Il relève toutefois qu'une clarification serait nécessaire sur certaines terminologies utilisées par la directive et souligne que certaines exigences sont impossibles à contrôler au quotidien. S'agissant de la France, quel premier bilan peut-on tirer à ce jour de la mise en place de l'Orias ?

L'organisme pour le registre des intermédiaires en assurance

En France, le contrôle des intermédiaires en assurance relève de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) tandis que l'immatriculation des intermédiaires et la tenue du registre ont été confiées à l'Orias.

Cette association qui regroupe les représentants des professions de l'assurance concernées⁶ a pris la suite de l'Association pour la liste des courtiers d'assurances (Alca) qui avait été constituée en application de la loi du 1^{er} août 1999 pour la tenue de la liste facultative des seuls courtiers d'assurances. Au sein de l'Orias, les décisions concernant l'immatriculation sont confiées à une commission composée de membres représentant les différentes professions concernées. Le directeur général du Trésor et de la politique économique – ou son représentant – siège auprès des instances de l'Orias en tant que commissaire du gouvernement.

Une dichotomie existe entre les États membres de l'Union européenne (UE) qui ont choisi d'avoir une autorité de contrôle pour tous les services financiers et ceux qui ont choisi une autorité propre pour le secteur de l'assurance. Également, une distinction peut être faite entre les pays qui avaient déjà auparavant une réglementation des intermédiaires dans leur ensemble (France, Italie, Pays-Bas, Autriche, Belgique...) et ceux qui n'en avaient pas (Allemagne, Grande-Bretagne notamment) ou seulement une réglementation concernant les courtiers (Espagne, Finlande, Danemark). Cela a d'ailleurs pu avoir des conséquences sur la manière dont a été transposée la directive d'un État membre à l'autre. Par ailleurs, dans la majorité des États, une seule autorité est compétente pour mettre en oeuvre les nouvelles règles à l'exception de la France, l'Autriche, l'Allemagne, la Grèce et la Suède. Dans ces États, il existe une autorité de contrôle et un organisme chargé de l'immatriculation des intermédiaires.

Les catégories d'intermédiaires en assurance

Sont désormais distinguées, en droit français, quatre catégories d'intermédiaires. À chaque catégorie correspond par ailleurs une modalité d'exercice permettant en principe de la distinguer des autres. Il s'agit :

- des **courtiers d'assurances ou de réassurance**, personnes physiques ou morales immatriculées en cette qualité au registre du commerce et des sociétés ; entrent dans cette catégorie les personnes exerçant leur activité en dehors de tout lien d'exclusivité contractuelle avec une ou plusieurs entreprises d'assurances⁷ ;
- des **agents généraux d'assurances**, personnes physiques ou morales ; entrent dans cette catégorie les personnes exerçant leur activité dans le cadre d'un mandat exclusif avec une ou plusieurs entreprises d'assurances ;
- des **mandataires d'assurances**, personnes physiques non salariées ou personnes morales ; entrent dans cette catégorie les personnes, autres qu'agents généraux d'assurances, mandatées par une entreprise d'assurances avec ou sans lien d'exclusivité contractuelle.
- des **mandataires d'intermédiaires d'assurances**, personnes physiques non salariées ou personnes morales, mandatées par les personnes relevant des trois catégories ci-dessus (courtier d'assurances ou de réassurance, agent général d'assurances, mandataire d'assurances).

Comme précédemment pour la catégorie des mandataires non-agents généraux d'assurances, l'activité des mandataires d'assurances et des mandataires d'intermédiaires est limitée à l'apport et éventuellement à l'encaissement des cotisations ainsi que, en assurance vie, à la remise des fonds aux assurés ou bénéficiaires. L'activité de gestion ou d'estimation et de règlement des sinistres leur est donc interdite. Cette limitation n'est toutefois pas opposable aux établissements de crédit qui relèveraient de l'une de ces catégories. L'ouverture aux personnes morales des catégories de mandataire d'assurances et de mandataire d'intermédiaire

d'assurances constitue une des solutions utilisées par les personnes qui bénéficiaient jusqu'à présent d'une dérogation permanente pour la commercialisation à titre onéreux d'assurances liées à un emprunt, et qui sont désormais qualifiées d'intermédiaires et soumises à ce titre à la réglementation.

Cette nouvelle classification n'empêche pas qu'un intermédiaire, personne physique ou morale, puisse exercer son activité d'intermédiation au titre de plusieurs catégories, sous réserve des dispositions contractuelles qui les lient à d'éventuels mandants. Dans ce cas, il doit être inscrit dans chacune de ces catégories sur le registre des intermédiaires et répondre aux conditions requises pour chacune d'entre elles.

Aux quatre catégories précitées s'ajoute celle des intermédiaires immatriculés dans un autre État membre de l'UE, ou de l'Espace économique européen (EEE), qui sont habilités de plein droit – sous la seule condition d'une notification préalable – à exercer leur activité en France en libre établissement ou en libre prestation de services.

Tous les États membres, à l'exception de l'Irlande et de la Grande-Bretagne, ont classé les intermédiaires selon différentes catégories. En Allemagne, on recense cinq catégories : agents, courtiers, intermédiaires d'assurances liés, intermédiaires à titre accessoire et conseillers en assurance. En Italie, il y a également cinq catégories, mais différentes : agents d'assurances, agents de réassurance, courtiers d'assurances, courtiers de réassurance, démarcheurs à titre accessoire en assurance vie, santé et accident. En revanche, en Grande-Bretagne deux catégories seulement ont été retenues : intermédiaires en assurance et intermédiaires en réassurance.

La procédure d'immatriculation

La réglementation est plus stricte qu'auparavant puisqu'elle impose aux intermédiaires en assurance une obligation d'immatriculation et des conditions spécifiques à remplir. Ces nouveaux impératifs modifient les habitudes des intermédiaires même si, notamment, les courtiers

étaient déjà inscrits au registre du commerce sous certaines conditions (honorabilité et capacité professionnelle). L'immatriculation à l'Orias donne par ailleurs l'accès au passeport européen pour pouvoir exercer dans un autre État membre de l'UE ou dans l'EEE.

Avant de commencer à exercer son activité, chaque intermédiaire (personne physique ou morale) est tenu de demander son immatriculation et son inscription dans la (ou les) catégorie(s) dont il relève. Lors de la première inscription⁸ au titre d'une catégorie, un numéro d'immatriculation est délivré et restera le même pour cette personne y compris en cas d'inscription complémentaire au titre d'une ou plusieurs autres catégories. À titre de principe, la démarche d'inscription incombe à l'intermédiaire lui-même qui communique à l'Orias les informations et documents permettant à celui-ci de vérifier qu'il répond à l'ensemble des conditions requises pour exercer son activité dans la (ou les) catégorie(s) dont il relève. En ce qui concerne les agents généraux d'assurances, les mandataires d'assurances et les mandataires d'intermédiaires d'assurances, ces formalités d'inscription peuvent être effectuées par les mandants.

Afin de faciliter la procédure d'immatriculation, plusieurs formulaires correspondant aux différents cas-types d'inscription sont proposés en téléchargement sur le site de l'Orias, selon un format dit « PDF dynamique avec code barre ». Une fois tous les champs d'informations renseignés, un code barre agglomère ces renseignements et correspond à l'identité de l'intermédiaire. Reçues avec les pièces justificatives, ces informations sont scannées et intégrées dans les outils informatiques ce qui minimise ainsi les risques induits par la saisie. Malgré cela, cette procédure s'est révélée dans la pratique relativement lourde et contraignante, notamment au plan informatique, et nécessitera à l'avenir plusieurs ajustements.

À compter de la date de réception du dossier complet d'inscription, l'Orias dispose d'un délai maximal de deux mois :

- soit pour communiquer à l'intermédiaire une attestation comportant son numéro d'immatriculation au registre et la date d'enregistrement de l'inscription⁹ ;
- soit pour communiquer à l'intermédiaire, par lettre

recommandée avec avis de réception, une décision de non-inscription lorsqu'il ressort de l'examen du dossier que la demande n'est pas conforme aux prescriptions applicables.

Le registre a été ouvert au public le 31 janvier 2007 – date de sa mise en place –, les intermédiaires disposant conformément à la loi d'un délai jusqu'au 30 avril 2007 pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation. Des modalités particulières étaient prévues pour l'inscription des intermédiaires soumis au 31 janvier 2007 à la réglementation relative à la présentation d'opérations d'assurance (courtiers¹⁰, agents généraux¹¹, mandataires non-agents¹²). En effet, ces personnes répondant d'ores et déjà à certaines des conditions requises, notamment de capacité professionnelle, leur inscription n'a pas nécessité la production de l'ensemble des pièces justificatives exigées pour les intermédiaires nouvellement concernés par la réglementation.

Malgré ces modalités et toutes les initiatives en matière d'information, notamment de la part des organisations professionnelles concernées, l'Orias a été confronté à une très forte demande de précisions et d'accompagnement de la part des professionnels de l'assurance qui, pour certains, découvraient le nouveau cadre légal. De nombreuses difficultés sont également apparues au regard de l'immatriculation au registre du commerce pour les intermédiaires d'assurances qui y sont tenus, y compris du fait qu'ils doivent communiquer au greffe du tribunal de commerce dont ils relèvent leur numéro d'immatriculation. L'articulation entre la procédure d'immatriculation au registre du commerce et celle au registre des intermédiaires en assurance mériterait d'être clarifiée, comme l'Alca (Association de la liste des courtiers d'assurances) l'avait précédemment suggéré.

Face à l'afflux des demandes d'inscription, d'une part, et compte tenu du délai d'instruction de deux mois dont l'Orias dispose, d'autre part, la commission d'immatriculation a décidé d'arrêter dans un premier temps au 30 avril 2007 la liste des demandes d'inscription et de la publier, les dossiers ainsi reçus étant ensuite examinés d'ici le 30 juin 2007. Cette procédure a permis de conforter la situation des intermédiaires d'assurances et des entreprises d'assurances

au regard des éventuelles sanctions qu'ils étaient susceptibles d'encourir à ce titre après le 30 avril 2007.

Au 7 juin 2007, on dénombrait 24 632 intermédiaires immatriculés sur le site¹³ de l'Orias, représentant au total 26 838 inscriptions :

- 9 574 dans la catégorie « courtier » dont 21 sont également inscrits dans la catégorie « mandataire d'assurances » ;
- 12 234 dans la catégorie « agent général d'assurances » dont 2 150 sont également inscrits dans la catégorie « courtier » ;
- 3 491 dans la catégorie « mandataire d'assurances » ;
- et enfin 1 539 dans la catégorie « mandataire d'intermédiaire d'assurances ».

Par ailleurs, 3 330 intermédiaires communautaires figuraient à cette date sur le site de l'Orias.

L'immatriculation est renouvelable au 1er mars de chaque année. La radiation¹⁴ d'un intermédiaire, c'est-à-dire le retrait de son numéro d'immatriculation du registre, intervient lorsque l'intermédiaire cesse toute activité d'intermédiation, ou ne justifie plus des conditions requises pour aucune des catégories au titre desquelles il est inscrit, ou a fait l'objet d'une sanction de radiation prononcée par l'Acam. Dans le cas où l'intermédiaire est inscrit au titre de plusieurs catégories et ne remplit plus les conditions spécifiques à l'une d'elles, l'Orias procède à la suppression de l'inscription au titre de cette catégorie. L'intermédiaire demeure cependant immatriculé et inscrit au titre de la (ou les) catégorie(s) pour lesquelles il remplit toujours les conditions. La radiation ou la suppression de l'inscription sont notifiées à l'intermédiaire par lettre recommandée avec avis de réception.

La plupart des États membres ont retenu le système du registre unique pour les intermédiaires en assurance et en réassurance. Les États membres (Malte, Lituanie, Norvège, Danemark et Chypre) ayant plusieurs registres distinguent pour la plupart un registre courtier/agent/mandataire ou encore un registre courtier/agent/mandataire/intermédiaire à titre accessoire/courtier en réassurance. La distinction entre personne morale et personne physique est également utilisée. Par ailleurs, il est constaté que dans la majorité des États membres, les entreprises d'assurances collaborent activement à la procédure

d'immatriculation des intermédiaires, notamment des agents exclusifs pour lesquels elles sont habilitées à vérifier les conditions d'honorabilité et de capacité professionnelle.

Les conditions d'exercice de l'activité

Dans la continuité du droit actuel, la nouvelle réglementation subordonne l'exercice d'une activité rémunérée d'intermédiation en assurance ou en réassurance à des conditions relatives à l'honorabilité, la capacité professionnelle, la responsabilité civile professionnelle et la capacité financière. Ces conditions sont modulées en fonction des différentes catégories de personnes habilitées et de l'étendue ou du caractère principal ou accessoire de l'activité d'intermédiation.

La condition d'honorabilité¹⁵ est justifiée par une déclaration sur l'honneur des personnes concernées attestant qu'elles remplissent les exigences prévues, la procédure de déclaration au Parquet étant désormais supprimée. L'Orias peut toutefois, en ce qui concerne les personnes qu'elle a immatriculées, demander au commissaire du gouvernement qui siège auprès de lui la vérification de cette condition au vu du bulletin n° 2 du casier judiciaire.

Les personnes physiques soumises à la condition de capacité professionnelle¹⁶ doivent justifier soit d'un stage spécialisé – ou dans certains cas d'une formation d'une durée raisonnable –, soit d'une expérience professionnelle dans des fonctions de gestion ou de production de contrats d'assurance et de capitalisation, soit de la possession d'un diplôme – titre ou certificat mentionné sur une liste fixée par arrêté pris par les ministres chargés de l'Économie et de l'Éducation. En l'absence d'arrêté à ce jour, cette voie reste pour le moment lettre morte. Ces nouvelles dispositions sont applicables depuis le 31 janvier 2007¹⁷. Au niveau européen, les règles de capacité professionnelle ont partout été adaptées en fonction des catégories d'intermédiaires et treize États membres

dont la France, les pays nordiques et l'Allemagne ont adopté des exigences moindres pour l'intermédiation à titre accessoire.

Il est justifié de la condition de responsabilité civile professionnelle¹⁸ pour les courtiers d'assurances par la production annuelle de l'attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle¹⁹ délivrée par l'assureur ; pour les autres intermédiaires, par la production d'un document attestant que l'entière responsabilité des actes de l'intermédiaire est assumée par le (ou les) mandant(s) dans les conditions prévues par la loi. Naturellement, compte tenu de la date du 1er mars retenue pour le renouvellement des immatriculations sur le registre, les garanties des contrats d'assurance de responsabilité civile professionnelle ne prennent effet qu'à cette date et jusqu'au 28 ou 29 février de l'année suivante. Il a donc fallu prévoir un calendrier d'entrée en vigueur de ce nouveau système et des mesures transitoires²⁰.

La condition de responsabilité civile professionnelle est nouvelle pour la majorité des États membres. Tous ont toutefois respecté le minimum requis de 1 000 000 € par sinistre et 1 500 000 € par an – la France, le Luxembourg et la Suède ayant opté pour des montants supérieurs. Norvège, Lituanie, Danemark, Suède et Angleterre ont adopté des règles supplémentaires. Par exemple, la Suède a des seuils différents selon la taille de l'intermédiaire. Dans plusieurs États membres, les agents liés sont exemptés de l'assurance obligatoire de responsabilité dès lors que l'entreprise d'assurances répond entièrement d'eux.

Enfin, il est justifié de la condition de capacité financière²¹ pour les courtiers d'assurances, soit par une attestation de garantie financière²² délivrée par l'entreprise d'assurances ou l'établissement de crédit, soit par une déclaration par laquelle le courtier atteste ne pas encaisser de fonds. Pour les agents généraux et mandataires d'assurances la justification se fait par une déclaration qu'il encaisse des fonds exclusivement dans le cadre de son (ou ses) mandat(s) ou qu'il n'encaisse pas de fonds. Pour les mandataires d'intermédiaires d'assurances, la justification se fait, soit par une attestation de garantie financière souscrite par lui-même ou son mandant, soit par une déclaration

par laquelle le mandataire d'intermédiaire d'assurances atteste ne pas encaisser de fonds. Les mêmes dispositions transitoires que pour l'assurance de responsabilité sont prévues.

Sur toutes ces conditions, la commission d'immatriculation qui agit dans le cadre d'une compétence liée pour le compte de l'État ne porte qu'un regard formel au vu des documents et déclarations qui lui sont présentés dans le dossier d'inscription.

Notification en cas de libre établissement ou de libre prestation de services

En pratique, tout intermédiaire régulièrement immatriculé à l'Orias et qui souhaite opérer dans un ou plusieurs autres États par voie de libre établissement ou de libre prestation de services en informe l'Orias, lequel le notifie aux autorités compétentes des États concernés. L'intermédiaire peut alors commencer son activité transfrontière, sans aucune autre formalité, dans le délai d'un mois à compter du jour où il est informé par l'Orias de l'envoi de la notification. La même notification est prévue en cas de radiation. Une grande majorité des États membres souhaite être informée de telles intentions, mais pour certains à des niveaux différents. Ainsi le Danemark, la Finlande, la Lettonie, le Liechtenstein et l'Islande ne souhaitent être informés qu'en cas d'installation d'une succursale. La Norvège ne souhaite l'information que s'agissant des courtiers. Enfin, l'Allemagne est le seul pays qui ne souhaite aucune information sur le sujet.

Conclusion

Malgré les difficultés rencontrées inhérentes à toute mise en oeuvre de ce type de registre, l'Orias a rempli sa mission. Ainsi tout assuré est en droit

de vérifier qu'un intermédiaire est bien immatriculé²³, c'est-à-dire qu'il remplit les conditions de formation, de garantie financière, de responsabilité, d'honorabilité... De même, les entreprises d'assurances qui recourent à des services d'intermédiaires en assurance ou en réassurance, et qui doivent s'assurer au préalable que ces intermédiaires sont bien immatriculés, peuvent le faire. C'est de loin l'un des aspects les plus forts et contraignants du dispositif²⁴.

Il est toutefois beaucoup trop tôt pour établir un véritable bilan ; ce d'autant que le volet tout aussi important que constitue la mise en oeuvre de la formalisation du devoir de conseil vient tout juste d'entrer en application. Il est vrai que les transpositions dans les législations nationales sont loin d'être uniformes, ce qui pourrait gêner la constitution d'un marché unique de l'intermédiation en assurance ; mais il est totalement prématuré de vouloir dès maintenant s'engager dans une révision de la directive. En revanche, il paraît absolument nécessaire que les assurés, les intermédiaires et les assureurs soient rapidement sécurisés sur les règles liées au choix de la loi applicable à leurs relations et des dispositions d'intérêt général qui en découlent, ainsi que sur la définition de la libre prestation de services de l'intermédiaire en assurance.

Notes

1. *Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance, publiée au Journal officiel du 16 décembre 2005.*
2. *Directive 2002/92/CE du Parlement européen et du Conseil du 9 décembre 2002 sur l'intermédiation en assurance, publiée au Journal officiel des Communautés européennes du 15 janvier 2003.*
3. *Décret n° 2006-1091 du 30 août 2006 relatif à l'intermédiation en assurance et modifiant le Code des assurances (partie réglementaire), publié au Journal officiel du 31 août 2006.*

4. Arrêtés :

- du 3 novembre 2006 relatif à l'intermédiation en assurance et modifiant le Code des assurances, publié au Journal officiel du 7 novembre 2006 ;
- du 3 novembre 2006 portant homologation des statuts de l'organisme mentionné à l'article L. 512-1 du Code des assurances, publié au Journal officiel du 7 novembre 2006 ;
- du 3 novembre 2006 fixant le montant des frais d'inscription annuels mentionnés à l'article L.512-1 du Code des assurances, publié au Journal officiel du 7 novembre 2006 ;
- du 18 novembre 2006 portant nomination à la Commission chargée des immatriculations au registre des intermédiaires en assurance, publié au Journal officiel du 28 décembre 2006 ;
- du 31 janvier 2007 portant constatation de la mise en place du registre des intermédiaires en assurance mentionnée à l'article L.512-1 du Code des assurances, publié au Journal officiel du 1er février 2007.

5. Deux arrêtés complémentaires sont en attente, le premier fixera la liste des diplômes, titres ou certificats permettant de satisfaire à la condition de capacité professionnelle en alternative à la formation ou à l'expérience professionnelle, le second portera homologation des programmes minimaux de formation qui doivent être établis par les organisations professionnelles de l'assurance.

6. Les membres de l'association sont la Chambre syndicale des courtiers d'assurances (CSCA), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), la Fédération nationale des syndicats d'agents généraux d'assurances (Agéa), le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema), la Fédération bancaire française (FBF) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

7. Les courtiers ont jusqu'au 31 juillet 2008 pour se mettre en conformité avec cette exigence.

8. Les frais d'inscription pour 2007 ont été fixés à 50 euros par catégorie.

9. En cours d'inscription, l'Orias doit être tenu informé de toute modification des informations concernant les intermédiaires et de tout événement pouvant avoir des conséquences sur leur inscription.

10. Les courtiers inscrits à l'Alca au 31 janvier 2007 ont été automatiquement inscrits à l'Orias.

11. Les personnes physiques ou morales titulaires d'un

mandat d'agent général d'assurances au 31 janvier 2007 ont été inscrites également à l'Orias par le biais de leur entreprise mandante.

12. L'inscription à l'Orias en qualité de mandataire d'assurances ou de mandataire d'intermédiaire d'assurances des personnes physiques exerçant au 31 janvier 2007 en qualité de mandataire non-agent d'une entreprise d'assurances, d'un courtier ou d'un agent général et titulaires d'une carte professionnelle s'est faite contre remise de cette carte et du document justifiant le cas échéant de leur situation au regard de la condition de capacité financière.

13. La consultation du registre est disponible sur internet (www.orias.fr).

14. L'Orias rend publique la radiation et en informe, le cas échéant, le greffe du tribunal de commerce dont ressort l'intermédiaire.

15. Outre les intermédiaires personnes physiques, sont visés au sein des intermédiaires personnes morales, exerçant l'activité d'intermédiation à titre principal, les associés ou tiers qui dirigent ou gèrent la personne morale ; et au sein des intermédiaires personnes morales exerçant l'activité d'intermédiation à titre accessoire à leur activité principale, les associés ou tiers qui dirigent ou gèrent la personne morale ainsi que la (ou les) personne(s), au sein de la direction, auxquelles est déléguée la responsabilité de l'activité d'intermédiation.

16. Toutefois, le niveau de la capacité exigée est modulé en fonction de la catégorie dont relève la personne habilitée et du caractère principal ou accessoire de son activité.

17. Toutefois, les intermédiaires personnes physiques ou morales qui ne bénéficient plus du fait de la nouvelle réglementation d'un régime dérogatoire ont jusqu'au 31 janvier 2008 pour se mettre en conformité avec cette condition.

18. Tout intermédiaire personne physique ou morale a l'obligation de souscrire un contrat d'assurance garantissant sa responsabilité civile professionnelle. Cette obligation ne s'applique toutefois pas aux agents généraux d'assurances, aux mandataires d'assurances et aux mandataires d'intermédiaires d'assurances, agissant en cette qualité, dans la mesure où leurs mandants répondent civilement des actes qu'ils accomplissent dans le cadre de leur activité d'intermédiation.

19. L'assurance de responsabilité civile professionnelle au titre de l'activité d'intermédiation en assurance doit couvrir le territoire de l'UE et celui des États membres de l'EEE, prévoir un niveau minimal de garantie de 1 500 000 euros par sinistre et de 2 000 000 euros par année pour un même intermédiaire et ne pas comporter de franchise par sinistre excédant 20 % des indemnités dues, étant entendu que cette franchise n'est pas opposable aux victimes.

20. Ce n'est qu'au 1er janvier 2008 que le nouveau système entrera intégralement en vigueur.

21. Tout intermédiaire d'assurances (à l'exception des courtiers qui ne pratiquent que l'intermédiation en réassurance) est tenu de souscrire une garantie financière dès lors qu'il encaisse, même à titre occasionnel, des fonds destinés à être versés à une entreprise d'assurances ou aux assurés. Cette obligation ne s'applique toutefois pas dans le cas où l'intermédiaire dispose d'un mandat d'encaissement et éventuellement de règlement des sinistres délivré par une entreprise d'assurances. Tout intermédiaire y est également tenu dès lors qu'il a lui-même recours à un mandataire chargé de transmettre ces fonds, sauf si ce mandataire justifie lui-même d'une garantie financière. Cette situation vise non seulement les personnes mandatées par un courtier mais aussi celles mandatées par un agent général d'assurances ou par un mandataire d'assurances. A contrario, cette obligation ne s'applique pas dans le cas où l'intermédiaire n'encaisse aucun fonds. Il convient d'entendre par encaissement le fait pour l'intermédiaire de recevoir des sommes à son nom et/ou de les faire transiter sur un compte à son nom.

22. La garantie financière ne peut résulter que d'un

engagement de caution délivré par une entreprise d'assurances ou un établissement de crédit et doit prévoir un montant de garantie au moins égal à 115 000 euros, sans être inférieur au double du montant moyen mensuel des fonds encaissés par l'intermédiaire au cours des douze derniers mois précédant le mois de la souscription ou de la reconduction de l'engagement de caution.

23. On trouve sur le site Orias, en ce qui concerne les intermédiaires immatriculés en France (outre le numéro d'immatriculation de l'intermédiaire) :

- pour un intermédiaire personne physique les nom, prénom et l'adresse ;

- pour un intermédiaire personne morale, la dénomination et l'adresse ainsi que le nom de la personne physique à contacter ;

- la (ou les) catégorie(s) dans lesquelles l'intermédiaire est inscrit ;

- le caractère principal ou accessoire de l'activité d'intermédiation ;

- et dans ce dernier cas, la nature de l'activité principale, le cas échéant, la mention que l'intermédiaire n'est pas autorisé à encaisser de fonds, le cas échéant également, les États membres de l'UE ou parties à l'EEE dans lesquelles l'intermédiaire peut exercer son activité en libre établissement ou en libre prestation de services et le nom de l'autorité de contrôle (Acam).

24. Des sanctions de nature disciplinaire et pénale peuvent être prononcées à l'encontre des intermédiaires qui ne satisfont pas à l'obligation d'immatriculation ou aux conditions requises ainsi qu'à l'encontre des entreprises d'assurances qui recourent aux services d'intermédiaires non immatriculés.

LA DIRECTIVE MIF ET LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS FINANCIERS : ÉVOLUTION OU RÉVOLUTION ?

Alain Pithon

Délégué général adjoint, Conseiller du délégué général de l'AFG ¹

La directive sur les marchés d'instruments financiers, la désormais célèbre MIF (ou MiFID pour les anglophones), est souvent présentée comme étant potentiellement à l'origine d'un nouveau big-bang sur les marchés financiers européens. Parmi les bouleversements introduits par ce texte applicable au 1er novembre 2007, la suppression de la règle de concentration des ordres permettant la concurrence entre les lieux d'exécution des ordres est souvent mise en avant. Mais la directive aura aussi un effet majeur sur la politique commerciale et l'organisation de la relation clients des prestataires de services d'investissement (PSI) : classification des clients, tests d'évaluation des connaissances et des objectifs d'investissement des clients (suitability test, appropriateness test), transparence des commissions, nouvelles exigences d'information des clients – y compris les clients potentiels... Non pas que l'intérêt d'une segmentation de la clientèle et la nécessité de bien informer ses clients soient une chose nouvelle pour les PSI, mais l'exigence de formalisation de la MIF et la recherche de transparence tous azimuts vont produire des effets majeurs sur les procédures, sur les systèmes d'information et, surtout, sur les comportements des acteurs – professionnels comme clients.

Les bouleversements induits par la MIF dans la relation clients

L'un des principes cardinaux de la MIF est l'obligation pour les prestataires de services d'investissement d'agir d'une manière honnête, équitable et professionnelle, qui serve au mieux les intérêts de leurs clients. Corrélativement, les PSI doivent donner à leurs clients, y compris potentiels, une information correcte, claire et non trompeuse.

Évidence, est-on tenté de se dire ! Si ce n'est que derrière ces formules banales sont définies un certain nombre d'exigences qui vont sensiblement modifier les procédures d'entrée en relation avec le client et de gestion de cette relation.

■ Une nouvelle segmentation de la clientèle

Le « profilage » de leur clientèle par les entreprises d'investissement, en particulier pour des raisons commerciales, n'est pas une nouveauté. D'ores et déjà, le législateur avait lui aussi été conduit à distinguer entre différents types de clients – notamment selon

leur expertise financière (cf. la notion d'investisseurs qualifiés que le Code monétaire et financier définit comme toute « *personne ou entité disposant des compétences et des moyens nécessaires pour appréhender les risques inhérents aux opérations sur instruments financiers* ») – et à poser le principe que les règles de bonne conduite devaient être appliquées en tenant compte de la compétence professionnelle du client.

Mais la MIF a en quelque sorte institutionnalisé la catégorisation des clients – même si cette classification reste assez rudimentaire par rapport à ce que peuvent être les besoins *marketing* des institutions financières – en définissant trois catégories :

- le client de détail que la directive définit comme le client qui n'est pas professionnel !
- le client professionnel qui possède, quant à lui, « *l'expérience, les connaissances et la compétence nécessaires pour prendre ses propres décisions d'investissement et évaluer correctement les risques encourus* » (annexe II de la directive-cadre). Le texte distingue ensuite les clients professionnels par nature (institutions financières, grandes entreprises, gouvernements nationaux ou régionaux...) et ceux qui seraient traités comme tels à leur demande.
- la contrepartie éligible : notion que la directive ne définit pas directement mais qui se comprend comme un sous-ensemble des clients professionnels, classés dans cette catégorie particulière soit de manière automatique pour un service donné (l'exécution des ordres), soit de manière volontaire.

L'étendue des règles dites de bonne conduite (*i.e.* des règles qui ne portent pas sur l'organisation des PSI mais sur la façon dont ils fournissent les services d'investissement à leurs clients : transparence et justification des rémunérations, obligations d'information, évaluation du service à fournir, meilleure exécution des ordres des clients...) varie selon la catégorie : régime complet pour les clients non professionnels, régime allégé pour les clients professionnels, régime non applicable aux contreparties éligibles.

En outre, la directive prévoit la possibilité pour un client de changer de catégorie (et donc de niveau de protection, voire de grille tarifaire) : le client de

détail peut demander à être classé dans la catégorie « professionnels » et réciproquement ; la contrepartie éligible peut opter pour le régime du client professionnel, voire celui du non professionnel.

■ Les tests d'évaluation selon le service à fournir

Parmi les dispositions visant à garantir la protection des investisseurs, figure l'existence de tests dont le contenu varie selon le type de services d'investissement visé :

- lorsque le PSI fournit le service de conseil en investissement ou celui de gestion de portefeuille, il doit être en mesure d'apprécier les connaissances et l'expérience du client – y compris le client potentiel, en matière d'investissement – ainsi que sa situation financière et ses objectifs d'investissement afin de lui recommander les services ou produits qui lui conviennent (le *suitability test* pour les intimes de la MIF) ;
- pour les autres services d'investissement (par exemple la réception-transmission d'ordres pour des instruments financiers complexes), le test se limite à vérifier les connaissances et l'expérience du client, y compris potentiel, afin de déterminer si le service ou le produit envisagé convient (*appropriateness test*).

La portée de ces dispositions va très loin, aussi bien pour le prestataire, qui doit s'abstenir de fournir une recommandation s'il n'a pas l'ensemble des informations requises, que pour le client qui est supposé donner des « *informations pertinentes sur la source et l'importance de ses revenus réguliers [...] ainsi que sur ses engagements financiers réguliers* » !

■ Les rémunérations incitatives (*inducements*)

Cette logique de la transparence totale et de la protection absolue de l'investisseur trouve son *summum* dans les règles en matière d'*inducements*,

lesquelles consistent non pas tant à favoriser une baisse des coûts nets pour l'investisseur qu'à instituer une transparence de tous les flux financiers existant entre tous les acteurs de la chaîne de valeur (gérants, distributeurs, dépositaires...) – ces flux indirects étant supposés biaiser le service fourni au client.

La machine « mifienne » s'est d'ailleurs à un moment tellement emballée que d'aucuns prétendaient interdire la rémunération indirecte des distributeurs (en particulier les réseaux bancaires) par les producteurs d'instruments financiers (les sociétés de gestion), les fameuses rétrocessions de commissions !

Revenu à davantage de réalisme, le dispositif tel qu'il semble interprété aujourd'hui par le Comité européen des régulateurs des marchés de valeurs mobilières (CESR, Committee of European Securities Regulators) consisterait pour ce type de commissions à :

- informer *ex ante* le client sur l'existence de ces rétrocessions et à lui donner un ordre de grandeur ;
- être en mesure de démontrer *ex post* qu'elles n'ont pas nui à l'intérêt du client (en conduisant par exemple le prestataire à privilégier systématiquement des produits dont le seul intérêt serait de lui apporter des rétrocessions plus élevées).

Le degré de finesse de cette transparence tout comme le niveau d'exigence sur les contrôles *a posteriori* qui auront lieu ne sont pas encore fixés. Mais, régulateurs comme professionnels s'accordent à reconnaître que le vrai critère ne sera pas le volume d'informations communiquées mais leur pertinence par rapport à l'objectif de protection réelle de l'investisseur. Reste une inquiétude majeure sur la tentation de certains d'interdire malgré tout un type de rétrocession, à savoir celui dont bénéficient les sociétés de gestion lorsqu'elles placent dans les mandats des instruments financiers acquis auprès d'autres prestataires.

On pourrait continuer à développer les exigences nouvelles ou renforcées, introduites par la MIF sur de nombreux points, par exemple :

- dans le cadre de la gestion de portefeuille, la fourniture

au client d'une méthode appropriée d'appréciation et de comparaison du service fourni afin de lui permettre d'apprécier la performance du prestataire ;

- concernant le contenu des documents commerciaux à destination des clients de détail, des règles plus strictes sur la présentation et la simulation des performances passées.

Mais il faut d'ores et déjà se demander si la pureté de ce modèle « mifien » résistera à l'épreuve des faits :

- La classification des clients conservera-t-elle tout son sens dès lors que certains clients pourront imposer à leurs prestataires, par voie contractuelle, de conserver la grille tarifaire correspondant à un degré de protection moindre tout en bénéficiant du *reporting* correspondant à la catégorie supposée mieux protégée ?

- Les PSI ne seront-ils pas tentés de regrouper les tests d'évaluation en se calant sur le contenu du test censé être le plus exigeant mais aussi de restreindre les possibilités de changement de classification ?

- Les règles en matière d'*inducements* ne vont-elles pas conduire, paradoxalement, à freiner le développement de l'architecture ouverte ?

À ces questions sur l'effet réel de ces mesures pour l'investisseur, doit s'ajouter celle tout aussi essentielle pour le développement des marchés financiers européens et dont les différents régulateurs mesurent progressivement le risque : celui de l'équité concurrentielle (*level playing field*) entre produits et entre services.

Un impact à géométrie variable dans la distribution des produits d'épargne

Le caractère transversal de la MIF – qui cherche à « offrir aux investisseurs un niveau élevé de protection » et qui appréhende les services et les instruments davantage que les acteurs – conduit inévitablement à des interactions avec

d'autres corps de règles. L'exemple le plus frappant concerne les OPCVM (Organismes de placement collectif en valeurs mobilières).

La directive-cadre du 21 avril 2004 exonère en son article 2 les organismes de placement collectif et les fonds de retraite, qu'ils soient ou non coordonnés au niveau communautaire, ainsi que les dépositaires et gestionnaires de ces organismes – exonération justifiée par le fait qu'ils sont « *soumis à une réglementation spécifique directement adaptée à leurs activités* » (considérant 15). Cependant, les parts d'organismes de placement collectif sont explicitement incluses dans la liste des instruments financiers (annexe 1 de la directive-cadre).

L'effet le plus perturbateur de cette articulation incertaine entre la directive MIF et la directive OPCVM se trouve dans la vente des OPCVM. La souscription-rachat de parts et actions d'OPCVM se trouve qualifiée, par des interprétations officieuses de la Commission européenne, de réception-transmission d'ordres (RTO) qui est l'un des services d'investissement couverts par la MIF. De plus, l'Autorité des marchés financiers (AMF), lors de la phase de transposition de la directive dans son Règlement général, a pratiqué le *gold-plating* (i.e. la surréglementation par rapport au texte de la directive) en imposant à la gestion d'OPCVM ainsi qu'à la gestion des tout nouveaux OPCI (Organismes de placement collectif immobilier) nombre de règles d'organisation et de bonne conduite prévues par la MIF. Cette accumulation de règles et de procédures sur la gestion collective se traduit par l'application théorique, voire contre-productive, de certains mécanismes de la MIF. Que signifie par exemple la « *meilleure exécution* » des ordres des clients s'agissant d'un OPCVM puisque le distributeur ne peut arbitrer sur le prix entendu comme la valeur liquidative du fonds ?

La multiplication de règles parfois inappropriées, pesant sur la gestion collective et la gestion sous mandat, pourrait ainsi perturber voire pénaliser la distribution de ces produits et services par rapport à d'autres instruments financiers, non couverts par la MIF, ou plus difficilement « encadrables » (par exemple les *notes* ou les certificats).

Dans ce grand chambardement, le monde de l'assurance paraît totalement préservé. L'article 2 précité de la directive-cadre indique en effet que le texte ne s'applique pas aux entreprises d'assurances ni aux entreprises exerçant les activités de réassurance et de rétrocession. La justification de cette exemption en est apportée dans son considérant 10 qui souligne qu'il y a lieu d'exclure les entreprises d'assurances dont les activités font l'objet d'une surveillance appropriée par les autorités compétentes en matière de contrôle prudentiel – le reste du texte mentionnant les directives applicables au secteur de l'assurance. De plus, les produits d'assurance vie ne sont pas mentionnés parmi les instruments financiers couverts par la directive.

Mais le souci de réguler de manière harmonisée la distribution de l'ensemble des instruments d'épargne pourrait-il conduire à une « mifidisation » du secteur de l'assurance ?

Sans subir ce qui s'applique aux métiers de la gestion, le secteur de l'assurance pourrait ne pas échapper totalement à des questions de *cross-regulation*. L'assurance pourrait-elle ainsi se retrouver « rattrapée » par la MIF, *via* certains services d'investissement relevant de cette directive (par exemple, le conseil en investissement portant sur des unités de compte dans des contrats d'assurance vie) ou *via* des prestataires de services d'investissement couverts par la MIF et avec lesquels des entreprises d'assurances auraient des accords de distribution ?

Retenons que, à ce stade, dans son Livre blanc du 15 novembre 2006 sur l'amélioration du cadre régissant le marché unique des fonds d'investissement, la Commission européenne a clairement écarté l'extension de la réglementation OPCVM à tous les instruments d'épargne à long terme, estimant en revanche « *devoir s'engager en permanence sur le plan réglementaire pour garantir que tous les produits d'investissement en vente soient soumis à des règles claires qui protègent les investisseurs contre les frais excessifs ou les ventes abusives* ».

Dans son Livre vert du 30 avril 2007 sur les services financiers de détail dans le marché unique, la

Commission prend également soin, dans la déclinaison de ses différents objectifs ou initiatives en la matière, de distinguer par type de services ou d'instruments financiers (cartes de paiement, comptes bancaires, assurance, crédit hypothécaire, fonds d'investissement...). Elle relève tout de même un certain nombre de thématiques transversales aux différents domaines financiers :

- développement d'un marché efficient en matière d'instruments d'épargne à long terme et de retraite (une étude étant prévue pour fin 2007 sur l'éventail des produits disponibles et leurs canaux de distribution) ;
- caractère approprié et cohérence des obligations en matière d'information des clients (avec là encore, une étude transsectorielle programmée pour 2008) ;
- attention accrue au rôle des intermédiaires financiers et à la notion de conseil en investissement...

Au plan national, le constat de conditions inégales de concurrence entre produits, entre acteurs et entre canaux de distribution, a été fait dans le rapport relatif à la commercialisation des produits financiers présenté par Jacques Delmas-Marsalet en novembre 2005. Ses préconisations allaient de fait dans le sens d'une plus grande transversalité des règles de commercialisation, qu'il s'agisse de la pertinence de l'information précontractuelle, du profilage des investisseurs, du ciblage de la commercialisation dans les réseaux ou de la portée de l'obligation de conseil.

Dès lors, comment concevoir l'application raisonnable du principe d'une meilleure régulation « à activité équivalente, régulation équivalente » ? Une harmonisation de tous les textes applicables à la distribution de produits d'épargne, et donc une fusion des régulateurs, ne paraît pas le scénario le plus réaliste, ni le plus souhaitable à court terme, même si deux pays voisins, et non des moindres (le Royaume-Uni et l'Allemagne), semblent avoir déjà franchi le pas. Le débat est du reste moins vif en France qu'ailleurs car le secteur de l'assurance de personnes est déjà fortement régulé et soumis à des contraintes spécifiques.

Pour conclure

En tout état de cause, pour les produits et métiers de la gestion, une sortie par le haut, sans pénaliser les salles de marché ou, éventuellement, le secteur de l'assurance, pourrait consister à adopter un statut de fonds européens pour le capital-investissement, les investissements immobiliers et d'infrastructures, ainsi que les fonds alternatifs. Ce faisant, nos régulateurs redonneraient à la place de Paris un atout de compétitivité face aux places financières concurrentes.

Note

1. *Association française de la gestion financière*

3.

L'assurance en ébullition ?

■ Philippe Trainar
Introduction

■ Denis Kessler
L'énigme de l'assurance dépendance

■ Nicolas Gusdorf
Les services, relais de croissance de l'assurance

■ Pierre-Yves Geoffard
La concurrence, c'est l'innovation ?

■ Gilles Johanet
Assurance santé et innovations

■ Marianne Binst
Innovation en assurance santé : un nouveau souffle

■ Jean-Christophe Ménioux
La révolution de la titrisation en assurance

■ Yann Le Pallec
L'innovation financière renouvelle-t-elle l'assurance ?

INTRODUCTION

Philippe Trainar

Chief Economist, Scor

Les travaux empiriques sur le sujet montrent que l'apport principal de la concurrence à l'économie réside dans l'innovation qu'elle favorise et stimule¹. Cependant, nombreux sont ceux qui pensent que l'assurance ferait exception à ce constat. Pour eux, l'assurance serait un secteur quelque peu vieillot, à l'écart des grands mouvements qui traversent nos sociétés, à la traîne des politiques publiques, de sécurité sociale et d'assurances obligatoires, sans lesquelles elle serait incapable de s'imposer. Les produits qu'elle offre seraient assez largement traditionnels et sans attrait... à la mesure de la discrétion qu'affectionne ce secteur. Il est vrai que l'assurance au tiers, la multirisque habitation, la décennale, l'assurance vie ou l'assurance prévoyance peuvent sembler faire pâle figure comparées aux produits sophistiqués de la finance, des biotechnologies ou des nouvelles technologies de l'information.

Ce sentiment résulte toutefois d'un contresens fondamental. L'innovation en assurance est multidimensionnelle quand elle est unidimensionnelle dans la plupart des autres secteurs auxquels on compare l'assurance. Dans les autres secteurs, l'innovation porte en effet sur des produits qui soit résultent d'importantes percées scientifiques, à l'instar des produits dérivés, soit apportent des services aux potentialités nouvelles immédiatement perceptibles, à l'instar des ordinateurs. Il est clair qu'un contrat retraite n'a pas l'attrait de la nouveauté que peuvent avoir les produits dérivés ou les ordinateurs. En fait, l'innovation en assurance n'a rien de spectaculaire et pourtant elle est tout aussi présente que dans les autres secteurs.

L'innovation en assurance porte sur les quatre dimensions principales suivantes : la définition de

cercles de mutualisation efficaces, de couvertures attractives, de canaux de distribution pertinents et d'instruments de gestion financière optimaux. Ce faisant, l'assurance illustre le fait que l'innovation n'est pas circonscrite aux aspects les plus spectaculaires auxquels l'opinion publique est sensible. Si cela est particulièrement visible en assurance, c'est aussi vrai – quoique moins perceptible – dans les autres secteurs.

La mutualisation du risque est le service rendu par l'assureur à ses clients. Il est clair qu'elle n'est pas un service tangible comme un repas servi au restaurant, d'autant que la majorité des clients n'en verront en général pas la couleur dans la mesure où ils seront peu nombreux à être affectés par un sinistre couvert dans le contrat d'assurance et donc à bénéficier d'une indemnisation. De fait, le génie de l'assurance ne réside pas dans l'indemnisation mais dans la création d'un cercle de mutualisation entre différents clients. Plus ce cercle est large et diversifié, plus le prix du risque est réduit. L'innovation en assurance consiste donc, d'abord et avant tout, à créer un cercle de mutualisation optimal. Il faut souligner que la création d'un cercle de mutualisation va bien au-delà de la création d'une clientèle. Certes, le cercle de mutualisation correspond bien à une clientèle mais il correspond aussi et surtout à une sorte de « communauté de destins » ciblée sur un ou plusieurs risques durant la période du contrat. Et c'est la création de cette « communauté de destins » qui fait l'originalité de l'assurance, c'est sur elle que porte une très grande partie de l'effort d'innovation de l'assurance, effort d'innovation dont il faut souligner qu'il est très largement collectif.

L'assurance est aussi innovante en matière de produits, c'est-à-dire de couverture des risques.

Non seulement elle crée de nouveaux produits, à l'instar de la garantie des accidents de la vie introduite sur le marché au début des années 2000, mais elle adapte et fait évoluer des produits existants, comme par exemple les couvertures contre les attentats terroristes ou contre les sinistres environnementaux et les couvertures de la responsabilité qui ont connu une véritable explosion au cours des quinze dernières années. Mais, là encore, ces innovations ne sont pas spectaculaires : créer un produit d'assurance vie simple et aisément intelligible par tous les Français ne provoque pas l'enthousiasme des médias mais change la vie des ménages. On notera, en outre, que bon nombre de produits d'assurance font appel aux techniques quantitatives les plus sophistiquées comme les simulations Monte-Carlo ou les copules et qu'ils ont conduit l'assurance à devancer de nombreuses innovations financières. Ainsi, la théorie des options a-t-elle été anticipée par Dormoy et Bachelier dans des publications destinées aux assureurs qui s'intéressaient à la valorisation des contrats d'assurance vie. Plus fondamentalement, l'innovation en assurance produit porte de plus en plus sur les services associés au contrat d'assurance permettant de résoudre les problèmes matériels liés aux sinistres couverts, à l'instar de l'assistance médicale.

L'assurance est créative en matière d'organisation. Elle est probablement l'un des secteurs où se côtoient les canaux de distribution les plus divers : agents, courtiers, salariés, volontaires, internet. À l'intérieur des sociétés d'assurances elles-mêmes, différents canaux de distribution peuvent subsister ensemble. Contrairement à une idée répandue, le paysage est loin d'être figé en la matière. Naturellement, les redéploiements entre les grands canaux de distribution, voire l'émergence de nouveaux canaux de distribution, sont souvent liés à l'émergence de nouveaux produits. La percée extraordinaire de l'assurance vie en France a ainsi été liée au dynamisme des réseaux salariés des banques. La restructuration internationale du courtage ne peut être dissociée de l'explosion de la responsabilité des entreprises. Et, dernier né des canaux de distribution, la microassurance répond aux besoins spécifiques de pénétration des pays en voie de

développement ou émergents. En revanche, Internet tarde à acquérir non seulement une place au sein des stratégies commerciales des entreprises d'assurances mais aussi une identité, signe que ce canal de distribution n'est probablement pas encore totalement mûr.

L'assurance est aussi innovante en matière de gestion financière, et cela même si la banque lui a quelque peu volé la vedette dans ce domaine. D'une part, l'assurance a développé une gestion d'actifs particulière, adaptée à l'horizon de ses engagements. C'est elle, dans le cadre de la réforme Solvabilité II – et non la banque dans le cadre de Bâle II – qui a souligné la place particulière que devaient avoir les actions dans le portefeuille des investisseurs longs. D'autre part, l'assurance a développé des instruments de gestion actif/passif beaucoup plus sophistiqués même s'ils sont moins connus que ceux de la banque. Les modèles internes des assureurs intègrent des dimensions beaucoup plus diverses et complètes du risque que les modèles internes des banques, avec notamment des interdépendances beaucoup plus complexes entre l'actif et le passif. Les techniques de couverture des risques sont elles-mêmes bien plus sophistiquées en assurance qu'en banque, en raison tant de la diversité de nature des risques que de leur horizon long.

Les différentes contributions rassemblées dans ce dossier présentent une illustration et défense de l'innovation dans l'assurance. Elles sont centrées sur les défis les plus récents de l'assurance qui sont ceux de la dépendance, de la santé, du service à l'assuré et de la finance d'assurance.

Denis Kessler illustre dans une contribution sur l'assurance dépendance la capacité des assureurs à innover pour répondre aux besoins émergents liés, en l'occurrence les besoins attachés aux évolutions démographiques que connaissent les sociétés contemporaines. Il montre que, pour les risques longs de cette nature, une analyse technique, économique et commerciale très précise est nécessaire pour lancer des produits susceptibles de couvrir durablement et efficacement ces risques. Il oppose la réussite française

au semi-échec américain et souligne fort opportunément que la complexité n'est pas nécessairement un gage de succès quand elle est toujours un gage de coût.

Nicolas Gusdorf montre que l'assurance, à côté de la création de nouvelles couvertures, doit aussi proposer des services associés aux contrats d'assurance. De fait, en cas de sinistre, les assurés ne souhaitent plus seulement être indemnisés mais aussi être rétablis dans leur situation. Ils attendent un service en nature à côté de la prestation en espèces de l'assureur. D'où le succès de l'assistance médicale, de l'assistance aux véhicules, de l'assistance à domicile (notamment en liaison avec la dépendance), des informations pratiques, de la téléalarme des personnes et des biens... tous services qui font eux aussi l'objet d'innovations.

Pierre-Yves Geoffard estime que la santé comporte un potentiel d'innovation assurantielle important, tant en raison de la nature du risque, qui est multiple, en constante évolution et marquée par une forte asymétrie d'information. En même temps, les particularités institutionnelles de ce secteur, où se côtoient un système de sécurité sociale et une couverture privée assurantielle, surdéterminent les possibilités d'innovation. Elles soulignent qu'une organisation concurrentielle de l'assurance maladie, associée à une régulation adéquate, est probablement la mieux adaptée pour favoriser l'émergence d'idées nouvelles et de l'innovation.

Gilles Johanet se place au cœur du système d'assurance maladie français pour montrer que l'imbrication étroite de l'État, en tant qu'assureur primaire et régulateur de la solvabilité, et du marché, en tant qu'assureur complémentaire et cogestionnaire du système, impose aux assureurs des innovations multi-dimensionnelles : institutionnelles dans le cadre d'un partenariat à instaurer avec les pouvoirs publics, commerciales afin d'étendre son offre à des services médicalisés, économiques en vue d'améliorer les performances de gestion. L'assurance, qui est au seuil d'un changement de dimension, doit relever tous ces défis.

Marianne Binst part du constat que l'assurance maladie a souffert, en tant qu'assurance complémentaire, de son positionnement de simple « suiveur » du régime obligatoire de sécurité sociale. Dans le prolongement du débat sur l'ouverture de la Sécurité sociale à la concurrence, la prise en compte de ces besoins du consommateur par les assureurs est devenu le moteur de l'innovation en assurance santé, dans le cadre notamment de l'offre de services d'assistance. Mais, pour accélérer ce mouvement d'innovation, l'assurance maladie aurait besoin de l'ouverture de l'ensemble du secteur à la concurrence.

Jean-Christophe Ménioux considère que la titrisation introduit une véritable révolution dans l'assurance. Elle substitue au modèle traditionnel de portage indifférencié des risques jusqu'à l'extinction des garanties, un modèle d'intermédiation où l'assureur souscrit les risques, les mutualise puis en transfère la charge aux marchés financiers. L'application de la titrisation à la (ré)assurance suppose des adaptations importantes, tant légales et réglementaires que financières et commerciales. Elle permet d'optimiser le partage de la charge des risques souscrits entre assureurs, réassureurs et marchés financiers.

Yann Le Pallec s'interroge sur l'ampleur de cette révolution de la titrisation et notamment sur son caractère durable ou simplement conjoncturel, lié à l'appétit conjoncturel des marchés pour le risque. De ce point de vue, il différencie les opérations comme les *side-cars* qui présentent un caractère opportuniste par opposition aux autres opérations comme les *cat mortality bonds* qui se développent continûment et qui apportent aux (ré)assureurs un supplément de flexibilité financière. Ces opérations leur permettent notamment d'améliorer leur structure bilancielle. La réforme Solvabilité II devrait en faciliter le développement.

Note

1. Cf. Ph. Aghion et R. Griffith, *Competition and Growth : Reconciling Theory and Evidence*, MIT Press, 2005.

L'ÉNIGME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Denis Kessler

Président Directeur Général de Scor

Cicéron, dans le « Cato Maior de Senectute », fait dire à Caton que « le gâtisme et la perte de mémoire sont des défauts qu'il ne faut pas imputer à la vieillesse proprement dite mais à une vieillesse paresseuse, indolente et engourdie, propre aux vieillards inconséquents ». Nos arrière-grands-parents n'auraient probablement pas tenu des propos très différents. Lorsqu'on considère l'actualité prise par la question de la dépendance dans les sociétés contemporaines, on mesure toute la distance parcourue par les conceptions sociales sur le sujet depuis un siècle. Si l'on suit Cicéron, la dépendance ne serait le résultat que d'un comportement indolent qui ne pourrait, par définition, pas faire l'objet d'une couverture d'assurance. En fait, la médecine nous a appris que la dépendance n'était que partiellement la conséquence d'un choix de mode de vie, et le plus souvent d'un choix fait plus jeune, et que les déterminants génétiques ainsi que les accidents de la vie y avaient une part importante. La dépendance résulte donc d'aléas sur lesquels nous avons finalement peu de maîtrise. Elle peut donc faire l'objet d'une couverture d'assurance par les mécanismes de marché traditionnels. L'aléa moral n'a pas pour autant disparu en matière de dépendance, il s'est simplement déplacé et demeure structurant pour la conception des produits.

Existence d'un marché d'assurance pour la dépendance

Cest un constat de fait : il existe un marché pour la couverture de la dépendance. Le premier marché mondial est le marché américain avec plus de 6 millions d'assurés et 25 ans d'expérience mais une contraction continue du marché au rythme de 10 % par an. Le second marché mondial se situe en Europe ; c'est le marché français avec près de 3 millions d'assurés, 20 ans d'expérience et une croissance de 15 % par an.

De façon intéressante, ces deux marchés *leaders* se sont calés sur deux modèles différents de couverture du risque de dépendance (L. Taleyson, 2003) :

- aux États-Unis, les contrats d'assurance dépendance (*Long Term Care Insurance*) sont en général individuels et prévoient le remboursement des frais d'assistance et de soins dans la limite d'un certain plafond, avec de multiples options ; ce sont des produits qui participent de la philosophie des produits de santé ; ils sont distribués par des réseaux d'agents ; ils bénéficient d'un avantage fiscal ;

- en France, les contrats d'assurance dépendance sont individuels ou collectifs et prévoient le versement d'une indemnité forfaitaire, sous forme de rente mensuelle, éventuellement proportionnée au degré de dépendance et ajustée en fonction de l'évolution

de celle-ci dans la dernière génération de contrats ; ce sont des produits qui participent de la philosophie des produits d'invalidité ; ils sont distribués par des réseaux de vente directe ; ils ne bénéficient pas d'avantage fiscal.

Dans les autres pays, le marché privé de la dépendance reste très étroit, avec des tendances très différentes : en croissance rapide dans certains pays (cf. Espagne, Italie, Corée du Sud), stagnante dans d'autres (cf. Allemagne, Royaume-Uni, pays nordiques). Il ne faut pas y voir un indice de la difficulté qu'aurait le marché à couvrir ce type de risque. De fait, le marché y a été évincé par une offre publique agressive, dont la soutenabilité à plus long terme est toutefois menacée par l'insuffisante sélectivité des dispositifs mis en place ainsi que par la crise plus large de l'État providence. Quant aux difficultés du marché américain, ils peuvent s'expliquer, en partie au moins, par le dynamisme du système public de *Medicaid* (J.R. Brown, N.B. Coe, A. Finkelstein, 2006 ; J.R. Brown, A. Finkelstein, 2004). On notera que dans un pays comme la France, où l'aide publique n'a pas été en mesure d'évincer l'offre de marché, le nombre d'assurés (environ 3 millions) est sensiblement supérieur au nombre de bénéficiaires de l'aide publique (environ 1 million).

Il est clair que la demande d'assurance dépendance est aussi liée aux comportements patrimoniaux des agents, notamment aux comportements en matière d'héritage. Les aléas de l'aide publique en matière de dépendance sont là pour nous le rappeler. Dans un pays comme la France, tant que cette aide a été

associée à une capacité de récupération de la collectivité sur la succession des personnes dépendantes, celles-ci ont été réticentes à y recourir afin de préserver leur capacité à transmettre un héritage à leurs proches. De ce point de vue, un mécanisme assurantiel présente l'intérêt de préserver cette capacité chez les personnes dépendantes.

Nature de la dépendance

Tout d'abord, la dépendance doit être soigneusement distinguée de la maladie, de l'invalidité et du handicap, sans que pour autant ces quatre notions soient totalement indépendantes l'une de l'autre :

- la dépendance renvoie à une incapacité à effectuer certains des gestes les plus élémentaires de la vie quotidienne suite au vieillissement (se lever, s'habiller, se laver, se nourrir, marcher, etc.) et à un besoin d'assistance pour effectuer ces gestes ;
- la maladie renvoie à une situation de mal-être objectif temporaire (fièvre, dépression, etc.) et à un besoin de soins thérapeutiques (consultation médicale, médicaments, intervention chirurgicale, etc.) ;
- l'invalidité renvoie à une réduction de la capacité à avoir une activité normale suite à un accident ou à une maladie, elle ne renvoie pas nécessairement à un besoin d'assistance ;
- le handicap renvoie à une limitation physique ou psychique dans l'accomplissement d'une activité normale et peut être associé à un besoin d'assistance.

Échelle de Katz (utilisée partout dans le monde)		Grille AGGIR <i>i.e.</i> Groupes Iso-Ressources (utilisée par les pouvoirs publics et certains assureurs français)
Actes de la vie quotidienne (AVQ) (utilisée par les assureurs français)	Activities of Daily Life (utilisée par les assureurs américains)	
faire sa toilette	se laver	confiné + fonctions intellectuelles très atteintes
s'habiller	s'habiller	confiné ou altération fonctions mentales
se déplacer	se mouvoir	aide plusieurs fois par jour pour AVQ
s'alimenter	faire sa toilette	dépendance pour plus d'un AVQ
	s'alimenter	aide ponctuelle pour toilette et domestique
	se contrôler	autonome
dépendance = ne pas pouvoir effectuer 2 des 4 actes sans l'aide d'une tierce personne	dépendance = ne pas pouvoir effectuer 2 des 6 actes sans l'aide d'une tierce personne	dépendance = appartenance à l'un des 4 premiers groupes

Trois grilles d'analyses principales proposent aujourd'hui une mesure, qui se veut objective, de la dépendance. Elles sont reprises dans le tableau p. 61 qui fait assez clairement ressortir leur convergence.

On peut donc en conclure qu'il y a apparemment consensus sur ce que recouvre la dépendance que les assureurs devraient couvrir. Les causes matérielles de l'entrée en dépendance sont elles-mêmes standards : les maladies neuropsychiatriques arrivent en premier (25 à 50 % des cas) suivies des cancers (15 à 30 % des cas), des pathologies cardio-vasculaires (15 à 30 % des cas), des autres pathologies neuropsychiatriques (10 à 20 % des cas), de la rhumatologie (2 à 10 % des cas), des accidents (5 à 10 % des cas) et des pathologies ophtalmiques (1 à 3 % des cas).

Nature du risque de dépendance pour l'assureur

L'assurabilité d'un risque dépend tout autant de la nature du risque qui est transféré à la charge de l'assureur que de sa capacité à tarifier correctement ce risque.

Matériellement, les perspectives de la dépendance résultent de la combinaison de plusieurs facteurs aléatoires : la durée de vie, la durée de vie indépendant, la durée de vie en situation de dépendance, la possibilité d'être aidé par un proche (où la survie du conjoint joue un rôle prépondérant) et l'existence d'un système public d'aide aux personnes dépendantes (D. Lakdawalla, T. Philipson, 2002). Mais, plus fondamentalement, on peut considérer que la dépendance comporte trois risques majeurs pour l'assureur qui déterminent son assurabilité.

En premier lieu, elle comporte un risque de dérive. Selon certains experts, l'allongement de la durée de la vie irait de pair avec un allongement de la durée de vie avec incapacité, *i.e.* en situation de dépendance partielle ou totale. La dépendance serait un risque émergent dont le coût total aurait tendance à croître plus vite que la richesse nationale. Cela poserait naturellement un problème de tarification

dans la mesure où la tendance sous-jacente serait encore mal connue, les assurés étant eux-mêmes enclins à en sous-estimer l'impact. Le risque serait donc que les courbes d'offre et de demande pour les produits dépendance ne se croisent en un point où l'offre serait très étroite, voire inexistante. Les travaux menés à partir du croisement de plusieurs sources statistiques françaises par les instituts de recherche Ined et Inserm montrent toutefois que cette crainte n'est pas avérée et que nous ne sommes pas en présence d'une pandémie des incapacités, notamment des incapacités sévères. On constate en effet que, sur les vingt/vingt-cinq dernières années, l'espérance de vie sans incapacité a continué d'augmenter. Cela est toutefois plus net pour l'espérance de vie sans incapacité sévère que pour l'espérance de vie sans incapacité fonctionnelle courante, pour les hommes que pour les femmes, pour les moins âgés que pour les très âgés (E. Cambois, A. Clavel, J.M. Robine, 2006). Même constat au niveau international : il y a autant de pays où le nombre de personnes âgées dépendantes croît plus vite que le nombre de personnes âgées – cf. Belgique, Japon, Suède – que de pays où il croît moins vite – cf. Italie, France, USA – (G. Lafortune, G. Balestat, 2007 ; S. Jacobzone, 2000). Les travaux sur les liens entre mode de vie et dépendance pourraient aussi, à terme, modifier assez sensiblement les tendances observées dans le passé dès lors qu'ils permettraient de mettre au point des pratiques de prévention efficaces.

En second lieu, un risque pour l'assureur est celui de l'antisélection. Ne souscriraient aux contrats dépendance que des personnes qui savent qu'elles ont un risque de dépendance élevé. On constate ainsi que les personnes qui souscrivent un contrat d'assurance dépendance ont une probabilité d'être dépendantes significativement plus forte que celles qui n'en souscrivent pas (A. Finkelstein ; K. McGarry, 2003) et que les personnes qui ne renouvellent pas leur contrat d'assurance dépendance ont une probabilité d'être dépendantes significativement plus faible que celles qui renouvellent leurs contrats (A. Finkelstein, K. McGarry, A. Sufi, 2005). On retrouve ici un risque classique de l'assurance maladie, qui doit être traité dans les mêmes conditions que celui-ci.

Enfin, le troisième risque pour l'assureur est celui de l'aléa moral. En matière de dépendance, l'aléa moral est moins lié au comportement de l'assuré qu'à l'environnement social. Comme on l'a vu, la perception de la dépendance comme un risque est très récente. Elle est moins liée à l'enrichissement de la société qu'à l'exode rural et la volonté d'autonomie des parents comme des enfants, avec pour conséquence que les parents âgés vivent de moins en moins souvent sous le même toit que leurs enfants. Certes, cette évolution touche à son terme, mais elle souligne combien la notion de dépendance est déterminée par la perception sociale que l'on en a. Or, cette perception sociale n'a aucune raison de se stabiliser au cours des prochaines années. Elle aura d'autant moins tendance à se stabiliser que les critères de la dépendance sont relativement flous et susceptibles d'une dérive des interprétations en fonction du « climat » social : demain, on considérera peut-être qu'avoir des difficultés à prendre un bain définit une incapacité à faire sa toilette, etc. La dérive importante des allocations au bénéfice des handicapés, qui connaissent encore aujourd'hui dans les pays développés des croissances à deux chiffres sans relation avec l'état de santé réel des populations concernées, constitue une bonne illustration de ce qui pourrait se passer à l'avenir sur la dépendance. Et, si ce risque n'a pas eu tendance à se matérialiser pour la dépendance, c'est bien parce que l'enjeu était mince jusqu'à présent. Dès lors que la dépendance devient un enjeu de société, que des droits lui sont dédiés, etc., il est clair que le risque de dérive *ex post* du contenu des contrats d'assurance dépendance signés plusieurs années auparavant, notamment à travers les décisions de justice, devient réel et cela à trois niveaux :

- au niveau du seuil à partir duquel on est considéré comme dépendant ;
- au niveau de l'appréciation de l'intensité de la dépendance ;
- au niveau de l'assistance jugée normale par rapport à un certain degré de dépendance.

Dans les cas où la pathologie n'est pas de nature physiologique (rhumatisme sévère, handicap physique, etc.), la mise au point de critères

neuropsychiatriques pourrait à terme réduire l'ampleur de cet aléa moral, car elle permettrait de relier une difficulté à effectuer un acte de la vie quotidienne à une donnée pathologique néanmoins objective.

Produits adaptés à ce risque

Pour réduire les risques d'antisélection en situation d'information imparfaite, la théorie économique nous apprend que le principal, ici l'assureur, doit :

- soit acquérir de l'information privée sur l'agent, ici l'assuré, de façon à pouvoir discriminer son tarif ;
- soit inciter l'agent à lui adresser lui-même un signal crédible sur sa qualité, sur la base duquel il sera possible de différencier le tarif ;
- soit, en application du théorème dit de « Stiglitz-Weiss », pratiquer un prix unique calculé de façon à ne pas dissuader les bons risques mais rationner en même temps la prise de risque global.

De fait, comme le montrent les expériences américaine et française, les assureurs recourent aux trois techniques en même temps. Un questionnaire médical permet de discriminer les risques aggravés auxquels est appliquée une surcotisation en fonction du pronostic à long terme de la pathologie, ainsi que les risques correspondant à une pathologie évolutive qui sont ajournés, ou répondant à une dépendance en cours de réalisation qui sont refusés. En outre, un âge limite de souscription est fixé, en général 75 ans en France. De plus, un délai de carence est imposé, typiquement un an en cas de dépendance suite à une maladie et trois ans en cas de maladie neuro-dégénérative en France. Enfin, les assureurs limitent leurs engagements globaux en matière de dépendance.

Le risque d'aléa moral, quant à lui, constitue probablement le grand défi de l'assurance dépendance. Les solutions classiques, recommandées par la théorie économique, que sont le partage du risque avec l'agent, les contrôles, la concurrence comparative, la souscription de contrats renouvelables et la fusion avec l'agent, sont soit peu efficaces (cf. contrôle), soit

difficilement praticables (cf. contrat renouvelable) dans le cas de dépendance. La théorie économique la plus récente développée par Laffont et Tirole (1993) démontre toutefois que, dans un cas de figure semblable, il est optimal pour le principal, en l'occurrence l'assureur, s'il ne veut pas être le « *residual claimant* », de recourir aux contrats de type « *fixed-price* » qui attribuent un montant forfaitaire à l'agent en laissant à celui-ci le soin d'effectuer les dépenses nécessaires, par rapport aux contrats de type « *cost-plus* », qui remboursent l'ensemble des coûts exposés par l'agent.

L'optimalité des contrats de type « *fixed-price* » a plusieurs conséquences pour la définition des contrats d'assurance dépendance et pour la définition du champ au sein duquel une concurrence efficace peut se développer entre les différents acteurs :

- elle conduit à privilégier les contrats à versement forfaitaire comme les contrats français, par rapport aux contrats à remboursement des dépenses d'assistance comme les contrats américains qui sont typiquement des contrats « *cost-plus* » ;
- pour ces produits forfaitaires, la concurrence et l'innovation doivent porter sur l'offre de produits qui allie meilleure maîtrise du risque et meilleure adaptation aux besoins des assurés :
- des produits « graduels », *i.e.* proportionnés au besoin d'assistance tel qu'on peut l'apprécier à partir du degré objectif de dépendance de l'assuré et non à partir de sa situation personnelle ;
- des produits « révisables », *i.e.* dont la cotisation ou la nature de la prestation peuvent être révisées selon des critères et des modalités définies dans les termes du contrat ;
- des produits « personnalisés » grâce à l'introduction d'une flexibilité accrue (versement en capital ou en rente) et d'éléments de conseil personnalisés (en matière d'équipement du logement, d'assistance psychologique, d'orientation médicale, etc.).

L'intérêt de ces produits est d'être simples et aisément compréhensibles par tous les assurés potentiels quand les multiples options des contrats qui prévoient le remboursement des frais d'assistance sont difficilement intelligibles car peu imaginables

par des clients qui sont, par définition, en bonne santé et totalement autonomes au moment où ils effectuent leur choix. De fait, comme le montre l'expérience allemande, lorsque le choix leur est ouvert, les assurés préfèrent une rente forfaitaire même si celle-ci est deux fois moins élevée que le plafond de remboursement des frais d'assistance. Les assurés plébiscitent donc la liberté dans la gestion de l'assistance.

En tout état de cause, l'expansion future du marché de la dépendance suppose un minimum de stabilité des produits offerts de façon à accumuler suffisamment d'expérience pour optimiser les tarifs des contrats. Ce minimum de stabilité qui a manqué au marché américain n'a pas peu contribué aux problèmes de celui-ci.

Pour conclure

L'assurance dépendance est donc un marché en pleine expansion qui présente un potentiel important pour peu que les pouvoirs publics n'aient pas préempté le marché et que les sociétés d'assurances sachent innover et dessiner une offre adaptée aux spécificités fortes de la demande. De fait, le marché de la dépendance est un marché complexe qui requiert des compétences techniques, de la rigueur, de la stabilité et un choix pertinent du couple produit/distribution.

Bibliographie

BROWN J. R. ; FINKELSTEIN A., « The Interaction of Public and Private Insurance : Medicaid and the Long-term Care Insurance Market », document de travail du NBER, n° 10 989, 2004.

BROWN J.R. ; COE N.B. ; FINKELSTEIN A., « Medicaid Crowd-out of Private Long-term Care Insurance Demand : Evidence from the Health and Retirement Survey », document de travail du NBER, n° 12 536, 2006.

CAMBOIS E. ; CLAVEL A. ; ROBINE J. M., « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Solidarité et Santé*, n° 2, 2006.

FINKELSTEIN A. ; MC GARRY K., « Private Information and its Effect on Market Equilibrium : Evidence from Long Term Care Insurance », document de travail du NBER, n° 9 957, 2003.

FINKELSTEIN A. ; MC GARRY K. ; SUFI A., « Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets : Evidence from Long Term Care Insurance », document de travail du NBER, n° 11 039, 2005.

JACOBZONE S., « Santé et vieillissement : les perspectives de

prise en charge de la dépendance », *Isuma*, vol. 1, n° 2, 2000.

LAFFONT JEAN-JACQUES ; TIROLE JEAN, *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press, 1993.

LAFORTUNE G. ; BALESTAT G., « Trends in Severe Disability Among Elderly People », OCDE, document de travail sur la santé, n° 26, 2007.

LAKDAWALLA D. ; PHILIPSON T., « The Rise in Old-Age Longevity and the Market for Long-Term care », *American Economic Review*, vol. 92, n° 1, 2002.

TALEYSON L., « L'assurance dépendance privée : comparaisons internationales », *Scor, Newsletters techniques Vie*, n° 9, 2003.

LES SERVICES, RELAIS DE CROISSANCE DE L'ASSURANCE

Nicolas Gusdorf

Directeur général de Mutuaide Assistance (Groupe Groupama)

Président du Syndicat national des sociétés d'assistance

Chacun connaît l'origine du métier de l'assurance, cette forme de solidarité mutualisée pour faire face aux aléas de la vie.

La transformation de la société et les évolutions technologiques du XX^e siècle ont amené les assureurs à créer sans cesse de nouveaux contrats d'assurance pour couvrir les nouveaux risques. Mais dans le même temps sur le plan des risques « courants », on a assisté à une relative banalisation des produits. D'abord complexes, les garanties se sont standardisées pour devenir peu à peu très semblables. Et les assureurs traditionnels se sont vus concurrencés par des distributeurs nouveaux – banques, grande distribution – qui ont trouvé en l'assurance des relais de croissance importants.

Ainsi, la problématique de l'innovation s'est posée aux sociétés d'assurances. En accord avec l'évolution d'une société aisée avide de confort, l'idée est née de proposer des services associés aux contrats d'assurance. Pour conserver ses assurés, mais aussi pour gagner de nouveaux clients, les services associés – nés au début des années 1960 – se sont imposés comme des compléments indispensables des garanties assurantielles.

La prestation en nature

Lors des moments-clés de sa vie, un assuré a besoin de s'adresser à son assureur. Celui-ci, conscient de son rôle matériel et psychologique à ces moments-là, a mis en place une gamme de services. Un sinistre qui endommage l'habitation était traditionnellement traité par l'envoi d'un chèque. Aujourd'hui, l'assureur propose le remplacement des meubles et matériels détruits par des objets identiques dans le cadre de la garantie

« rééquipement à neuf » des contrats multirisques habitation. Il peut aussi mettre à disposition de son assuré un réseau d'entreprises sélectionnées qui réparent les dégâts dans les meilleures conditions de délai, de qualité, de prix, et qui sont directement réglées par lui. De même, lors d'un accident, l'assureur va aujourd'hui au-delà de l'indemnisation classique : le véhicule est pris en charge à l'endroit désigné par l'assuré, transféré dans un garage agréé par l'entreprise d'assurances qui fournit un véhicule de remplacement pendant toute la durée des réparations, en attendant de livrer le véhicule réparé au domicile ou sur le lieu de travail du client.

■ L'assistance médicale

◆ Les années soixante : les débuts d'un nouveau métier

Une société d'assistance devait commencer par créer son réseau de prestataires capable d'intervenir en France et partout dans le monde. Un ou plusieurs collaborateurs portaient donc rendre visite à des petites entreprises, à des établissements hospitaliers, afin de sélectionner ceux dont les installations et le sérieux permettaient d'accueillir les clients de façon satisfaisante.

Pour ce qui concerne la France, les recherches portaient d'abord sur les métiers du transport : taxis, ambulances, remorqueurs étaient les premières cibles des assistants. Choisir les entreprises, vérifier leurs installations, l'état de leurs locaux, de leurs véhicules, leur disponibilité 24 h/24 et 7 jours/7, négocier ensuite des tarifications adaptées en contrepartie du volume d'activité fourni par l'assistant. Bref, il s'agissait de créer ce que l'on appellera plus tard des « réseaux d'intervenants ». Il fallait ensuite que le médecin de la société se charge de contrôler et de valider la capacité des centres médicaux à traiter des pathologies spécifiques : il devait trier les hôpitaux en fonction de la qualité des praticiens et de leurs aptitudes. À lui de savoir où se trouvaient les meilleurs spécialistes de cardiologie ou d'orthopédie et où il valait mieux ne pas hospitaliser telle ou telle pathologie. Ces recherches de prestataires ne devaient pas se limiter au territoire de la France. En effet, l'image de l'assistance s'était construite, depuis le début des années 1960, sur une capacité à intervenir aux quatre coins de la planète pour les voyageurs victimes d'accident ou de maladie.

Mais les pays étrangers ne connaissaient pas ce métier très français. Les démarches des assistants français n'en étaient donc pas simplifiées. En effet, les correspondants présélectionnés (les relais des sociétés d'assistance dans les pays étrangers) avaient le souci d'être rémunérés pour les services rendus et ils comprenaient mal comment des entreprises françaises avaient réussi à mettre sur pied des contrats qui ressemblaient beaucoup à leurs systèmes de secours

publics. Seules les premières interventions effectives leur apportaient la preuve de la réalité et de la qualité des procédures mises en œuvre.

◆ Les prestations de l'assistance médicale

Au fil des années, les contrats se sont enrichis et les prestations ont été de plus en plus variées : de l'image originelle de l'assistance – à savoir la capacité à envoyer un avion sanitaire au bout du monde pour rechercher un patient malade ou blessé –, on est passé à une gamme de plus en plus étendue de garanties. En effet, un individu voyageant rarement seul, son entourage exigeait d'être pris en charge en cas de problème. Ainsi, une multiplicité de services s'est créée autour du rapatriement proprement dit :

- la prise en charge des enfants mineurs accompagnant l'assuré au travers de l'hébergement dans un hôtel voisin de l'hôpital ou d'un rapatriement chez eux, accompagnés par une puéricultrice dûment sélectionnée.
- la prise en charge du séjour d'un proche au chevet de l'assuré pour lui permettre de retrouver rapidement un moral salvateur.
- l'avance et, si nécessaire, la prise en charge des frais médicaux exigés par l'hôpital pour soigner l'assuré. Cette garantie, créée à l'origine pour permettre l'accès au soin des patients dans les pays étrangers, n'a cessé de prendre de l'ampleur au fur et à mesure des dispositions économiques prises partout dans le monde pour rééquilibrer les comptes de la santé publique. Aujourd'hui, quels que soient les accords internationaux d'accès aux soins, les barèmes de remboursement sont si hétérogènes qu'un voyage sans assistance constitue une imprudence et un risque grave dès que survient une maladie ou un accident.
- les garanties d'aide juridique – assistance d'un avocat ou avance d'une caution pénale – qui conservent leur utilité compte tenu de la diversité des lois et règlements et donc du traitement des litiges pouvant survenir à l'étranger.

Avec ses caractéristiques, ce métier créé au début des années 1960 s'est révélé être un formidable observatoire des évolutions sociales et géopolitiques. C'est probablement la profession qui a suivi au plus près les changements de la société. C'est ainsi que

l'ouverture des frontières a gagné le monde des affaires et généré des besoins spécifiques.

Après s'être intéressée aux touristes en voyage de loisirs, l'assistance a créé des contrats pour les collaborateurs d'entreprises qui voyagent de façon ponctuelle ou qui sont envoyés en expatriation par leur employeur. Leurs besoins spécifiques d'assistance administrative, de secrétariat, d'interprétariat, de collaborateur de remplacement, sont satisfaits dans le cadre de contrats individuels ou de groupe.

■ L'assistance aux véhicules

Le développement de l'automobile a, quant à lui, entraîné une obligation d'assurance de responsabilité civile destinée à régler les problèmes d'accidents de la route. Mais rien n'était prévu pour secourir les conducteurs et les passagers en cas d'immobilisation du véhicule suite à une panne ou à un accident. C'est alors la profession de l'assistance qui a créé des contrats spécifiques pour couvrir des événements dont la fréquence était bien plus importante que les accidents, et aider les assureurs à se construire une image positive.

Du remorquage du véhicule dans un garage proche, les prestations ont évolué vers le dépannage sur place, bien plus pratique pour l'assuré, et vont même aujourd'hui jusqu'à organiser la réparation des véhicules concernés. Sans oublier, là encore, de prendre soin des passagers en leur proposant d'attendre confortablement la livraison de leur voiture réparée, ou d'être acheminés sur leur lieu de destination.

L'assisteuse matérialise ici le rôle de l'assureur en lui donnant une image concrète et efficace. Loin de la gestion de sinistre traditionnelle dont les aspects réglementaires ralentissent le traitement, la gestion d'un dossier d'assistance doit être rapide et privilégier l'aide ponctuelle et urgente dont l'assuré en situation de stress se souviendra lorsque le chant des sirènes d'un concurrent souhaitera l'attirer vers d'autres cieux. Assistance et assurance sont alors étroitement imbriquées au point que le consommateur ne fait plus la différence entre les opérateurs des prestations

dont il bénéficie. Et l'assureur en recueille tous les fruits. C'est pourquoi aujourd'hui, aucune société d'assurances ne se risque à proposer un contrat automobile sans assistance incluse.

■ L'assistance à domicile

Les évolutions sociétales ont bientôt amené un bouleversement des structures familiales : les familles traditionnelles se sont décomposées, puis recomposées, en créant au passage de nouvelles solitudes à toutes les époques de la vie, de l'aube au crépuscule. Avec un sens aigu de l'adaptation et de la réactivité, les assistants ont saisi l'occasion de proposer de nouveaux services à domicile à leurs assurés pour leurs risques « santé » ou « habitation » :

- services autour du confort au domicile en cas de retour de l'hôpital après une intervention chirurgicale par exemple – aide ménagère, livraison de médicaments, portage de repas ou soutien scolaire par un répétiteur dûment sélectionné – ;
- services autour du dépannage pour rendre moins aléatoire et plus rapide le recours à des artisans en cas de problème de serrurerie, vitrerie, plomberie ou électricité.

L'assisteuse joue alors pleinement son rôle de créateur et de gestionnaire de réseaux d'intervention à même de choisir, de contrôler et d'évaluer des professionnels en termes de qualité et de tarification de leurs travaux. Fini le hasard d'une recherche dans les pages jaunes impersonnelles d'un annuaire, fini le risque d'un chantier bâclé, oublié l'aléa d'un tarif « à la tête du client », la société d'assistance est garante du meilleur rapport qualité/prix pour chaque chantier. Son action fédère des corps de métiers et garantit leur professionnalisation en leur apportant des volumes d'affaires qu'ils n'auraient pas pu espérer par leur seul développement.

Quant à l'assureur, il trouve dans cette organisation le moyen d'apporter du confort à son assuré tout en diminuant ses coûts de sinistres.

Le plan gouvernemental de développement des services à la personne confirme d'ailleurs cette orientation qui permet à la fois d'améliorer le confort des citoyens et de créer des emplois durables.

■ Les informations pratiques

La complexification croissante des réglementations engendre des besoins d'information sur des sujets de plus en plus nombreux. Fortes de leurs équipes disponibles 24 h/24 et disposant de compétences variées, les sociétés d'assistance ont mis en place des contrats proposant la fourniture de renseignements par téléphone :

- conseil autour des voyages et des précautions à prendre pour prévenir les risques sanitaires (vaccins, alimentation, hygiène ...);
- conseil autour des formalités administratives à remplir pour partir en voyage, mais aussi dans le cadre de la vie quotidienne (le droit civil, le droit de la consommation...).

Il est intéressant de noter qu'à une époque où les sources d'information se sont multipliées, avec notamment l'accès *via* Internet à de nombreuses banques de données, le succès des services d'information des sociétés d'assistance ne se dément pas. Il faut y voir sans doute le reflet du besoin de communication que les technologies les plus modernes ne satisfont pas.

■ L'innovation en assistance

La créativité de l'assistance n'est pas encore aboutie car les besoins sont immenses et naissent au fur et à mesure que notre société apporte de nouveaux problèmes. Parmi les créations de services les plus récentes, deux exemples méritent de retenir l'attention :

- l'aide au retour à l'emploi, née avec l'explosion du chômage, permet aux salariés de bénéficier d'une expertise en ressources humaines qui délivre tous les conseils utiles pour traverser moins difficilement une période troublée. Utile pour le chômeur, la prestation l'est aussi pour les assureurs de crédits immobiliers par exemple, qui voient diminuer la durée d'indemnisation de leurs clients si ceux-ci retrouvent du travail plus vite.
- l'assistance psychologique en cas d'événement grave

tel qu'un accident, le décès d'un proche ou tout autre traumatisme personnel. À notre époque où l'on ne parle de communication que pour désigner ses médias les plus virtuels, le recours à cette prestation ne cesse de s'amplifier.

■ La téléalarme des personnes

Depuis une vingtaine d'années, s'est développé un service destiné à améliorer la sécurité des personnes âgées ou fragilisées. Le service proposé a pour objectif de leur permettre de vivre à leur domicile et non dans une maison de retraite ou à l'hôpital. Il est intégré dans des contrats d'assurance « santé » ou « dépendance ». Autour de chaque personne est constitué un réseau de voisins, volontaires pour aller chez l'intéressé si un accident survient. Celui-ci dispose d'un petit appareil à portée de main (au bras ou au cou), le mettant ainsi en contact avec une plateforme d'assistance à la demande. Dans les faits, 95 % des appels relèvent plus d'un soutien psychologique lié à la solitude. On retrouve ici une activité qui requiert des moyens très proches de ceux de l'assistant pour la partie « interventions ». Bien entendu, le segment de marché est très différent, la moyenne d'âge des abonnés étant très élevée. La qualité de service est indispensable dans ce métier qui consiste à sauver des vies tous les jours.

■ La télésécurité des biens

Pour apporter du confort aux assurés tout en réduisant les coûts des sinistres vol, les assureurs ont créé des filiales de télésécurité des biens. Le bien à protéger (une habitation, un magasin...) est équipé de détecteurs (intrusion, incendie, dégât des eaux...). Les détections sont transmises à un centre d'appel qui, après analyse de l'événement, mobilise si nécessaire l'intervenant *ad hoc* (pompiers, brigade d'intervention vol...). La conséquence de ces équipements est une diminution du temps de présence des intrus sur les sites cambriolés, et donc une forte minoration du préjudice matériel et surtout psychologique subi par l'assuré.

■ Les services demain

L'avenir des services est ouvert, leurs champs de développement sont nombreux et prennent de plus en plus d'importance. Outils de différenciation et de fidélisation, les services ont gagné de nombreux marchés hors du secteur de l'assurance : organisateurs de voyages, opérateurs de cartes de paiement, constructeurs automobiles, institutions de retraite et de prévoyance ont découvert les avantages des services associés à leur métier de base et en assurent une promotion importante. Quant aux clients, ils réagissent très vite aux changements géopolitiques et sociétaux. Des thèmes aussi sensibles que les guerres ou les aléas politiques modifient les comportements des clients qui voyagent : ils changent de destination de manière brutale et souvent irrationnelle.

Des réformes aussi profondes que le changement de la durée du travail ont aussi des conséquences sur le métier d'assistant : il est de plus en plus difficile de prévoir les dates et les durées des déplacements. Finies les longues vacances d'été en un endroit fixe et toujours identique, voici venu le temps des séjours plus nombreux, plus lointains, et plus courts. L'allongement de la durée de la vie, lui aussi, amène les seniors à voyager loin et souvent.

Quant aux progrès de la technologie, ils sont aussi source d'évolution pour la profession : une voiture en panne pouvait autrefois être réparée dans n'importe quel garage de proximité alors que, aujourd'hui, l'électronique embarquée a rendu plus complexe la nature des pannes que seuls des équipements technologiques sophistiqués permettent d'identifier et de traiter.

Ce sont même des réformes politiques qui peuvent faire évoluer le métier des services. Citons par exemple la politique de santé qui pourrait avantageusement utiliser la capacité des assistants à gérer des réseaux de prestataires, notamment dans le secteur paramédical, pour apporter des services complémentaires aux assurés sociaux. On le voit, le secteur des services est un métier qui bouge sans cesse, obligé de suivre et parfois d'anticiper les bouleversements du siècle.

Conclusion

Mieux répondre aux besoins actuels, anticiper les besoins futurs pour créer les réponses adaptées, travailler sans cesse sur l'amélioration des procédures, les défis sont nombreux, mais un seul paramètre reste intemporel : le sens du service, du service humain assuré par les collaborateurs certes bien formés à la technique, mais avant tout bien motivés pour aider l'autre. En instaurant une culture du service, les assureurs ont créé une autre relation avec leurs assurés. Ils ont lancé des innovations lisibles et multiplié les occasions de contact assureur/assuré. Dans notre société qui attend des services facilitateurs de vie et réducteurs de micro-stress, les assureurs ont permis à leurs clients de passer d'une relation subie et ponctuelle, celle de l'assuré victime d'un sinistre, à une relation choisie et pérenne, celle de l'assureur intégrateur de services et par là même accompagnateur de la vie quotidienne.

LA CONCURRENCE, C'EST L'INNOVATION ?

Pierre-Yves Geoffard

Professeur d'Économie, École normale supérieure, Delta

L'innovation en assurance peut porter sur plusieurs éléments. De nouveaux risques peuvent émerger et faire l'objet d'une demande de couverture, conduisant parfois l'offre d'assurance à proposer de nouveaux produits. Ces nouveaux produits peuvent aussi être destinés à couvrir des risques anciens mais pour lesquels aucun mécanisme d'assurance ne permettait un transfert de risque. Cette dernière situation peut concerner des risques de moins en moins bien tolérés et dont la demande de couverture est croissante, ou bien des risques pour lesquels l'innovation des techniques assurantielles ou de l'environnement institutionnel permet l'émergence de nouveaux mécanismes de couverture, et donc une extension de l'offre d'assurance. Notons également que l'innovation peut concerner les dispositifs publics comme des organismes privés d'assurances opérant en environnement concurrentiel. Cette remarque pointe d'ailleurs une question qui peut fournir un angle d'approche de la question de l'innovation : Quelles sont les formes souhaitables d'innovation en assurance ? Quels sont les déterminants de l'innovation ? En particulier, une organisation concurrentielle de l'assurance est-elle plus à même de promouvoir des innovations économiquement efficaces ?

Sans chercher à répondre à l'ensemble de ces questions, il semble que le domaine de la santé peut fournir un éclairage intéressant à plusieurs titres. Tout d'abord, les risques couverts par les dispositifs d'assurance sont multiples et en constante évolution. Ensuite, la gestion de ces risques se heurte aux difficultés posées par les asymétries d'information. Enfin, en France comme dans tous les pays développés, l'assurance s'appuie sur une articulation de mécanismes publics et privés, et cette articulation conditionne la diffusion des innovations assurantielles.

Les risques portant sur la santé humaine sont multiples. Le premier risque est sans doute pour une

personne de se trouver dans un état de santé qui rend le travail pénible ou moins productif, ce qui peut induire une perte de revenu.

Notons toutefois que, au niveau de la personne couverte, une part importante de ce risque est directement liée au vieillissement et donc en partie prévisible. En ce sens, le système de retraite constitue une couverture contre le risque « santé », de même que les indemnités journalières ou l'assurance invalidité. Toutefois, lorsque l'état de santé qui induit une baisse des revenus du travail est irréversible, la couverture du risque doit prendre la forme d'une rente viagère dont la durée est incertaine. Et ce risque évolue puisque la mortalité aux âges élevés continue à décroître à un rythme soutenu.

Mais la prise en charge du risque par le marché se heurte de front à la présence d'importants effets de sélection : de nombreuses études du marché britannique montrent que les souscripteurs volontaires d'*annuités* ont un taux de mortalité inférieur aux non-souscripteurs ou à celui des personnes couvertes par un contrat de groupe (Finkelstein and Poterba, 2004). Cela pourrait expliquer le faible développement du marché des rentes viagères ailleurs qu'en Grande-Bretagne. Si telle est l'explication, les innovations permettant de répondre à la demande potentielle devraient s'attacher à lutter contre l'antisélection : périodes de stage, examens médicaux à la souscription, ou contrats de groupe. Notons toutefois que, pour la plupart des économistes, le faible développement du marché des rentes viagères en France reste mal compris, de même que l'échec relatif du Perp.

Un deuxième risque, très lié au précédent, est celui de la dépendance. Le risque, ici, consiste à vivre longtemps en étant incapable d'accomplir certaines tâches liées à la vie quotidienne. Ces tâches nécessitent alors l'intervention d'un ou plusieurs tiers. Traditionnellement, ces tiers se trouvaient au sein de la famille : le plus souvent, c'était à l'une des filles ou belles-filles qu'incombait l'assistance à la personne âgée dépendante (Gramain et al., 2005). Mais l'évolution des structures familiales conduit à une demande croissante d'externalisation (et donc, de marchandisation) de ces services. Le contraste entre la France et les États-Unis est ici intéressant. Aux États-Unis, seuls 6,4 millions de personnes sont couvertes par une assurance dépendance alors qu'en France le chiffre est de 3 millions, indiquant un marché beaucoup plus développé. En outre, les produits proposés sont très différents : aux États-Unis, les contrats remboursent les frais encourus (soins, aide à domicile), alors qu'en France ils prévoient le versement d'une rente fixe. Enfin, en France le versement de la rente est conditionné à un état de santé très sévère et irréversible alors que, aux États-Unis, certains frais sont remboursés alors même que la dégradation de l'état de santé peut n'être que temporaire. L'innovation assurantielle a conduit au développement d'un marché pour des contrats aux caractéristiques très différentes.

On peut remarquer que certains traits des produits français les rendent beaucoup plus performants en termes de gestion du risque, notamment dans la lutte contre l'aléa moral ou la fraude.

De fait, la vraie question est bien de comprendre dans quelle mesure l'innovation permet une meilleure gestion du risque. Question que l'étude de l'assurance maladie « proprement dite », celle qui rembourse en partie ou en totalité des soins de santé, permet d'éclairer.

L'analyse économique identifie deux difficultés principales liées à l'asymétrie d'information. Tout d'abord, comme pour tout bien marchand en situation concurrentielle, le prix doit refléter le coût marginal : dans le domaine assurantiel, la cotisation doit refléter le coût du contrat pour l'assureur. Comme le niveau de risque (la dépense de soins attendue) diffère d'un individu à l'autre, le coût d'un contrat dépend de la personne qui l'achète. Peu ou prou, cela est vrai pour tout type de risque (incendie, automobile...) ; en santé, certains éléments pertinents pour l'évaluation du risque (comme l'âge ou le sexe) sont directement observables par l'assureur. Cependant, d'autres sont mieux connus par l'assuré (état général de santé). Qui plus est, le cadre réglementaire peut interdire aux assureurs de proposer des tarifs dépendant du niveau de risque, que ce soit pour des raisons d'équité, de solidarité ou, dans une perspective dynamique, pour éviter que le risque de santé ne se traduise par une augmentation des cotisations pour certaines personnes¹. Il s'ensuit que dans un cadre concurrentiel, lorsque la tarification au risque est impossible, de nombreuses ressources peuvent être consacrées à la sélection des risques, en cherchant à attirer les assurés les moins coûteux et à décourager les autres. En outre, les assurés eux-mêmes peuvent, dans une certaine mesure, utiliser leur information pour choisir un contrat correspondant à leur niveau de risque. L'analyse du système suisse montre ainsi que les individus choisissant la franchise annuelle la plus basse ont un taux de mortalité trois fois supérieur à ceux qui choisissent un contrat moins généreux (Gardiol, Geoffard, Grandchamp, 2006) : le choix du niveau

de couverture s'appuie bien, au moins en partie, sur l'estimation du risque par l'individu lui-même.

En réponse à ce comportement, les assureurs peuvent, tout d'abord, procéder à une segmentation du marché selon les caractéristiques observables et pertinentes au calcul du risque. Mais, outre que la réglementation interdit souvent, notamment en assurance maladie, de procéder à une tarification selon l'âge – ou surtout selon le sexe – l'analyse empirique montre que l'information asymétrique résiste au contrôle par ces variables. Il est alors logique de chercher à obtenir de l'information de manière indirecte, en proposant aux assurés un choix de contrats leur permettant de révéler (certes partiellement) leur niveau de risque. Cela peut prendre la forme de contrats de couverture partielle (franchise, plafonds, exclusion de certaines dépenses, etc.). Ce que montre l'analyse théorique, c'est que la concurrence peut alors conduire à ce que les « innovations » couronnées de succès sont – justement parce qu'elles permettent aux assurés à risque faible de se signaler comme tel – celles qui réduisent l'étendue de l'assurance ² ! Les premières victimes de ce phénomène d'antisélection sont les assurés, et notamment ceux en meilleure santé qui doivent accepter d'être moins bien couverts pour indiquer ainsi que leur risque est faible ³. Il faut donc insister sur la nécessité d'une régulation adéquate, notamment l'introduction de mécanismes de compensation des risques ⁴ ; ces mécanismes constituent une forme de réassurance mutuelle et obligatoire selon laquelle un assureur couvrant un assuré à risque élevé reçoit un montant compensatoire égal à la différence avec le coût moyen. Il s'agit ici d'une « innovation réglementaire » que, à l'exception des États-Unis, tous les pays qui s'appuient sur une organisation concurrentielle de l'assurance maladie « de base » (Belgique, Pays-Bas, Suisse, Israël...) ont introduite.

Ensuite, le deuxième problème est que l'assurance maladie couvre les dépenses de soins sans qu'il soit possible de vérifier systématiquement qu'elles correspondent bien à des soins nécessaires (Geoffard, 2006a,b). Par conséquent, le coût des dépenses n'est pas payé par celui qui décide de les engager, qu'il

s'agisse du patient, du médecin, ou que la décision soit jointe. Du côté du patient, l'assurance maladie solvabilise une demande de soins mais, pour ce faire, elle introduit une différence entre le coût payé par l'assuré (en France le ticket modérateur, voire moins s'il dispose d'une assurance complémentaire) et le coût pour l'ensemble de la société ; en d'autres termes, l'assuré peut engager des dépenses bien supérieures à sa disposition à payer. Cette distorsion est source d'inefficience : si la demande de soins dépend du prix payé par le patient, celui-ci peut être incité à consommer une quantité excessive. En théorie, la solution pour régler ce problème serait que l'assurance paie un montant forfaitaire à l'assuré, déterminé en fonction de son état de santé. Par exemple, pour une grippe, le patient recevrait une somme de 150 euros et paierait ensuite l'intégralité du coût des soins qu'il déciderait d'engager ; sa consommation de soins ne pourrait alors être supérieure à sa disposition à payer. On le voit immédiatement, il faudrait pour cela que l'assurance connaisse une information qu'elle ignore (le diagnostic) et puisse attribuer à chaque maladie un coût des soins nécessaires... Ce qui est envisageable dans le cas de dépenses importantes, mais impossible à généraliser à l'ensemble des maladies. L'autre « solution » serait plus radicale : l'absence d'assurance « responsabilise » parfaitement le bénéficiaire des soins qui intègre dans sa décision l'ensemble des coûts de prise en charge. Mais cela ferait porter l'intégralité du risque sur l'assuré, ce qui n'est pas non plus un partage des risques très efficient... L'imperfection de l'information entraîne donc un arbitrage entre l'étendue de l'assurance, qui est une bonne chose en termes de partage des risques avant la réalisation de la maladie, et la distorsion de prix qu'elle entraîne, qui est une mauvaise chose une fois que la maladie est survenue.

Il convient d'insister sur un élément-clé : s'il est possible de conditionner le montant reçu à l'état de santé lui-même, plutôt que de procéder à un remboursement de dépenses de soins engagées, le problème de l'aléa moral est réglé. Cela est très clair sur la comparaison des mécanismes d'assurance contre le risque dépendance en France et aux États-Unis et pourrait contribuer à expliquer pourquoi le

marché français semble plus développé que le marché américain.

Mais, en dehors de situations où l'état de santé est difficilement observable, il faut résoudre cet arbitrage entre partage des risques et incitations. Cet arbitrage peut se traduire par des relations conflictuelles, au sein d'une société d'assurances, entre les équipes de gestion du risque – qui peuvent par exemple percevoir l'intérêt d'imposer une franchise minimale – et celles chargées des relations avec la clientèle – qui peuvent être plus soucieuses de la demande d'assurance la plus complète possible.

La résolution de cet arbitrage est l'un des grands enjeux des réformes des systèmes de santé. Elle s'impose également à tous les intervenants de l'assurance maladie. Si l'effet du prix sur la demande de soins est important, la distorsion peut être grande⁵. La littérature empirique est assez claire à ce sujet : en ce qui concerne les soins ambulatoires, la demande de soins est influencée par le prix. On retient souvent une élasticité de l'ordre de - 0,2, ce qui indique qu'une hausse de 10 % du prix payé par l'assuré entraîne une baisse du volume consommé de 2 %. En revanche, la demande de soins hospitaliers dépend très peu du prix payé par l'assuré. En outre, en termes de couverture du risque, le « petit risque », c'est-à-dire les dépenses fréquentes mais de faible montant, ne fait pas peser un coût élevé sur l'assuré (il est à peu près équivalent de payer en début d'année la moyenne du coût, ou de payer en cours d'année les soins effectivement consommés). En revanche, laisser le « gros risque » – des dépenses rares mais pouvant atteindre des montants élevés – à sa charge serait un très mauvais partage du risque. Du point de vue de l'efficacité, il peut donc être raisonnable de laisser une part du « petit risque » à la charge de l'assuré. Cela peut se faire sous la forme d'un ticket modérateur ou de mécanismes de franchise. Mais il est en revanche assez illusoire d'attendre du forfait hospitalier, par exemple, une baisse de la « demande » d'hospitalisation⁶ ; sur ce type de recours, les gains d'efficacité sont davantage à chercher du côté d'une bonne régulation de l'offre de soins.

Notons que cette question met également en jeu l'articulation des différentes formes d'assurance publique et privée, puisque ce que fait l'une (la Sécurité sociale peut augmenter le ticket modérateur), l'autre peut le défaire (les complémentaires peuvent prendre en charge ces hausses de ticket modérateur)... Une articulation fine des différents dispositifs ne pourrait s'appuyer que sur un partage au moins partiel de certaines informations entre les différents assureurs, condition nécessaire à une réduction de l'asymétrie d'information entre l'assuré et son organisme de couverture complémentaire.

Si l'on en juge d'après la réforme la plus récente de l'assurance maladie, cet effet a bien été pris en compte. Même si elle est injustifiée dans le cas des dépenses hospitalières, la proposition récente d'introduire des franchises annuelles obligatoires, non remboursables par l'assurance maladie ni par les complémentaires, peut aussi contribuer à une meilleure régulation de la demande de soins ambulatoires.

Mais le système de santé, faut-il le rappeler, s'appuie également sur des professionnels de soins dont les pratiques peuvent avoir un impact important sur le montant des soins consommés et l'efficacité de la dépense. La gestion du risque s'appuie tout autant sur l'offre de soins que sur la demande. Il est même souvent reconnu que les deux aspects sont complémentaires et que les réels gains d'efficacité ne peuvent être obtenus qu'en jouant sur ces deux aspects simultanément. De ce point de vue, en revanche, les réformes récentes de l'assurance maladie publique sont pour le moins décevantes.

Or, c'est là un point essentiel. La gestion de l'offre de soins est justement un domaine où, lorsque le cadre réglementaire le permet, de très nombreuses innovations assurantielles ont vu le jour (Dranove, 2000) car la situation particulière de l'assurance maladie est qu'elle joue aussi un rôle d'intermédiaire entre la demande et l'offre de soins. Elle peut ainsi venir se substituer à l'utilisateur, incapable d'évaluer la qualité du service médical et donc de faire jouer la

concurrence entre offreurs de soins (Enthoven and Tollen, 2005). Aux États-Unis, le développement du *Managed Care* a consisté en partie en un processus d'intégration verticale entre assureurs et établissements de soins. Encore une fois, l'enjeu est de réduire les asymétries d'information, cette fois entre l'assureur et le fournisseur du service dont le coût est couvert par l'assurance. Cela passe par une modification des relations entre assureurs et professionnels de santé et les évolutions possibles sont multiples : passage de relations conventionnelles (l'ensemble des médecins face à l'ensemble des assureurs) à des relations contractuelles, mode de rémunération tenant davantage compte de la qualité du service rendu ⁷, choix offert entre différents modes de rémunération (salarial, paiement par capitation, paiement « traditionnel » à l'acte, systèmes mixtes), etc.

L'expérience du *Managed Care* aux États-Unis a montré qu'une organisation concurrentielle du marché de l'assurance maladie a permis un foisonnement des innovations. Notons d'ailleurs que toutes ces innovations dans les relations contractuelles entre assureurs et offreurs de soins ne se sont pas avérées pertinentes et l'on assiste depuis quelques années, selon certains observateurs, à un « *Managed Care Backlash* ». Ainsi, les formes les plus rigides de *Managed Care*, qui revenaient quasiment à un système où l'assureur était propriétaire des établissements de soins et rémunérait les praticiens sous une forme salariale, sont maintenant en retrait. En France, des expérimentations passionnantes ont été entreprises dans le cadre prévu par la Commission Soubie, notamment par Groupama et la MSA. Plusieurs assureurs ont également développé des plates-formes santé qui tentent d'améliorer la circulation de l'information entre assurés, assureurs, et professionnels de santé (voir l'article de Marianne Binst dans ce même numéro). Il n'en reste pas moins que le cadre réglementaire contraint fortement les organismes complémentaires dans leurs tentatives d'innovation.

Toutefois, ce qui est vrai de la demande de soins est également vrai de l'offre de soins : tout mode de

paiement correspond à un partage des coûts de prise en charge (notamment la rémunération du temps passé) entre l'assureur et les professionnels de soins et impacte la qualité comme le volume des soins délivrés. En dehors d'idées assez générales qui recommandent de réduire autant qu'il est raisonnable l'asymétrie d'information entre les assureurs et les professionnels de soins, il n'est donc pas simple de discriminer entre les innovations pertinentes et les autres. Mais, quoi qu'il en soit, une organisation concurrentielle de l'assurance peut permettre, par un processus d'essais et de correction d'erreurs, de détecter les innovations permettant à la fois d'améliorer l'efficacité du système de soins et la satisfaction des usagers. Un autre argument en faveur d'une organisation décentralisée de l'assurance maladie est qu'un assureur en position de monopole peut avoir, paradoxalement, des difficultés à mettre en œuvre certaines sanctions lourdes. Ainsi en France, lorsque la Sécurité sociale déconventionne un médecin, cela revient à le priver de la quasi-totalité de sa clientèle. Cela peut être parfaitement légitime dans le cas de faute lourde ou d'erreur médicale mais, en pratique, cette « bombe atomique » est très rarement utilisée. Dans un système où coexistent plusieurs assureurs, la dénonciation du contrat liant un assureur à un professionnel de soins n'interdit pas forcément à ce dernier (sauf en cas de manquement à des obligations professionnelles) de s'engager dans une relation contractuelle avec d'autres assureurs. Qui plus est, face à la diversité des professionnels, une concurrence entre organismes d'assurances peut conduire à proposer un choix entre divers modes de rémunération. Cette souplesse peut s'avérer efficace alors qu'un monopole peut avoir des difficultés à faire évoluer une situation figée (Demange et Geoffard, 2006).

En somme, difficile de tirer une conclusion définitive de ce rapide tour d'horizon. Il semble toutefois qu'une organisation concurrentielle de l'assurance maladie, associée à une régulation adéquate de ce marché (mécanisme obligatoire de compensation des risques mais liberté de contracter et de faire évoluer les relations avec les professionnels de santé) puisse contribuer à favoriser l'émergence de nouvelles idées

dans la gestion du risque. Que ces idées soient systématiquement bénéfiques, c'est moins clair... Mais, pour l'avenir de l'assurance maladie, le risque le plus grand ne serait-il pas le *statu quo* ?

Notes

1. Les systèmes d'assurance publics, privés, et mutuels, ne sont pas équivalents en ce qui concerne la couverture dynamique contre le risque dit « de reclassification » (risque de tomber en mauvaise santé et de voir sa cotisation actuarielle augmenter), voir Geoffard (2000a).

2. Techniquement, en présence de phénomènes d'autoélection, la concurrence en contrats peut s'avérer délétère et conduire à l'antisélection (Rothschild and Stiglitz, 1976).

3. Voir notamment Gabrielle Demange et Pierre-Yves Geoffard : « À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? », Revue d'économie politique, septembre 2004.

4. Voir par exemple Glazer and McGuire (2006).

5. Sur ce phénomène « d'aléa moral » et ses implications en termes de politique de santé, voir Geoffard, « Dépenses de santé : l'hypothèse "d'aléa moral" », Économie et prévision, 2000, 142 : 123-135.

6. Empiriquement, la durée de séjour hospitalier est très peu dépendante de la part du coût laissé à charge de l'assuré (tout au moins dans les pays développés où cette part est très réduite).

7. En ce qui concerne la médecine ambulatoire, l'une des innovations récentes les plus intéressantes est l'introduction par le National Health Service britannique de mécanismes de paiement à la performance (Doran et al., 2006). La performance d'un cabinet médical est mesurée par des indicateurs de qualité de la prise en charge dont la construction s'appuie sur les déclarations des cabinets, l'exactitude de ces déclarations étant parfois contrôlée.

Bibliographie

DEMANGE GABRIELLE ; GEOFFARD PIERRE-YVES, « Reforming incentive schemes under political constraints : the physician agency », *Annales d'économie et de statistique*, 83/84, 2006, pp. 221-250.

DORAN T. et AL., « Pay-for performance programs in family practices in the United Kingdom », *New England Journal of Medicine*, 355(4), 2006, pp. 375-384.

DRANOVE DAVID, *The Economic Evolution of American Health Care*, Princeton University Press, 2000.

ENTHOVEN ALAIN ; TOLLEN LAURA, « Competition in health care : it takes systems to pursue quality and efficiency », *Health Affairs*, september, 2005.

FINKELSTEIN AMY ; POTERBA JAMES, « Adverse Selection in Insurance Markets : Policyholder Evidence from the U.K. Annuity Market », *Journal of Political Economy*, 112, 2004, pp. 183-208.

GARDIOL LUCIEN ; GEOFFARD PIERRE-YVES ; GRANDCHAMP CHANTAL, « Separating Selection and Incentive Effects : an Econometric Study of Swiss Health Insurance Claims Data, » in *Competitive Failures in Insurance Markets : Theory and Policy Implications*, P.-A. Chiappori and Ch. Gollier, eds, MIT Press, 2006.

GEOFFARD PIERRE-YVES, « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue d'économie politique*, 110(4), 2000a, pp. 457-482.

GEOFFARD PIERRE-YVES, *La lancinante réforme de l'assurance maladie*, éd. rue d'Ulm/Cepremap, 2006a.

GEOFFARD PIERRE-YVES, « Incentive and Selection Effects in Health Insurance », chap. 10, in *Elgar Companion to Health Economics*, Andrew Jones, ed, Edward Elgar, 2006b.

GLAZER JACOB ; MCGUIRE THOMAS, « Optimal Risk Adjustment », in *Elgar Companion to Health Economics*, Andrew Jones, ed, Edward Elgar, 2006.

GRAMAIN AGNES ; LACAN LAURE ; WEBER FLORENCE ; WITTWER JEROME, « Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'ethnographie à la formalisation micro-économique », *Revue économique*, 56 (2), 2005, pp. 465-484.

LAKDAWALLA DARIUS and NEERAJ SOOD, « Insurance and innovation in health care markets », NBER working paper, 11602, 2005.

PEARSON ROBIN, « Towards an historical model of services innovation : the case of the insurance industry, 1700-1914 », *Economic History Review*, 50, 1997, pp. 235-256.

SILBER WILLIAM, « The process of financial innovation », *American Economic Review Papers and Proceedings*, 73(2), 1983, pp. 89-95.

ASSURANCE SANTÉ ET INNOVATIONS

Gilles Johanet

Directeur général adjoint, AGF

Les innovations que porte la loi Douste-Blazy, ainsi que sa mise en œuvre depuis trois ans, sont-elles une réussite ? Autrement dit, les différentes réformes qui l'expriment sont-elles simultanément pertinentes, cohérentes et puissantes ? La question vaut en premier lieu pour l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais également pour les assurances complémentaires (AMC), car les positionnements de l'une et des autres sur le marché de la santé sont plus que jamais liés.

Innovations et assurance maladie obligatoire

La loi Douste-Blazy pose des principes fondamentaux du système de soins et d'assurance maladie qui doivent assurer sa modernisation : le médecin traitant concrétise l'objectif de coordination des soins dont l'absence singularisait fortement notre système de soins. La création du dossier médical personnel (DMP) – et partagé – exprime la prise de conscience de l'utilité qu'il y a pour le patient à faire circuler les données de soins. La modulation du ticket modérateur en faveur du parcours de soins permet d'impliquer le consommateur de soins et d'en faire progressivement un acteur du système et non plus un utilisateur passif car aveugle. La pertinence des fondamentaux de la réforme est donc peu discutable et, pour une large part, ne représente d'ailleurs que la fin programmée d'exceptions françaises peu glorieuses.

La cohérence des réformes prend d'abord la forme des contrats responsables traduisant la volonté de l'État de concentrer les déductibilités fiscales et sociales

des complémentaires santé sur les contrats qui concourent à la recherche d'une meilleure performance médicale et financière de la consommation de soins, en acceptant une mise en ligne des prises en charge obligatoires et complémentaires. Le principe est peu contestable dès lors que rigueur et transparence caractérisent tout le processus de décision de remboursement, depuis la mesure de l'utilité médicale de la prestation en amont jusqu'au partenariat AMO/AMC en aval, annoncé par la loi, indispensable pour assurer une double coexistence fructueuse, entre l'AMO et l'AMC mais aussi entre complémentarité et concurrence.

Toutefois, cette cohérence est mise à mal par des carences et des décisions contraires à la logique de la réforme. Que la rémunération des médecins libéraux soit majorée hors parcours de soins est une incohérence évidente. Que les jeunes médecins soient exonérés du statut de médecin traitant alors que leur démographie est déclinante ne s'inscrit pas dans la logique de la réforme. De même le flou marquant la finalité du DMP est significatif car, si donner à chaque assuré un droit au marquage des données se conçoit, accepter « le masquage du masquage » rend ce droit irresponsable à l'égard des soignants qui ne

pourront se fier à un dossier dont le degré de complétude leur est inconnu. Plus révélateur encore est que deux questions essentielles soient occultées, affectant fortement le colloque singulier, à savoir, d'une part, l'ouverture à chaque individu d'un droit à la complétude du dossier autrement dit « le non-masquage du non-masquage », d'autre part, le régime de responsabilité – civile notamment – du praticien amené à éliminer régulièrement du dossier les données qui apparaissent obsolètes.

Silences et contradictions affaiblissent la cohérence de la réforme par ailleurs mise en cause par des prudences, des hésitations pleinement perçues comme telles par les professionnels de santé. Pour ne citer qu'un exemple, le passage de la consultation des généralistes à 23 € ne s'est nullement accompagné de la vraie contrepartie qu'aurait constitué un réexamen du champ de la prescription médicale facultative. Or, la prescription médicale facultative (PMF) représente l'obstacle majeur au développement de l'automédication... que chacun prétend souhaiter...

Manquant en l'état de puissance, la réforme ne peut donc s'attaquer aux deux virus affaiblissant toujours plus le système de soins, qui prospèrent en raison de l'absence d'analyse stratégique partagée par tous les acteurs.

Le premier tient au fait que l'économie de la santé n'est pas, en France, une classique économie d'offre mais une économie de rentes par laquelle les paramètres-clés de l'offre (valeur, volume, localisation) relevant de la régulation administrative ont un lien très lâche avec la fonction d'utilité. Le principe implicite selon lequel la ressource humaine, financière, temporelle, est illimitée, légitimise le gaspillage global, lequel va créer des « poches » de pénurie qui concentreront l'attention de tous. Là encore, un exemple suffit : le *lamento* sur l'insuffisance proclamée de la densité des imageries par résonance magnétique (IRM) en France occulte totalement le fait qu'une machine produit en moyenne 13 000 actes dans le secteur privé contre 5 000 dans le secteur public, avec un étiage à 500 actes dans plusieurs cas ; le coût de « l'investissement » est alors

d'autant plus élevé qu'on ne fait bien que ce que l'on fait intensément : si la productivité est une condition nécessaire et insuffisante de la qualité, la non-productivité est une assurance de non-qualité. Trop de ressources humaines ou financières tue la qualité. Mais, au rebours d'un discours dominant depuis plusieurs décennies, sommes-nous prêts à admettre que la contrainte économique (la rareté de la ressource) converge avec l'impératif de qualité médicale ?

Le deuxième virus a trait à la concentration des ressources soignantes tout aussi rapide que celle des emplois – avec la monopolisation progressive des remboursements par les « pris en charge à 100 % » – mais dont l'ampleur est encore mal perçue. On évoque certes les différences croissantes de densité médicale libérale sur le territoire, toujours sous l'angle des inégalités et jamais sous celui du gaspillage, en occultant le caractère aussi peu enthousiasmant de la situation de l'offre de soins hospitalière. On disserte gravement des incitations à l'installation des médecins en zone de faible densité, concept qui n'aurait une signification que si l'on reconnaissait l'existence de zones de (très ? trop ?) forte densité, ce qui est refusé. Mais si la fuite devant certaines zones du territoire est abordée de façon hémiplegique, que dire alors des fuites devant les actes à risque (échographie par exemple), les gardes libérales de nuit, les disciplines d'exercice peu confortables ?

Partout, dans le temps et dans l'espace, on relève les signes d'un désengagement de la ressource soignante qui nous éloigne d'un optimum offre/demande.

Innovation et assurance maladie complémentaire

Récemment encore, l'assurance complémentaire évoluait dans un univers rassurant. Expression pure de la solidarité pour les uns, produit d'appel pour les autres, la complémentaire santé obéissait de façon d'autant plus lâche aux lois de la concurrence que la croissance

du chiffre d'affaires était continue et que les approches comparatives des produits étaient des plus rares. Le retournement conjoncturel de la fin 2001, les appels de plus en plus pressants de l'Union européenne au respect de la concurrence ont annoncé le changement d'ère qu'exprime la loi Douste-Blazy. Dans le principe, la volonté de l'État d'optimiser ses dépenses fiscales, en rendant sélective la déductibilité des contrats complémentaires, était peu contestable. Il en était de même en ce qui concerne la mise en cohérence des prises en charge de l'AMO et de l'AMC afin de privilégier la démarche de soins, ou la circulation des données de soins. Sur un plan organique, la création de l'Union des complémentaires (Unocam), appelée à un partenariat avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), prolongeait logiquement cette démarche. Les complémentaires santé ont su dépasser les inquiétudes logiques et légitimes que suscitait le passage soudain d'un état de superbe ignorance de l'AMC à une attention intéressée, ou encore le caractère prétorien de la définition de l'optimum, peu compatible avec le partenariat annoncé.

De fait, les complémentaires santé ont su faire vivre l'Unocam en mettant en avant les convergences – nombreuses – d'intérêts entre les trois familles de complémentaires. Le réalisme s'appuyait, il est vrai, sur une attention permanente accordée par les assureurs notamment aux évolutions du marché, et qu'avait d'ailleurs déjà exprimé l'ouverture de la gamme des produits à des services divers complétant la prise en charge. Le nouvel enjeu consiste à passer du « plus » (assurance + assistance) au mieux, donc à constater que le produit final pour le client n'est pas la prise en charge mais le soin, de qualité et pertinent. Cette exigence renforcée du client est le fruit d'une évolution socioculturelle de fond et s'alimente de hausses tarifaires soutenues qui accélèrent sa recherche de l'efficacité. Une stratégie de différenciation ne peut plus reposer sur la prise en charge de services annexes : la chambre particulière ou le remboursement à l'aveugle de dépenses dont la contrepartie n'est absolument pas mesurable par le client (honoraires médicaux du secteur 2). Le vieil adage suivant lequel « *la Sécu rassemble, l'assurance sélectionne* » est en passe

de retrouver toute sa pertinence, mais appliqué cette fois à l'offre de soins et non plus à la demande.

Concrètement, la plate-forme de services déjà traditionnelle offrant un service de tiers payant et d'analyse de devis devra, pour être compétitive, étendre son offre à des services médicalisés : constitution de réseaux de soignants sélectionnés et labellisés, validation médicale de plans de soins, ajustement de la prise en charge aux besoins médicalement définis, etc. À bien des égards, la loi du 13 août 2004 apparaît comme l'expression d'un lent virage, nous faisant passer d'une économie de cueillette à l'économie de l'efficacité, dynamique qui touche aussi bien l'AMC que l'AMO. Comment alors rendre cette dynamique nouvelle irréversible et d'effet plus rapide ? La réponse passe par le choix renouvelé de l'innovation de la part des pouvoirs publics comme des complémentaires.

L'innovation au service de l'efficacité

■ Instaurer le partenariat

En pratique le partenariat annoncé par la réforme n'a pas vu le jour. On peut même, à certains égards, parler de régression dans la mesure où la recherche parfois éperdue de recettes nouvelles pour l'AMO conduit celle-ci ou l'État à adopter un comportement prédateur : en 2006, la taxe perçue au profit du fonds CMU (couverture maladie universelle) a été augmentée de 190 M€ en année pleine sans aucune concertation. Il semblerait que la taxation d'office devienne une habitude puisque, en juin 2007, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a inclus dans ses mesures de rééquilibrage 200 M€ prélevés sur les complémentaires, accompagnées d'une innovation de la pire espèce puisque ces fonds, destinés à cofinancer les forfaits dont bénéficient certains soignants, seraient versés non pas à ceux-ci mais à l'AMO. C'est donc le rôle même d'opérateur des complémentaires qui serait nié.

De plus, dans son pilotage des relations conventionnelles avec les différentes professions de santé, avant comme après le 13 août 2004, l'AMO a négocié seule avec les soignants, sans chercher à cesser de stipuler pour autrui au détriment des complémentaires santé. Cet exercice solitaire du pouvoir s'est révélé particulièrement regrettable quand la négociation conventionnelle qui le formalise a concerné les soins dentaires pour lesquels la prise en charge des complémentaires est supérieure à celle des régimes obligatoires. Les options contestables retenues dans ce cadre autorisent à dire qu'une association minimale de l'AMC à la définition des objectifs conventionnels au moins aurait pesé en faveur d'une meilleure préservation de l'intérêt des soignés.

Certes, la négociation portant sur la création d'un secteur optionnel pour les médecins libéraux s'est engagée sous de meilleurs auspices sans doute parce que, en l'espèce, l'AMC serait appelée à financer la quasi-totalité des mesures, ce qui conduit à penser que cette amélioration est ponctuelle. En fait, un partenariat solide ne se conçoit que si des innovations sont acceptées par la sphère publique, État et AMO confondus.

Respecter la liberté contractuelle est la première d'entre elles, ce qui revient à dire que vouloir transformer les engagements volontaires de l'AMC en obligations réglementaires ou législatives ne peut que susciter l'extrême méfiance des assureurs complémentaires. Ne vendre que des allers simples ne développera jamais le tourisme... Envisager explicitement, par exemple, que les engagements que prendraient les AMC pour promouvoir un futur secteur optionnel seraient inclus dans les clauses des contrats responsables, ne peut que freiner considérablement la négociation conventionnelle.

Partager la connaissance de la consommation de soins constituerait une innovation forte puisque la règle présente interdit aux AMC de savoir ce qu'elles remboursent au prétexte – contredit chaque jour par le fonctionnement de l'assurance vie ou de l'assurance emprunteur – que les complémentaires seraient

incapables de préserver la vie privée et l'intimité de l'individu assuré. L'obscurantisme ainsi érigé en règle s'imposa à l'AMO durant des décennies et reste le dogme à l'encontre de l'AMC placée ainsi dans une position triplement contradictoire : à l'égard de ses clients qui veulent une efficience accrue, par rapport aux objectifs de la loi Douste-Blazy, enfin face à l'Uncam puisque l'AMC est un partenaire entièrement à part car aveugle. On gagnerait d'ailleurs tous à réfléchir au degré de spontanéité d'un modèle où l'AMO sait ce qu'elle rembourse mais n'a pas le droit de sélectionner ses prises en charge, alors que l'AMC possède ce droit mais ne peut savoir ce qu'elle finance... Un modèle où « $1 + 1 = 0$ » relève-t-il de l'étourderie ou d'un souci de préserver les rentes ?

Cette connaissance de la consommation de soins relève d'ailleurs d'un intérêt commun à l'AMC et à l'AMO dans la mesure où les transferts de charge entre elles vont s'intensifier parce qu'on ne peut indéfiniment bâtir avec une régularité de métronome des plans de rééquilibrage, fondés sur un apport de recettes nouvelles pour les deux tiers, et d'économies pour un tiers, et que le rythme de croissance des dépenses de santé a toutes les chances de rester supérieur à celui du PIB (produit intérieur brut). L'enjeu n'a pas été jusqu'ici, contrairement à une idée très répandue, un désengagement (*a fortiori* une privatisation) de la Sécurité sociale, mais une élévation du niveau de performance de l'AMO comme de l'AMC. Cette logique oblige l'AMO à prendre en charge les produits et traitements nouveaux, elle oblige également l'AMC à sélectionner, parmi ce dont l'AMO se défait, ce qui a une utilité médicale.

L'intérêt bien compris de tous les acteurs est donc d'accepter une réflexion commune sur les transferts. L'enjeu serait naturellement renforcé si aucun prélèvement nouveau n'était opéré à l'avenir au profit de l'AMO. Ainsi, à prélèvements obligatoires constants, une augmentation annuelle des dépenses de santé supérieure de 0,7 % à celle du PIB ferait passer la part des dépenses non couvertes par l'AMO de 23 à 35 % du total.

■ Améliorer la performance

L'AMC doit être à la hauteur du partenariat qu'elle revendique et accentuer ses actions destinées à améliorer sa compétitivité. Il serait aventureux en l'état de prédire que les frais de gestion de l'assurance santé connaîtront demain la baisse profonde qui a affecté l'assurance vie hier. Pour autant, la réduction des coûts est un impératif qui se traduira par une dématérialisation des processus de souscription, modification de contrat et indemnisation, et pas seulement par une industrialisation des *back offices*. La réduction des coûts sera toutefois contrariée par l'investissement dans l'informatique décisionnelle résultant de l'accès aux données de soins. Pourtant les dépenses, lourdes, d'investissement et de fonctionnement des systèmes d'information sont maîtrisables dès lors qu'elles se mutualisent par l'effet de regroupements fonctionnels ou capitalistiques des opérateurs.

Certaines plates-formes – telle que Santéclair réunissant notamment AGF et Covéa – en constituent l'amorce. Le développement représente enfin un instrument de maîtrise des coûts de gestion en même temps qu'un impératif de marché s'il prend la forme d'une implication de l'assureur santé dans les processus d'amélioration – voire de garantie – de la qualité et de la pertinence des soins sans pour autant

négliger les critères de satisfaction traditionnels (niveau de prise en charge), ou plus récent (accessibilité et tarifs) dont la maîtrise combinée peut être obtenue par la création de réseaux des soignants.

Conclusion

Innovations sages... minimales au regard des besoins de modernisation du dispositif de prise en charge des soins que l'instauration de franchises, telles qu'annoncées, ringardiserait un peu plus, mais innovations qui doivent être vues comme une étape. Des clients beaucoup plus exigeants, une réglementation plus contraignante, *via* Solvabilité II notamment, une concurrence qui se renforce sans cesse, une tentation étatique de normalisation, un émiettement des opérateurs potentiellement ruineux... Les menaces qui pèsent sur l'avenir proche de la complémentaire santé ne manquent pas. Elles ne font pourtant qu'accompagner le changement de dimension de l'assurance santé, hier produit d'appel, pressentie à dépasser l'assurance auto en chiffre d'affaires dans les cinq ans à venir, et ainsi devenir l'assurance de référence dès lors qu'elle accentue son effort déjà bien entamé de professionnalisation.

INNOVATION EN ASSURANCE SANTÉ : UN NOUVEAU SOUFFLE

Marianne Binst

Directrice générale de Santéclair¹

L'innovation en assurance santé a longtemps souffert d'un positionnement « derrière la Sécurité sociale », accepté par l'ensemble des acteurs, qui a structurellement limité les champs de différenciation des complémentaires et la prise en compte des véritables attentes des consommateurs en matière de santé.

Le contexte historique : la complémentaire santé comme simple suiveur du régime obligatoire

Tant que les différentes familles de complémentaires – mutuelles, assurances, ou institutions de prévoyance – ont accepté d'écrire leurs garanties en complément de la Sécurité sociale, de s'aligner sur sa nomenclature, de décliner leurs remboursements en pourcentage du régime obligatoire, les innovations produits ou services sont restées faibles. Les énergies se sont quasi exclusivement concentrées, d'une part, sur la réduction des coûts et des délais de gestion en imbriquant les systèmes de liquidation des complémentaires dans les chaînes informatiques de la Sécurité sociale, d'autre part, en étoffant les réseaux de distribution pour augmenter les occasions de contact avec les clients et leur taux d'équipement en assurance santé.

Durant cette période, la concurrence commerciale et idéologique entre familles de complémentaires ne s'est pas non plus traduite par une rupture de ce

positionnement. La mutualité, malgré son activité monométier en santé et prévoyance et sa connaissance potentielle du marché de la santé au travers des œuvres sociales mutualistes (établissements hospitaliers, centres dentaires et de médecine de ville, pharmacies mutualistes, opticiens mutualistes...), n'a pas tiré parti de la situation pour mettre en place de réelles innovations produits.

Les institutions de prévoyance, surtout établies en assurances collectives, ont développé des contrats similaires aux autres avec des niveaux de remboursement supérieurs et donc des tarifs souvent plus élevés. La spécificité des contrats collectifs obligatoires, peu soumis à l'antisélection et proches du consommateur final au travers de l'entreprise, n'a pas non plus été utilisée pour innover et mieux prendre en compte les attentes des consommateurs.

Dans ce contexte, seuls les tarifs et les réseaux de distribution font la différence. Pourtant, tant que la rupture épistémologique avec le régime obligatoire n'est pas consommée, toute tentative pour se différencier par le prix ou le niveau de remboursement est vouée à l'échec car des garanties élevées amèneront fatalement des tarifs ou des consommations élevées et des prix très bas amèneront fatalement des pertes. La différenciation par les prix reste alors limitée aux

gains atteints en termes de coûts de gestion ou de coûts de distribution. On est plus dans des dimensions d'organisation et d'informatique que d'innovation.

La rupture : les besoins du consommateur comme moteur de l'innovation en assurance santé

Depuis quelques années, un mouvement de « rupture » avec cette approche a vu le jour, au départ surtout porté par les assureurs. Le projet de mettre en place un système de mise en concurrence de la Sécurité sociale porté par Axa en 1997 n'était pas vraiment une rupture dans l'exercice du métier de complémentaire santé puisqu'il s'agissait d'un changement de métier. Mais il a permis d'ouvrir ce débat – que l'on croyait tabou – de la place à part entière des assureurs dans un métier de gestion du risque en santé. À peu près au même moment, la création par la Caisse nationale de prévoyance (CNP) d'une plateforme de gestion du risque en complémentaire santé appelée « Carré bleu » enfonçait le clou, suivie quelque temps après par AGF avec « Santé conseil service » (devenu Santéclair après une fusion avec la plate-forme correspondante de Maaf/MMA), Groupama avec « Santéactive », La Suisse avec « Carte blanche » et, plus tard, la Mutualité avec « Ligne claire », ou « Passerelle », et quelques autres.

Certains exemples permettent d'évoquer le « chemin » par lequel passe ce type d'innovations en matière d'assurance santé. La première confirmation des marges de manoeuvre potentielles a été la réactivité des « clients ». Dès les premiers services proposés en matière d'analyse de devis en dentaire et optique, l'accueil a été bon. Les assurés ont utilisé le service, en tout cas dans des proportions bien plus fortes que les services d'assistance auparavant classiquement proposés. Le contact direct avec un service émanant de leur assureur et leur proposant d'être des consommateurs plus vigilants était clairement accepté : il était donc

possible d'exercer une « intermédiation » dans leurs consommations de santé, et certains d'entre eux ne refusaient pas de devenir « plus consommateurs » vis-à-vis des professionnels de santé. Un tabou était levé. On pouvait avancer.

Toutes les innovations n'ont pas connu le même succès. Nous avons souvent procédé par tâtonnement, et sur des sujets aussi nouveaux, en rupture avec les habitudes, les enquêtes de *pré-marketing* ne permettaient pas de prédire vraiment les réactions des clients. Il a donc souvent fallu essayer, tester, et parfois se tromper. La mise en place d'un système de second avis préopératoire a par exemple été un échec flamboyant. Rationnellement, le service avait un sens puisque 25 à 30 % des opérations pratiquées en France, d'après les publications, sont inutiles et le fait d'organiser un système de second avis préopératoire de qualité réduit considérablement ce volume.

Pourtant, malgré un *marketing* de ce service actif, varié et coûteux sur un portefeuille de près d'un million de clients, après une année, on dénombrait à peine une trentaine de demandes de second avis préopératoire. Le sujet n'était pas mûr... à l'évidence. L'acte opératoire restait encore trop anxigène pour que le client accepte le doute constructif qui sous-tend un service de second avis préopératoire.

Mais les *success stories* ont été plus nombreuses : lentes mais nombreuses. Aujourd'hui, de plus en plus de complémentaires expriment leurs garanties optiques ou dentaires en fonction du besoin de santé, défaut de vision, type de prothèse dentaire, place de la dent en bouche, et non plus en fonction de la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce type d'offre n'est pas encore majoritaire mais se développe et quelque chose est en train de changer. Beaucoup de grandes entreprises notamment ont adopté ces principes dans leurs garanties. Sur ce marché, l'innovation est souvent tirée par l'assurance collective. Ce sont des concepts que nous avons beaucoup développés chez Santéclair et l'adhésion progressive d'une partie du monde du courtage à ces outils a été pour nous le signe que ces innovations étaient en train de « prendre ».

« L'optique au premier euro » lancée par Maaf en 2003 a été sans doute l'un des exemples les plus achevés de cette stratégie reposant sur le consommateur, passant par le professionnel de santé et « bouclant » sur la garantie. Les complémentaires remboursaient les lunettes seulement si la Sécurité sociale les remboursait et la Sécurité sociale ne les remboursait que si un ophtalmologiste les avait prescrites. Le système semblait bloqué. Mais les clients attendaient souvent très longtemps un rendez-vous chez l'ophtalmologiste notamment dans le nord et l'ouest de la France. Les opticiens avaient le droit légalement de faire des bilans visuels préalables au choix des verres pour les adultes et de se substituer ainsi aux ophtalmologistes ; ceux du réseau Santéclair étaient prêts à y aller. La Sécurité sociale ne remboursait que 7 euros en moyenne pour les adultes, on pouvait s'en passer. C'est donc Maaf qui s'est lancée, suivi de près par AGF et MMA. Les clients pouvaient aller directement chez l'opticien du réseau Santéclair faire leurs lunettes et ils étaient remboursés de la part complémentaire et même de celle du régime obligatoire (les fameux 7 €) par leur complémentaire. Le coût était nul pour l'assureur car le ticket modérateur chez l'ophtalmologiste compensait la part du régime obligatoire et la fréquence était encadrée. Les opticiens du réseau Santéclair étaient contents d'exercer cet acte et acceptaient de ne pas le facturer, les clients aussi ont apprécié cette simplification. La presse a amplement salué la démarche. Les réactions du Syndicat des ophtalmologistes et de l'Académie de médecine ont été violemment hostiles mais la chose étant légale, ils n'ont pas pu nous faire reculer.

Ainsi, quatre ans plus tard, le législateur vient d'étendre ce système à l'ensemble des Français. Ils peuvent désormais aller directement chez l'opticien renouveler leurs lunettes. Sans l'initiative de quelques complémentaires avec Santéclair, cette innovation n'aurait pas vu le jour et ne se serait pas généralisée aujourd'hui. Lorsqu'on libère sa pensée d'assureur santé du carcan sclérosant des remboursements des régimes obligatoires, on s'aperçoit que les marges de manœuvre pour l'innovation sont immenses et sur tous les postes couverts par les complémentaires. Il

existe des dizaines de formulations alternatives aux fameux « pourcentage du TC » (tarif de convention) qui règne encore en maître en médecine de ville dans nos contrats. Le remboursement des médicaments peut aussi constituer un terrain de rupture encore pratiquement inexploré à ce jour, car tous les contrats ou presque présentent les mêmes garanties.

Il en est de même des dépassements d'honoraires chirurgicaux. Il n'y pas de fatalité à exprimer sa garantie en pourcentage du TC, même sur ce poste.

Pour aller encore plus loin au service du consommateur, l'assurance santé a besoin d'air

Cette « rupture » avec la logique unique de la Sécurité sociale pose de nouveaux problèmes qu'il ne faut pas sous-estimer si l'on veut que l'innovation s'épanouisse dans ce secteur.

Certains de ces problèmes sont à affronter par les complémentaires elles-mêmes. Ces logiques nouvelles complexifient dans un premier temps la gestion. Il faut trouver d'autres outils, d'autres circuits indépendants de la Sécurité sociale qui réduiront à leur tour les coûts, mais dans un premier temps il faut accepter un surcroît de complexité de gestion. Il faut être capable de modifier ses méthodes de vente et son *marketing* pour accompagner cette mutation. Il faut aussi discerner ce qui est audible par le client de la part d'une complémentaire et ce qui ne l'est pas ou pas encore.

D'autres problèmes, nombreux, sont extérieurs au monde de l'assurance et risquent chaque jour de stériliser la capacité d'innovation de ce secteur. L'État, en tout premier lieu, ne cesse de prendre des mesures qui vont à l'encontre de ces innovations. La logique « rouleau compresseur » de ses initiatives est susceptible de stériliser cette approche fine, adaptée à divers types de clients et de consommation. La CMU ou les « contrats responsables » sont l'archétype de ses initiatives qui stérilise un peu plus le champ des initiatives des

complémentaires, sans rendre de service véritable au consommateur. Ces systèmes monolithiques et inadaptés aux besoins des personnes limitent la créativité possible et les choix exercés par les consommateurs. L'État légifère dans ces systèmes au niveau de l'hyper-détail et ne laisse aucune place aux régulations par le consommateur vis-à-vis des offres alternatives qui pourraient lui être faites par les complémentaires.

Le futur système de franchise qui nous attend est de même nature. Mécanisme grossier, ne laissant aucune place à la gestion du risque et porteur d'une vision systémique nulle. Une taxe déguisée en quelque sorte.

Le débat surréaliste, incarné par le fameux « rapport Babusiaux » sur l'accès aux informations par les complémentaires, va dans le même sens. Il s'agit uniquement d'empêcher les complémentaires de faire leur métier intelligemment et de les cantonner dans un rôle « derrière la Sécurité sociale » que beaucoup estiment qu'elles n'auraient jamais dû quitter.

Cette interdiction d'accès à l'information que l'on veut prolonger est toujours, bien entendu, « destinée à protéger le consommateur », y compris souvent malgré lui ! Les assureurs savent si un de leur client est en « affection longue durée » (ALD) ou s'il a séjourné dans un hôpital psychiatrique mais ils ne doivent surtout pas avoir accès au code des médicaments pour lui rembourser ou non son traitement contre le rhume des foins acheté sans ordonnance. Il est certain que ce point freine énormément l'innovation.

Autre problème majeur, le blocage des professionnels de santé et surtout de ceux qui les représentent. Les Ordres – comme les syndicats médicaux – voient d'un mauvais œil l'émergence d'un rôle acheteur de soins éclairé, *via* les plates-formes de gestion du risque des complémentaires. Ils ne supportent pas que l'on puisse, avec le consommateur, obtenir un droit de regard sur leurs tarifs ou leur critère qualité, et rembourser mieux les clients s'ils acceptent de fréquenter des professionnels de santé qui respectent un certain cadre.

Le colloque singulier qu'ils entretiennent depuis des lustres avec la Sécurité sociale leur semble devoir être préservé et l'émergence des innovations promues par les complémentaires est souvent combattue. Ces organisations sont puissantes. Il est très important de bien communiquer sur les innovations que l'on lance et leur intérêt pour le consommateur pour réduire leur capacité de blocage toujours « au nom de la santé publique ».

Mais ces obstacles n'empêchent pas d'avancer. Ils limitent seulement la vitesse et l'ampleur du mouvement pouvant être accompli dans ce secteur. Il faut y accepter une politique des petits pas qui permet au passage de faire mûrir les consommateurs et de préparer de nouveaux changements. Le métier devient alors plus passionnant car on passe d'un risque analysé de manière linéaire, avec des statistiques en rétroviseur et un *marketing* essentiellement de distribution, à un risque devant être analysé de manière plus systémique et où le *marketing* et l'actuariat avancent d'une manière soudée. Dans tous les cas, le consommateur doit être au cœur de ces évolutions. C'est en modélisant ses réactions par rapport à de nouveaux principes, de nouveaux services, ou de nouvelles garanties que l'on retrouve des marges de manoeuvre et des capacités d'innovation. Les comportements des consommateurs en santé doivent donc être de mieux en mieux segmentés, analysés, accompagnés.

Ce travail débute en complémentaire santé en France et il est passionnant. Bien plus passionnant que les garanties exprimées « derrière la Sécurité sociale ». Quant on a respiré un peu cet air du large, on a définitivement... besoin d'air !

Note

1. Santéclair est une filiale d'AGF, de MaafMMA et Ipéca, qui regroupe 4 millions de clients pour de la gestion du risque en santé.

LA RÉVOLUTION DE LA TITRISATION EN ASSURANCE

Jean-Christophe Ménioux

Directeur des Financements, Groupe Axa

On oppose souvent, surtout en assurance vie, le modèle traditionnel d'accumulation indifférenciée des risques au modèle d'intermédiation pure, directement inspiré du modèle bancaire. Le modèle traditionnel, consistant à souscrire des risques et à les porter de façon indifférenciée jusqu'à extinction de toutes les garanties sans pouvoir se limiter à un risque particulier, est épuisé. L'autre modèle, consistant à souscrire des risques et à les transférer directement aux marchés financiers, ne répond pas à la culture ni à la vocation des sociétés d'assurances. Comme souvent, la sagesse est au milieu du chemin. Les sociétés d'assurances ont certes besoin de mieux connaître les risques qu'elles souscrivent pour pouvoir les porter, mais elles ont aussi besoin de techniques pour pouvoir transférer les risques quand elles souhaitent les modifier, voire ne plus les conserver.

Un changement de modèle à l'origine d'une modernisation des techniques

Il est indéniable que le modèle d'assurance a évolué ces dernières années. Traditionnellement, les seules sources de transfert de risques utilisées par les entreprises d'assurances étaient les opérations de réassurance. Elles consistent ni plus ni moins à mutualiser le risque en le transférant

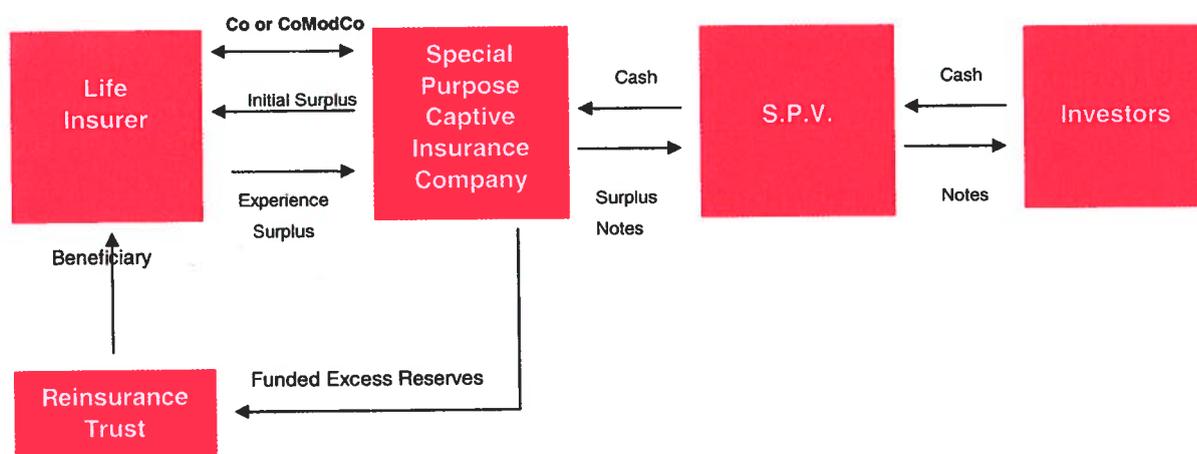
de proche en proche à d'autres sociétés. Mais le risque reste confiné au secteur. Concernant les risques financiers, le secteur bancaire a développé ces vingt dernières années des techniques de gestion dynamique des risques (futures, *swaps* de crédit, options...) à la fois liquides et efficaces. Elles peuvent et doivent être réutilisées par les entreprises d'assurances pour gérer dynamiquement leurs risques de marché, en particulier sur les portefeuilles d'assurance vie. Concernant les risques d'assurance, la titrisation vient bouleverser le schéma traditionnel de réassurance en introduisant un nouvel instrument de transfert des risques d'assurance à de nouveaux acteurs, sans risque de contrepartie sur le « réassureur ».

La titrisation : une vieille invention nouvelle pour l'assurance

En résumé, la titrisation consiste à rassembler des risques de natures différentes pour bénéficier de leur diversification, puis à « trancher » ce portefeuille commun en différentes classes d'actifs plus ou moins risqués. Classiquement, les premiers risques sont conservés par l'émetteur. Les tranches de risques suivantes sont ensuite cédées aux marchés financiers, les investisseurs bénéficiant d'une rémunération d'autant plus forte que leur exposition au risque, mesurée par des modèles ou par les agences de notation, est importante.

Ces opérations sophistiquées de financement ou de transfert de risques sont utilisées depuis une vingtaine d'années par les banques pour optimiser leur financement, ou gérer leur bilan, et étaient traditionnellement réservées au risque de crédit. L'émergence récente des titrisations pour céder des risques d'assurance montre une convergence des techniques de gestion des risques entre les secteurs assurantiel et bancaire et dénote en particulier une évolution de la conception de création de valeur de l'assureur – qui n'est plus essentiellement pensé comme porteur de risques mais aussi en partie comme intermédiaire.

Exemple de montage XXX



Titrisations de valeur et titrisations de risques

Une infinité de montages possibles de titrisations existe ; les seules limites sont celles de l'ingéniosité et de la créativité des banques d'investissement qui les conçoivent et aident à les vendre.

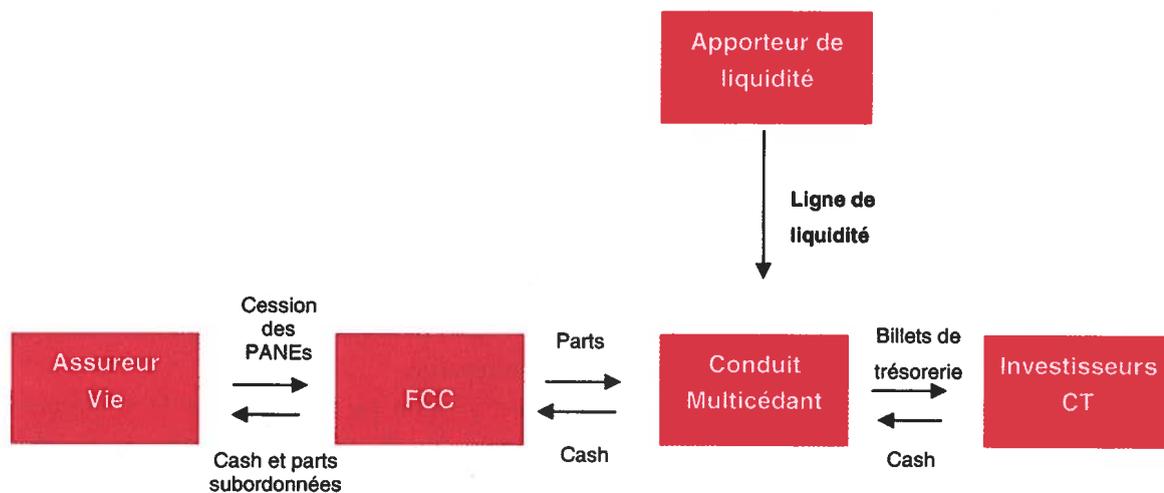
On peut cependant distinguer deux grandes familles : les titrisations de valeur et les titrisations de risques. Les titrisations de valeur sont des opérations de financement visant à lever des fonds à moindre coût et dans lesquelles le portefeuille d'assurance est utilisé comme une sûreté donnée aux prêteurs en garantie ou comme collatéral. En d'autres termes, l'émergence progressive du profit du portefeuille sert à garantir au prêteur qu'il sera bien remboursé et permet en contrepoint à l'emprunteur de s'endetter moins cher.

Les exemples courants sont les titrisations d'*embedded value* qui ont vu le jour surtout au Royaume-Uni et aux États-Unis, ou les opérations de titrisations dites XXX ou AXXX servant de collatéral face aux besoins surdimensionnés de capital exigés par le régulateur de New York sur certains produits d'assurance vie.

Les titrisations de primes acquises non émises (PANEs) peuvent être apparentées à la même famille. Plusieurs ont vu le jour en France ces six dernières années. Elles répondent à un besoin réglementaire de couverture des engagements et ressemblent à s'y méprendre à de l'affacturage bancaire classique.

Elles consistent à transférer à intervalle régulier à un véhicule de financement des PANEs qui sont acquises avec une légère décote par le véhicule, puis refinancées au fil de l'eau sur les marchés financiers. Le *cash* obtenu remonte chez l'assureur et vient renforcer sa couverture des engagements.

Exemple de montage de titrisation PANEs



Quelques exemples de titrisations de risques

Les titrisations de transfert de risques s'éloignent de cette logique de financement. Elles visent au contraire à protéger l'assureur, et par suite à libérer du capital, en transférant totalement ou partiellement des risques que la société d'assurance ne souhaite plus conserver :

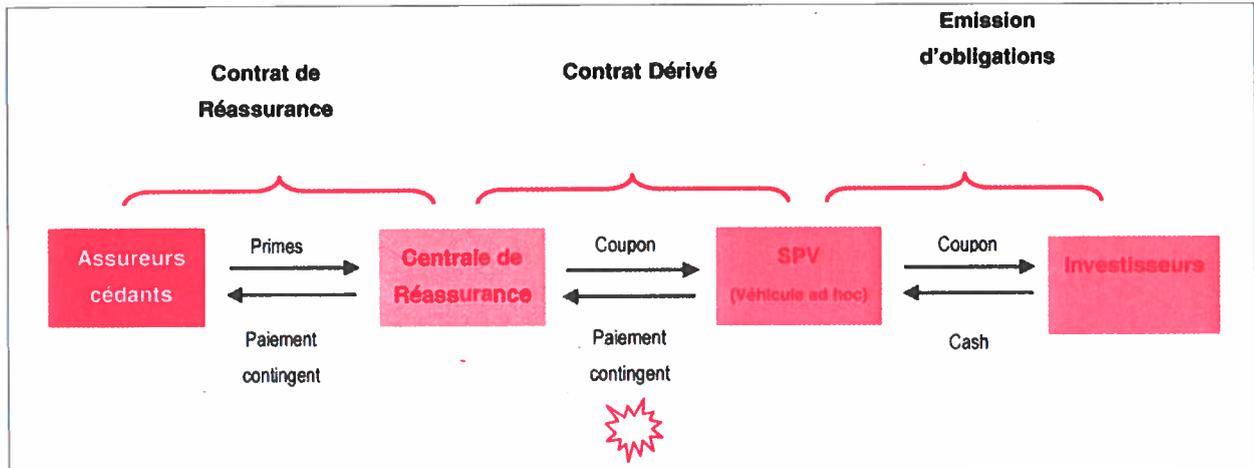
- soit parce qu'ils sont trop chèrement pondérés en capital par les agences ou par le régulateur par rapport aux risques réels mesurés par leur modèle de capital économique ;
- soit parce qu'ils ne s'intègrent plus dans la politique de gestion des risques de l'entreprise.

Les exemples les plus connus et les plus anciens sont les obligations catastrophes. Tempêtes en Europe, tremblements de terre au Japon ou en Californie, cyclones en Floride, inondations, éruptions volcaniques, etc., la liste des périls transférés est longue. Les

réassureurs, Swiss Re en tête, sont les pionniers sur ces marchés qui historiquement ont été les premières titrisations d'assurance. Le marché s'est progressivement développé sans jamais exploser à mesure que de plus en plus de fonds se spécialisaient sur ces classes de risques. Il a atteint environ \$ 4 milliards en 2006, mais reste un marché de spécialistes. En ce sens, il n'a pas réussi à imposer dans l'esprit des investisseurs le risque d'assurance comme une nouvelle classe d'actifs à part entière.

Plus récemment, sur des portefeuilles d'assurance vie, ont vu le jour les premières opérations de titrisations de mortalité ¹. Après Swiss Re qui a réalisé deux opérations semblables en 2003 et 2005, Axa a été le premier assureur à lancer en 2006 un tel programme de couverture du risque de surmortalité. Ces programmes protègent contre une aggravation soudaine de la mortalité dans plusieurs pays qui accélérerait les paiements des contrats temporaires décès.

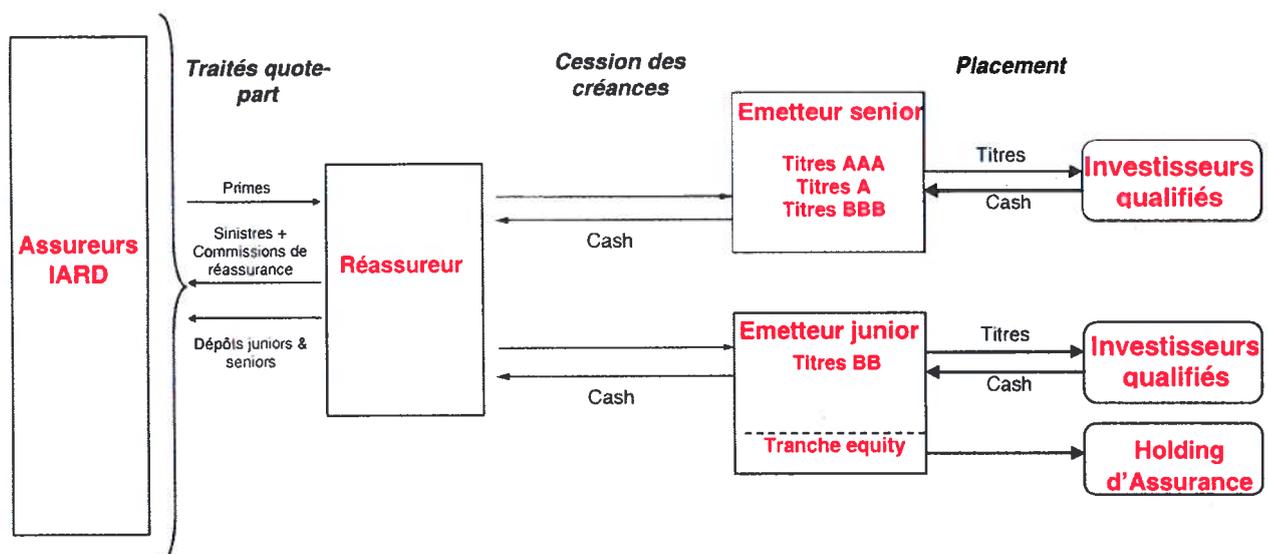
Exemple de montage d'obligation catastrophe



Enfin, la génération la plus récente de titrisations de risques est représentée par les opérations de titrisations du portefeuille automobile entreprises par Axa en 2005 et 2007 ². Il s'agit de transferts aux marchés financiers du risque de déviation au-delà d'un certain seuil de la sinistralité d'un portefeuille de contrats automobiles de particuliers par le biais d'un mécanisme en deux étapes.

- Une réassurance proportionnelle signée par les entreprises d'assurances pour se conformer au cadre réglementaire actuel, et collatéralisée par un ou plusieurs dépôts du réassureur afin d'éliminer tout risque de contrepartie.
- Une titrisation par le réassureur de sa créance de restitution des dépôts à un véhicule *ad hoc* (fonds communs de créances ou FCC)

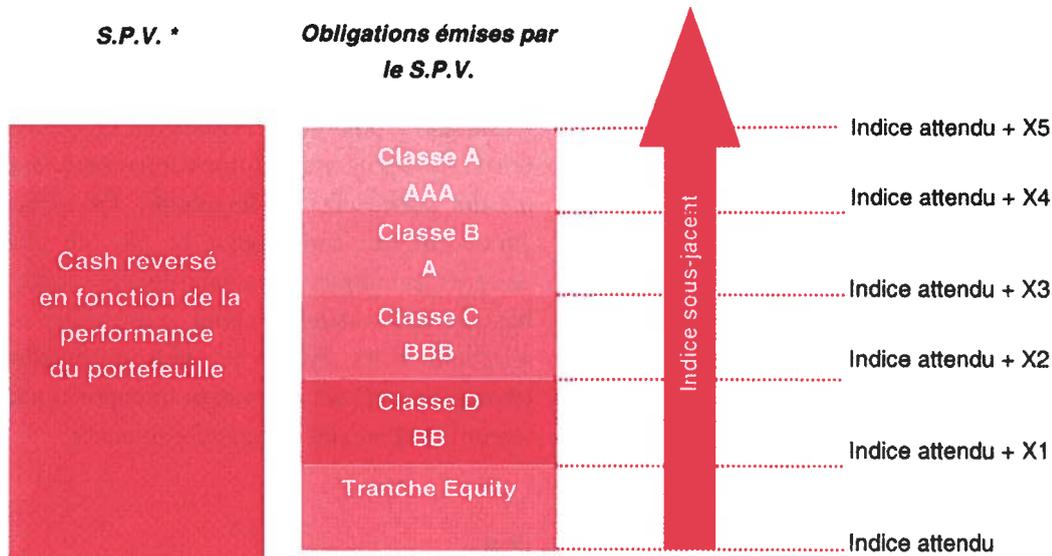
Exemple de montage de titrisation d'un portefeuille IARD



Ces trois différentes titrisations de risques (catastrophe, mortalité et automobile) sont fondées sur un mécanisme identique vis-à-vis des investisseurs. Ceux-ci perçoivent un intérêt pendant la durée de la transaction (en général de 3-4 ans) en échange d'un risque en principal sur le montant de leur investissement. Si l'indice de risque sous-jacent (mesuré par la vitesse du vent, la distance à l'épicentre d'un tremblement de terre, le taux de mortalité ou la sinistralité) évolue dans des proportions modestes et ne s'aggrave pas significativement au cours de la transaction, les montants

engagés seront rendus à maturité aux investisseurs. En revanche, en cas de déviation de cet indice au-delà d'un certain seuil, un montant proportionnel à la gravité de l'événement sera prélevé sur leur investissement et payé à l'assureur. Les seuils sont définis au moment du lancement de l'opération et correspondent à différentes tranches de risques. Plus la probabilité de toucher une tranche donnée est forte, plus la notation donnée par les agences est basse, mais plus le coupon rémunérant l'investisseur est important.

Tranching du risque



Titrisation de risques et réassurance

La titrisation de risques est un outil puissant et moderne à la fois de gestion des risques (« *risk management* ») et d'optimisation du capital (« *capital management* »). Dans une optique de gestion des risques, l'assureur cherche à se protéger contre un événement exceptionnel qui pourrait avoir un impact significatif défavorable sur le compte de résultat. Il peut s'agir d'un risque de pointe, comme une catastrophe naturelle, ou d'un

risque plus fréquent dont l'accumulation est jugée insupportable par le Groupe. Dans une optique d'optimisation du capital, l'assureur cherche à libérer du capital en démontrant que le montant exigé par les agences de notation ou par le régulateur est en excès par rapport au capital réellement requis par les investisseurs. Le meilleur portefeuille pour ce type de transaction est un portefeuille stable sur lequel les risques sont déjà diversifiés ou mutualisés.

Les avantages principaux de la titrisation par rapport à la réassurance traditionnelle sont multiples :

- couverture sur plusieurs années ;
- Contrairement à la réassurance dont les contrats sont en général renégociés tous les ans, les montages de

titrisation sont habituellement prévus sur 3-4 ans, ce qui permet également d'étaler sur une plus longue période les coûts de structuration (agences de notation, avocats, banques de placement et de structuration, SPV...).

- absence de risque de contrepartie ;

Le risque maximal des montages est connu par avance et intégralement financé (« *fully funded* ») par les investisseurs. L'argent est d'ordinaire isolé sur un compte séquestre ou collatéralisé par des titres de très bonne qualité, ce qui permet d'éliminer tout risque de contrepartie et toute défaillance des diverses parties au montage.

- diversification des sources de transfert de risque ;

La titrisation présente le mérite d'élargir la gamme des contreparties acceptant de porter des risques d'assurance en dehors de la sphère des assureurs et des réassureurs. Ces risques étant non corrélés avec les autres actifs des marchés financiers, ils apportent une saine diversification et devraient s'imposer à terme comme une nouvelle classe d'actifs pour les investisseurs.

- profondeur du marché ;

La profondeur des marchés financiers est sans commune mesure avec celle des marchés de l'assurance et de la réassurance.

Conclusion

Dans le monde, les titrisations d'assurance ont représenté seulement \$ 7 milliards en 2006, alors que les titrisations bancaires ont atteint sur la même période € 450 milliards pour la seule Europe. La route est encore longue pour faire des risques d'assurance une classe d'actifs à part entière pour les investisseurs, et de la titrisation une solution banale de transfert de risque pour les sociétés d'assurances. Mais, la tendance est lancée et la marche inéluctable.

Il est souhaitable que les premières opérations pionnières de titrisation en assurance vie et en assurance dommages préfigurent d'autres opérations. Mais, pour se développer, il est indispensable que les opérations de titrisation se standardisent, ce qui nécessite préalablement une certaine maturité du marché. Il est également indispensable de disposer d'un cadre réglementaire favorable accordant à l'assureur le bénéfice du transfert de risque réalisé, comme c'est le cas pour les banques depuis plus de 10 ans³. Nul doute que Solvency II fournira aux entreprises d'assurances le cadre réglementaire adéquat, pour peu qu'assureurs et régulateurs travaillent ensemble pour définir des règles équilibrées.

Le développement du modèle d'intermédiation et la titrisation n'annoncent pas la disparition de la réassurance, toujours sans égale pour un certain nombre de risques nécessitant une connaissance approfondie des portefeuilles et des risques. En revanche, ils annoncent une convergence de plus en plus forte entre les techniques et les instruments utilisés par les banques et les assurances pour se diversifier et mieux sélectionner les risques les plus profitables. Cela devrait se concrétiser à terme par une appréciation de la valeur boursière des sociétés d'assurances.

Notes

1. *Transfert du risque de mortalité : opérations Vita I et Vita II par Swiss Re en 2003 et 2005 ; opération Osiris par Axa en 2006.*

2. *Transfert du risque de déviation de la sinistralité d'un portefeuille automobile : opération SPARC pour Axa France en 2005 ; opération SPARC Europe pour Axa en Belgique, Allemagne, Italie et Espagne en 2007.*

3. *Les titrisations sont intégrées dans Bâle I depuis plus de 15 ans, et le traitement spécifique du rachat par le cédant de la première tranche de risque a été précisé dès 1995.*

L'INNOVATION FINANCIÈRE RENOUVELLE-T-ELLE L'ASSURANCE ?

Yann Le Pallec

Managing Director, Standard & Poor's

« Titres hybrides », « titrisation automobile », « Cat Bonds », « side-cars »... Depuis quelques mois, la presse économique se fait régulièrement l'écho d'une intensification des opérations réalisées par les assureurs et les réassureurs en lien direct avec les marchés financiers. Ces vocables ésotériques recouvrent des réalités différentes mais désignent pour la plupart des transactions destinées aux investisseurs obligataires. Quoi d'étonnant à cela finalement ? Les liens entre les marchés de la dette et la profession sont inscrits dans l'activité même d'assurance dont la durée des engagements justifie un placement massif des fonds collectés auprès des assurés sur des supports obligataires, d'où leur statut d'« investisseurs institutionnels ». La multiplication de ces transactions traduit pourtant, au-delà de leur sophistication, une révolution d'ordre culturel de la part des assureurs. Elles obéissent en effet généralement à une logique très différente, non plus centrée sur l'actif mais sur le passif – fait nouveau. Or, l'aversion que l'industrie nourrit traditionnellement à l'encontre du concept d'endettement demeure répandue et trouve son origine tant dans l'abondance et le coût modéré des ressources financières disponibles jusqu'à une période relativement récente (assurés, actionnaires, réassureurs), que dans le caractère restrictif de la réglementation. Le 11 septembre 2001 a mis à mal une partie de ces repères et consacré la montée des incertitudes techniques et financières : augmentation de la fréquence des catastrophes naturelles de grande ampleur, diffusion de la menace terroriste, apparition du risque de pandémie, impact de l'allongement de la durée de la vie sur les engagements de retraite, volatilité des marchés... À l'échelon européen, la perspective de l'entrée en vigueur de Solvabilité II à compter de 2012 occupe tout l'horizon, suscitant à ce stade beaucoup d'interrogations sur l'évolution du cadre réglementaire. Dans ce contexte marqué par une extrême fluidité, la question du caractère conjoncturel ou durable de la vague actuelle d'innovation financière observée dans le secteur de l'assurance se pose donc avec acuité et, a fortiori, celle de sa pertinence.

Les opérations de transfert de risques

Les obligations catastrophes, plus communément appelées « *Cat Bonds* », constituent la forme la plus ancienne de titrisation en assurance. Représentant un volume annuel de l'ordre du milliard de dollars depuis 1999, les émissions de *Cat Bonds* ont connu en 2006 une brusque multiplication par quatre. Suite à l'accumulation en 2005 sur le Golfe du Mexique de trois ouragans majeurs (Katrina, Rita et Wilma), l'offre en réassurance s'était en effet fortement contractée pour ce type de risques, avec pour corollaire une envolée des tarifs. Les *Cat Bonds* ont immédiatement mis à la disposition des assureurs et des réassureurs, actifs sur la zone, des capacités alternatives en levant les capitaux directement sur les marchés financiers. Les *side-cars* sont apparus dans le même temps pour permettre aux réassureurs spécialisés dans la couverture des catastrophes naturelles, essentiellement bermudiens, de continuer à souscrire malgré l'assèchement des couvertures en récession (la réassurance des réassureurs), élément indispensable à l'exercice de leur activité. Similaires dans leur objet, *Cat Bonds* et *side-cars* divergent cependant en substance. Les *Cat Bonds* s'adressent aux investisseurs obligataires désireux de diversifier leurs placements en leur procurant l'accès à plusieurs tranches d'une même émission caractérisées par une probabilité de défaut et, par conséquent, un intérêt différent. Les *side-cars*, de leur côté, se présentent comme des sociétés constituées autour d'un nombre restreint d'actionnaires avertis du type *hedge funds*, liées à un réassureur spécifique par un traité en quote-part couvrant une partie de son portefeuille pour une durée définie. L'impact systémique de ces deux catégories de véhicules est indéniablement positif. *Cat Bonds* et *side-cars* ont en effet démontré leur capacité à maintenir la couverture de risques catastrophes lors du retrait des acteurs traditionnels, tout en en assurant leur dispersion auprès d'une nouvelle catégorie d'intervenants. Les marchés financiers parviennent même dans le cas des

Cat Bonds à éliminer le risque de contrepartie inhérent à toute opération de réassurance, car leur mécanisme inclut le préfinancement en *cash* du règlement des sinistres en cas de survenance de la (des) catastrophe(s).

En 2005, un pas important fut franchi sur le plan technique avec l'apparition, dans le sillage de l'épidémie de Sras (syndrome respiratoire aigu sévère) dans le sud-est asiatique, de la couverture par les marchés financiers du risque de pandémie, jusque-là inassurable et désormais pris très au sérieux par la communauté scientifique. Coup sur coup, La Suisse de Ré et Axa ont en effet mis en place un nouveau type d'obligations catastrophes visant à protéger leurs portefeuilles vie mondialement diversifiés contre la surmortalité des populations assurées. On a alors parlé de « *Mortality Bonds* ». Actuellement, les recherches s'orientent vers la couverture du risque d'allongement de la durée de vie qui fait peser une menace de plus en plus concrète sur les engagements de retraite des assureurs, et ne trouve pas de solution sur le marché traditionnel de la réassurance. Dans les deux cas, l'extension du principe des obligations catastrophes pallie une véritable carence.

La même année, La Suisse de Ré et Axa ont également exploré la piste extrêmement prometteuse de l'application de la titrisation à la couverture de risques cette fois-ci de fréquence élevée et d'intensité plus réduite. Ces deux transactions, la première réalisée sur le portefeuille d'assurance automobile d'Axa en France (FCC SPARC), la seconde sur le portefeuille de réassurance crédit de La Suisse de Ré (Crystal Credit Ltd), avaient pour but de démontrer l'appétit des investisseurs pour cette nouvelle classe d'actifs. Leur objectif à plus long terme est de consacrer la technique de la titrisation comme outil d'optimisation des fonds propres des assureurs, à l'instar de ce qui se pratique couramment depuis une quinzaine d'années dans le secteur bancaire pour toute une série d'actifs, dont les encours de crédits immobiliers. Il s'agit là de transactions particulièrement innovantes dont la principale vertu est, à ce stade, d'interpeller régulateurs et agences de notation

sur les modalités de leur prise en compte dans leurs calculs respectifs de marge de solvabilité. En Europe, le futur cadre prudentiel Solvabilité II semble retenir une approche beaucoup plus économique que la réglementation actuelle. On peut donc penser que ces opérations devraient donner lieu à terme à la définition de principes permettant leur reconnaissance dans le calcul de la marge de solvabilité au titre du Pilier 1 du futur cadre réglementaire. Les travaux des agences de notation devraient aboutir dans des délais plus brefs, Standard & Poor's poursuivant une réflexion selon deux axes : tout d'abord, l'alignement du bénéfice quantitatif de l'opération sur son impact économique, tel qu'appréhendé notamment par les modèles internes de fonds propres, sous réserve d'un niveau de transfert de risque minimal ; ensuite, pour les structures non indemnitaires, la réduction raisonnable du risque de base par le biais d'une modélisation adéquate. En dépit des incertitudes qui planent encore sur leur traitement, des opérations semblables devraient à nouveau être présentées au marché, ne serait-ce que pour acclimater les investisseurs à un niveau plus élevé de transfert de risque. En l'espèce, le 7 juin 2007, Axa a inclus dans le FCC SPARC ses portefeuilles automobiles allemand, belge, espagnol et italien.

La levée de capitaux permanents

Parallèlement aux opérations précédentes, le phénomène le plus marquant sur le plan de l'innovation financière en assurance a été le développement des émissions de « titres hybrides » tant en nombre qu'en volume au cours des dix dernières années. Instruments considérés juridiquement comme de la dette mais pourvus de caractéristiques les rapprochant des fonds propres, les titres hybrides appartiennent à la catégorie des quasi-fonds propres sur les plans comptable et réglementaire. S'ils font l'objet d'une reconnaissance partielle dans l'environnement Solvabilité I, Solvabilité II devrait leur consacrer un rôle plus

important. Leur admission par les agences de notation dans leurs modèles de solvabilité repose d'ores et déjà sur une analyse économique de leur fonctionnement et a, à cet égard, contribué largement à leur essor. À titre d'exemple, Standard & Poor's reconnaît la qualité de quasi-fonds propres à tout instrument satisfaisant les conditions suivantes : échéance supérieure ou égale à 20 ans, fort degré de subordination par rapport à toutes les autres créances existantes et à venir, faculté de la direction de suspendre temporairement le paiement des intérêts en fonction de la survenance de situations de crise prédéfinies, telles que le franchissement à la baisse d'un multiple de la marge de solvabilité réglementaire, non-paiement de dividendes, intervention du régulateur... Dans tous les cas, il importe de sonder la direction sur ses intentions en cas de remboursement anticipé de l'instrument – possibilité conférée en général à partir de la dixième année – de manière à s'assurer de son remplacement par tout autre de caractéristiques similaires, voire tout bonnement par une augmentation de capital. Deux limites importantes s'appliquent toutefois. D'une part, les quasi-fonds propres ne doivent pas représenter un poids disproportionné – pas plus de 25 % du total des fonds propres économiques, c'est-à-dire intégrant une partie des plus-values latentes sur placements, l'actualisation des provisions de sinistres à payer en non-vie, une partie de la valeur de portefeuille en vie si celle-ci est disponible... D'autre part – contrainte tout aussi importante –, l'émetteur doit être en mesure de couvrir la charge d'intérêts annuelle avec une marge de sécurité proportionnelle à sa note et mesurée par un multiple de l'EBITDA, Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (revenus avant intérêts, impôts – taxes –, dotations aux amortissements et provisions). Une innovation récente rend ces instruments accessibles aux acteurs de taille plus modeste et à un coût plus supportable, *via* la mutualisation de différentes émissions au sein d'un véhicule dédié se refinançant par appel direct au marché. Plus de 80 milliards d'euros d'encours de titres hybrides émis par les assureurs et les réassureurs sont aujourd'hui notés par Standard & Poor's en Europe, et plus d'un milliard au titre de pools.

Enfin, l'ingénierie financière cherche depuis quelques années à permettre aux assureurs de libérer des fonds propres par le biais de la titrisation de certains de leurs actifs, sans que ce type d'opérations ne parvienne réellement à s'imposer, essentiellement pour des raisons d'ordre réglementaire. En vie, la titrisation de l'*embedded value* n'a donné lieu qu'à deux ballons d'essai au Royaume-Uni : National Provident Institution en 1998 et Barclays Bank en 2003 lors de la fusion de ses filiales Woolwich Life et Barclays Life. Plus près de nous, Hannover Re est parvenu en février dernier à titriser un bloc de créances sur ses rétrocessionnaires qui représentait un montant significatif par rapport à celui de ses fonds propres et s'avérait porteur d'un risque de recouvrement non négligeable (Merlin CDO I). Cette opération est susceptible d'être reproduite au cours des mois qui viennent.

Effet de mode ou tendance de fond ?

Comme décrit précédemment, les marchés financiers se présentent aujourd'hui par le biais des *Cat Bonds* comme une alternative efficace et compétitive parce que les niveaux de prix et les conditions pratiqués par les acteurs traditionnels sont particulièrement tendus. Or, même si ces derniers se proclament aujourd'hui déterminés à maintenir une discipline de souscription rigoureuse – et que l'on peut également leur faire crédit d'une meilleure gestion de leurs risques – la réassurance devrait néanmoins demeurer une activité cyclique. On peut donc légitimement anticiper à l'avenir une corrélation entre les volumes de *Cat Bonds* émis et le niveau tarifaire des offres classiques. À l'inverse, le fort niveau de concentration des réassureurs – illustré à nouveau récemment par la prise de contrôle de Converium par Scor – et une solidité financière en moyenne au plus égale à celle de leurs principaux clients devraient inciter ces derniers à continuer de diversifier leurs protections, contribuant ainsi à installer durablement les *Cat Bonds* dans

le paysage. De même, *Mortality Bonds* et, demain, *Longevity Bonds* devraient se répandre, compte tenu de l'absence d'offre concurrente.

Le phénomène des *side-cars*, étroitement lié au secteur hautement cyclique des rétrocessions, s'avère en revanche l'apanage d'investisseurs opportunistes et extrêmement mobiles, qui saisissent l'occasion d'encaisser des dividendes élevés pendant la phase haute du cycle tarifaire en pariant sur une sinistralité bénigne. Dès lors, on peut s'interroger sur le caractère durable de leur engagement, voire spéculer sur une désertion massive en cas de saison cyclonique intense.

L'appétit actuel des investisseurs pour le papier « assurance », en particulier sous la forme de titres hybrides, s'explique en partie par un contexte marqué par l'ampleur des liquidités disponibles dans un environnement de taux bas. Le marché pourrait se refermer sous le coup d'une brutale tension sur les *spreads*. En outre, sa capacité d'absorption instantanée n'est pas illimitée même s'agissant de titres bénéficiant d'une notation élevée, comme l'a prouvé l'été dernier le phénomène de saturation observé consécutivement à l'émission de 3,8 milliards d'euros d'Axa pour financer l'acquisition de Winterthur. Structures capitalistes et mutualistes sont cependant confrontées depuis 2002 au problème de la rareté et de la cherté des ressources procurées par les assurés et les réassureurs – et les actionnaires pour les sociétés anonymes. Dans ce contexte, la mise à disposition de tous les instruments leur permettant d'accéder directement ou indirectement aux investisseurs afin de financer leur croissance ou de renforcer leur structure bilanciale constitue un progrès remarquable. La vigueur de l'augmentation des encours de titres hybrides ne devrait donc pas se démentir au cours des années qui viennent, avec la perspective de l'introduction de Solvabilité II comme catalyseur. Le Pilier 1 centré sur la modélisation des fonds propres devrait en particulier provoquer un recours étendu aux quasi-fonds propres de la part des acteurs de taille petite ou moyenne, si le calibrage définitif s'avérait plus onéreux que la formule actuelle. En outre, Solvabilité II devrait consacrer la place de ces instruments dans la

gestion financière des assureurs européens et favoriser l'adoption de politiques d'optimisation des fonds propres, ce qui constituerait effectivement une véritable révolution.

Conclusion

En résumé, si certaines opérations comme les *side-cars* présentent un caractère indubitablement opportuniste, un rapport plus étroit semble aujourd'hui s'instaurer entre assureurs et marchés financiers, qu'il s'agisse d'accéder

à des couvertures alternatives aux offres traditionnelles ou de lever des capitaux permanents. Au demeurant, peut-on considérer que FCC SPARC et Crystal Credit préfigurent un recours généralisé des assureurs à la titrisation d'ici 10 à 15 ans ? Bien difficile à dire... On peut néanmoins raisonnablement parier sur un développement continu à l'initiative des principaux intervenants du secteur. Par ailleurs, l'innovation financière continuera à conforter le système dans son ensemble par une meilleure dispersion des risques, une protection étendue et renforcée, une gestion plus optimale des ressources et un accroissement de la flexibilité financière des acteurs.

4.

Études et livres

■ Pierre Martin

Petite histoire des agents d'assurance (XIX^e-XX^e s.) : au service du risque

■ Jean-Luc Virués

Les conséquences d'un système de traçabilité sur l'assurabilité des risques d'entreprise

■ Florence Voss

La réassurance : une opportunité pour les mutuelles ?

Livres

Guide des sources sur l'histoire de l'assurance

Comité scientifique pour l'histoire de l'assurance - FFSA -
par Pierre Martin

Voyage au pays du risque

de François Bernard
par Henri Debruyne

50 petites expériences en psychologie de l'épargnant et de l'investisseur

de Mickaël Mangot
par Carlos Pardo

Petite histoire des agents d'assurance (XIX^e-XX^e s.) : au service du risque

Pierre Martin

Agrégé d'Histoire, Docteur en Histoire

« **A**gent : appellation d'intermédiaire d'entreprises privées, généralement appelé à servir d'intermédiaire entre la direction et des usagers » nous dit *Le Petit Robert*. Plus technique, un dictionnaire professionnel définit l'agent d'assurance comme « Une personne physique ou morale, mandataire d'une société d'assurances qui, dans une circonscription déterminée, la représente et lui réserve l'exclusivité de sa production. Il est lié à l'assureur par un traité de nomination qui détermine l'étendue et la nature des obligations de l'agent et de son entreprise mandante. » (James Landel, Martine Charre-Serveau, 2000). Pour bien des clients, l'agent incarne à lui seul l'assureur. Il est d'ailleurs désormais commun de dire « je vais chez mon assureur » pour dire « je vais chez mon agent d'assurance ». Il s'est imposé comme l'interface entre le marché et les entreprises d'assurances au terme d'une histoire méconnue et complexe qui n'est pas sans paradoxes. Paradoxe statutaire : ces agents sont des professions libérales indépendantes qui portent le risque de la réussite ou de la déconfiture de leur affaire... mais sont dépendants d'une société

d'assurances, dont ils sont les représentants, qui leur fournit les produits d'assurance. Paradoxe de marché : à l'inverse, l'entreprise dépend de ses agents pour la diffusion, la vente de ses produits... comme pour la qualité du risque souscrit. Un détour par l'Histoire peut peut-être nous aider à reconstituer l'écheveau de relations parfois ambiguës qui ont participé de la domestication du risque des particuliers en France.

■ La dépendance : les agents au service de l'assurance (1814-1914)

« *Les bons agents sont rares. Les compagnies se les disputent à coups de remises, quand ce n'est pas d'appointements. Et malgré cela, elles n'en rencontrent pas toujours. En tout cas, il nous en faut trouver à tout prix... L'avenir de notre société en dépend.* » Ce patron d'une société d'assurances de province, « directeur » selon l'expression consacrée du moment, s'exprime dans la France rurale de la Belle Époque. Faut-il le prendre au mot ? De fait, les premières entreprises françaises d'assurances se sont

constituées un siècle plus tôt. Elles ont dû conquérir un marché vierge, ce qui est stimulant, mais en l'absence de toute analyse préalable du risque et de tout réseau d'agents, ce qui est pénalisant. Il semble bien, mais il s'agit d'une hypothèse qui mériterait approfondissement à partir d'archives de sociétés, que les premiers « agents » aient été des notaires. Ce sont plutôt des correspondants, choyés des sociétés d'assurances, qui réalisaient occasionnellement des opérations d'assurance. Ils avaient en leur étude des contrats en blanc qu'ils faisaient remplir lors d'une opération patrimoniale : vente, achat, succession.

Sociologiquement, on retrouve d'ailleurs les notaires parmi les fondateurs des sociétés aïeules d'Azur (1819) et surtout des *Mutuelles du Mans* (1826). Les sociétés comprennent tout l'intérêt qu'elles ont à constituer un véritable réseau d'agents qui leur sont attachés. L'intermédiation est stratégique au regard du risque : en acceptant une affaire, les agents engagent la responsabilité de la société et contribuent à la qualité du portefeuille. Ce sont alors plutôt des salariés de la société

– avec un variable individualisé de « primes d'encouragement » lié au volume d'affaires – qui ont vocation à être sur le terrain pour la prospection, l'expertise (préalable à l'acceptation, voire postérieure au sinistre), la surveillance concrète du risque et les relations avec les assurés. En ce XIX^e siècle qui, rappelons-le, acclime l'assurance, le gros marché c'est l'assurance incendie de propriétés foncières. La « tournée » des agents consistait à vérifier qu'il n'y avait ni surexposition au risque – cas d'une propriété mal entretenue – ni modification du risque – cas d'un assuré qui aurait installé une machine à vapeur dans sa grange. Au XIX^e siècle, l'opinion commune confond souvent les agents (parfois appelés « employés de l'extérieur », ce qui atteste de leurs liens avec la société donneuse d'ordres) avec les courtiers d'assurance, personnages peu scrupuleux et peu compétents, soutiers de la basoche, teintés de droit, et payés à la commission. On pense à *L'illustre Gaudissart* dont Balzac nous livre un portrait définitif en 1832. Leur mode de rémunération associé à leur nomadisme les oppose aux agents proprement dits. En 1852, un dirigeant d'une puissante société parisienne peut ainsi défendre ses agents en rappelant qu'ils « ont des appointements fixes ce qui les dispense d'user de tous les moyens plus ou moins honnêtes dont sont coutumiers les courtiers ordinaires d'assurance ». Un des éléments essentiels de la stratégie des sociétés au XIX^e siècle est donc de se constituer une base régionale à partir d'agences nouvellement créées. Les sociétés aux origines d'Axa, d'Azur

ou des *Mutuelles du Mans* sanctuarisent ainsi méthodiquement la Normandie, l'Île-de-France ou le grand Ouest en évinçant la concurrence par la modicité de leurs tarifs. Parallèlement, pour tenir le marché, les agents recrutent parfois eux-mêmes des « sous-agents », secrétaires de mairie, avoués, clerks de notaires, qui les renseignent sur la matière assurable, notamment l'assurance des bâtiments publics (églises, écoles, mairies...). On ne sait en revanche rien du mode de rémunération de ces sous-agents... À la veille de la Grande Guerre, les agents des grandes sociétés d'assurances sont donc des « employés de l'extérieur » jouissant d'un statut particulier. Salariés – ce qui est alors avec la retraite un insigne avantage réservé aux employés d'assurance, de banque et de chemin de fer –, ils sont également récompensés en fonction du volume d'affaires qu'ils apportent à la société mandataire. Ils participent même parfois à des animations commerciales, telle cette « fête du troisième million d'encaissement », l'équivalent de 9 millions d'euros environ, au siège d'une entreprise de province à la Belle Époque. Les sociétés commencent déjà de s'inquiéter de leur « management ». Aux *Assurances générales*, l'ancêtre des AGF, des carnets d'agences résument et rassemblent de l'information stratégique pour les aider dans leur prospection. Ainsi les agents de la Générale installés à Chartres notent, dès la France de Louis Philippe, qu'il faut rechercher « les assurances des fermes et bâtiments d'exploitation rurale à deux époques

de l'année : au mois de septembre, rentrée des récoltes, et au mois de décembre, époque de la foire de St André et du renouvellement des baux » (Carnet de la Compagnie d'assurances générales sur la vie, années 1830-1846).

■ L'indépendance : l'assurance au service des agents (1914-1974)

« Les bons agents contribuent puissamment à faire les sociétés prospères », avoue sans ambages un dirigeant en 1903. Indispensables, les agents ont pu être tentés de s'emparer du pouvoir. Leur commissionnement n'a cessé de s'élever pour atteindre des niveaux communs de 25 % au cours du début du XX^e siècle. Dans certaines sociétés, les agents en prennent à leur aise et peuvent exiger, à l'instar des courtiers, le paiement immédiat d'une commission calculée sur la durée totale du contrat, de cinq années minimum. D'autres tardent à verser l'argent encaissé au siège, privent les sociétés d'une imposante trésorerie et en fragilisent la situation financière. Les agents, enfin, se défont parfois de leur comptabilité sur les services centraux alors même que ce travail relevait de leurs prérogatives. D'où cette remarque cinglante d'un patron en 1930 : « On peut se demander si ce n'est pas le monde à l'envers. La comptabilité assume en tous cas pour le compte des agents un travail considérable qui complique singulièrement sa tâche. » Il semble que les agents ont un pouvoir d'autant plus fort que leur contribution

à la prospérité de la société a été importante. Pendant les guerres, singulièrement la Première Guerre mondiale, beaucoup ont été mobilisés. Ce sont d'ordinaire leurs femmes – parfois leurs fils – qui reprennent l'agence dans l'urgence afin d'assurer la continuité du service rendu au client comme des liens d'affaires avec le siège. On est alors aux limites de la légalité car en France les femmes n'ont juridiquement pas le droit de passer contrat avant 1942 – même si la jurisprudence est bienveillante dans ce cas précis. Un cas particulier est bien connu, celui des *Mutuelles du Mans* qui connurent une crise spécifique qui se surimposa à la grande dépression des années 1930. Pour permettre à la firme de passer ce cap difficile, les agents acceptèrent de diminuer momentanément leur commissionnement. Selon le mot, mille fois répété, du patron Jean-Marie Lelièvre : « *Ce sont les agents qui ont sauvé l'entreprise.* » Désormais, les agents sont « mythifiés » et accèdent à une place de premier choix aux *Mutuelles du Mans*. Peut-être faut-il voir dans l'épisode, exceptionnel, des années 2000 où le *management* (direction et agents) déposa son président-directeur général un lointain écho de ce trait culturel ? Dans la prestigieuse société parisienne *Amsso* (*Assurance Mutuelle de la Seine et de la Seine-et-Oise*), ancêtre d'*Azur*, ce sont les agents qui initient et financent le lancement d'une filiale accidents en 1927. Désormais, les agents estiment qu'ils participent des décisions stratégiques, ce qui est source d'ambiguïtés : à l'inverse de leurs

homologues de la *Mutuelle du Mans*, ils refusent de concéder la moindre remise sur leurs commissionnements quand la société est mal en point à la fin des années 1930... Plus commun est le cas des agents « multicartes ». Le XX^e siècle est en effet, dès après 1918, celui d'une diversification de l'offre d'assurance : vol, dégâts des eaux, assurance automobile... Face à la demande sociale de sécurité, et en l'absence de garanties groupées, les agents distribuent souvent des produits de plusieurs sociétés pour satisfaire leurs clients. À terme, on en arrive à une situation confuse où un réseau peut travailler pour plusieurs offreurs, au mépris de l'image et de la cohérence d'une « marque ». D'où la colère de ce patron des années 1960 stigmatisant ses concurrents « *qui viennent manger jusque dans mon nid* ». En l'absence de clause de responsabilisation, deuxième grande imperfection du contrat de mandataire, les agents peuvent aussi agir comme les assurés et succomber à l'antisélection. Un agent fait du chiffre d'affaires sur lequel il est intéressé, sachant que la société d'assurances endosse le risque, fût-il mauvais. On connaît le cas de l'assurance automobile, marché porteur des *Trente Glorieuses* (1945-1975), quand le parc automobile français est multiplié par dix. Marché quantitativement porteur, qualitativement délicat. La remarque vaut également pour les agents installés dans les zones à risques, même pourvues d'un plan de prévention des risques. S'il n'est pas individuellement intéressé à la qualité du risque

souscrit, l'agent œuvrera rationnellement pour son profit, fera souscrire des contrats dans sa circonscription et transférera *de facto* le mauvais risque aggloméré à la société, la sur-exposant à des dédommagements massifs, en cas par exemple d'inondations : qu'on songe à la vallée du Tarn avant-hier, à celle de l'Ouvèze hier, de l'Hérault récemment.

■ L'« indépendance dans l'interdépendance » (Edgar Faure) : les agents face au risque de désintermédiation (1974...)

C'est du marché qu'est venu un premier signal, passé alors totalement inaperçu, en 1934. Cette année-là naissent deux sociétés d'assurances : la *MAAIF* (*Mutuelle assurance automobile des instituteurs de France*) et la *GMF* (*Garantie mutuelle des fonctionnaires*). Leur unique produit, l'assurance automobile, n'est pas distribué par des agents mais par des fonctionnaires à titre plus ou moins bénévole. C'est le début des « mutuelles sans intermédiaires » (MSI) qui pratiquent des prix d'autant plus faibles qu'elles ne rémunèrent pas d'agents dont la commission est intégrée dans le coût de la cotisation : c'est le « chargement commercial ». Ces MSI se développent dans les années 1960-1970 (*Matmut, Maaf*...) ainsi qu'en termes de parts de marché. La désintermédiation commencée dans les années 1990 construit un deuxième pôle concurrentiel qui

menace les agents. Des acteurs anciens (entreprises d'assurances, banques, courtiers...) ou nouveaux (sites Internet...) contestent l'intermédiation des agents. Des assureurs créent des sites web renvoyant parfois (mais pas systématiquement) à leur réseau d'agents, des banques jouent la bancassurance et proposent des offres parfois adossées à des assureurs, d'autres fois depuis leurs filiales (*Pacifica* du *Crédit Agricole*). Des courtiers ou des sites spécialisés (*Assurland*) proposent des approches comparatives qui achèvent de cristalliser le choix des clients sur le critère prix (Pierre Martin, 2006). Les MSI comme les banques lancent des filiales spécialisées dans ce qui est devenu le nouveau marché porteur, l'assurance vie. L'inverse est – moins souvent – vrai : *AGF* et *Axa* s'appuient sur leur réseau d'agents pour vendre des services de banque. Du point de vue de l'agent, la menace de désintermédiation est accentuée par les fusions-absorptions qui ont restructuré le secteur depuis 10 ans : *Axa-UAP*, *Groupama-Gan*, *AGF-Allianz*, *Azur-MMA-Maaf*. Les doublons d'agences sont alors souvent supprimés : destruction de valeur sèche pour ces agents qui portent ici le risque d'un mauvais choix de mandant. Face à ces ruptures, agents et sociétés reconsidèrent et redéfinissent leurs relations. Pour reprendre le mot lancé par le président du Conseil, Edgar Faure,

dans les années 1950, il s'agit désormais d'« *indépendance dans l'interdépendance* ». Les agents demeurent la plupart du temps (il y a des cas de distributeurs salariés) responsables de leur entreprise quand les sociétés d'assurances continuent d'endosser le risque souscrit. En revanche, la fabrication (concrète et technique), la gestion (de sinistres, de suivi et d'assistance) tendent à être centralisées par les sociétés. Les agents recentrent donc leur mission sur la production et la prospection, moyennant un commissionnement allégé.

Corrélativement, les NTIC sont l'occasion d'une reprise en main plus ou moins discrète du réseau. L'informatique permet en effet d'identifier bons et mauvais producteurs, bons et mauvais portefeuilles, bref d'affiner la gestion du risque comme sa rémunération.

L'histoire des agents d'assurances, trop brièvement esquissée ici, renvoie finalement à l'essence même du risque. Au XIX^e siècle, les agents sont des pionniers qui cernent le risque et incarnent la nouvelle figure sociale de l'« assureur », au même titre que l'instituteur ou le médecin – même si bien peu faisaient profession d'agent à temps plein dans les petites sociétés d'assurances. Leur rôle stratégique les amène parfois à constituer un « État dans l'État », fragilisant l'équilibre technique de sociétés dont ils sont pourtant les mandataires. Leur

statut de profession libérale leur fait arguer qu'ils portent le risque de leur affaire, quand ils en transfèrent parfois l'essentiel à leur donneur d'ordre qui assume *in fine* le contenu de la garantie vendue. La désintermédiation, initiée en réalité dès 1934, décuplée depuis la révolution des NTIC des années 1990, associée aux restructurations de la branche, impose un nouveau partage du risque. Agents et sociétés savent désormais que, pour subsister, ils doivent convaincre de la pertinence de leur schéma historique de distribution. Les nouveaux mandats visent à réduire l'asymétrie d'information et à responsabiliser le souscripteur à la qualité de son portefeuille. Chacun doit désormais admettre que faire des affaires ne signifie pas forcément faire de bonnes affaires.

Bibliographie

Carnet de la Compagnie d'assurances générales sur la vie, n° 528, agence de Chartres, Archives historiques des AGF. Rubrique « Ressources : résumé des rapports de MM. Les inspecteurs de 1830 à 1846 », Archives historiques des AGF

LANDEL JAMES ; CHARRESERVEAU MARTINE, Lexique des termes d'assurance, *L'Argus*, 2000, p. 25.

MARTIN PIERRE, *Les services dans le monde*, Ellipses, 2006.

Les conséquences d'un système de traçabilité sur l'assurabilité des risques d'entreprise

Jean-Luc Viruéga

Docteur, ingénieur INPG-ENSGI, traçabiliticien®

La traçabilité est un concept transversal qui se développe dans tout secteur industriel. Il va être montré ici comment le développement de ce concept affecte le monde des assurances. Si dans un premier temps, on peut considérer la traçabilité comme un outil de gestion des risques, donc avec un impact positif sur l'assurabilité des entreprises, nous allons montrer dans un deuxième temps qu'un système de traçabilité est aussi une source de risque qui remet en cause le modèle RC (responsabilité civile) en appelant à de l'expertise spécifique dès la souscription.

■ L'avènement de la traçabilité dans le monde de l'assurance

La traçabilité est un concept paradoxal. Présent depuis très longtemps d'une manière implicite dans la société, ce terme est apparu dans des normes d'assurance qualité à partir des années 1980, puis a été fortement médiatisé depuis les années 1990 avec la crise de l'ESB (encéphalopathie spongiforme bovine) ¹. Pourtant, aujourd'hui,

c'est un concept encore mal connu, tant au niveau de sa définition que de sa portée. Au travers du développement de ce concept dans le monde industriel, on peut mettre en évidence ses trois caractéristiques spécifiques : l'origine réglementaire de son développement, son double statut d'outil et de source de risques et l'avance du secteur alimentaire vis-à-vis de l'offre de garantie de type contamination.

◆ Une pression réglementaire

Clairement, la notion de traçabilité s'est d'abord développée avec des normes d'assurance qualité tous secteurs confondus. Il s'agissait des normes ISO 8402 et de la série 9000. Encore aujourd'hui, les normes ISO 9000 (2005) et ISO 9001 (2000) développent respectivement une définition et une exigence de traçabilité.

Remarquons que ces définitions ne concernent pas spécifiquement un retrait, un rappel, et encore moins le secteur alimentaire. La définition actuelle de la traçabilité est donc : « *l'aptitude à retrouver l'historique, la mise en œuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné* » ².

Ce sont ensuite des textes réglementaires qui ont développé ce concept par une obligation de traçabilité, soit sectorielle, soit transversale. On peut citer la directive sur la sécurité générale des produits (ou DSGP ³) pour tous les produits en dehors d'exigences sectorielles, et la loi du 4 mars 2002 en ce qui concerne le médical. Ces textes amènent à une obligation générale de traçabilité permettant alors de retirer ou de rappeler tout produit dangereux dans un pays de l'Union.

Enfin, c'est le secteur alimentaire depuis la crise de l'ESB en 1996 qui a accentué ce développement surtout par la voie réglementaire et, ensuite, par la voie normative. On peut citer les règlements CE 1760/2000 et 1825/2000 ⁴ pour le secteur de la viande bovine et notamment le règlement CE 178/2002 ⁵ qui entraîne une obligation de traçabilité générale à tous les exploitants du secteur alimentaire depuis le 1^{er} janvier 2005. Du côté normatif, on peut citer la norme ISO 22000 et la norme ISO 22005 qui amènent des exigences de traçabilité dans tout le secteur alimentaire.

Remarquons que cette présentation synthétique de l'évolution de ce concept fait l'abstraction d'un développement transversal très important depuis les années 1990⁶ et on peut citer par exemple le développement de la traçabilité des informations financières, la mise en place d'un cadre de traçabilité pour la lutte anticontrefaçon et tout un développement privé important de la RFID (Radio Frequency Identification ou identification par radio-fréquence) pour la traçabilité des véhicules, containers et objets de valeur.

◆ Un outil de gestion des risques

À quoi sert la traçabilité ? Pour répondre à cette question, il est important de poser comme postulat de départ que la traçabilité n'est ni une théorie, ni une technologie, et encore moins une science. C'est un concept avec une partie immatérielle importante à savoir organisationnelle. On ne va pas

trouver de la traçabilité dans une entreprise, mais plutôt un système de traçabilité composé d'un système d'information et d'une organisation plus ou moins formalisée avec des règles, et notamment celle de définition d'un identifiant nécessaire à la traçabilité de l'entité. On parle le plus souvent d'un numéro de lot, mais ce peut être un numéro de dossier, un code ADN ou un numéro de passeport.

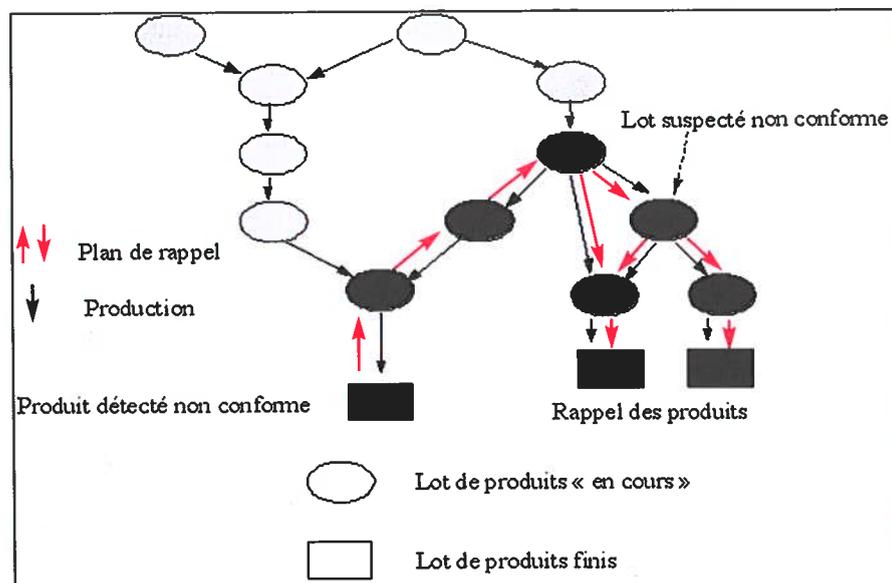
Au regard du développement de ce concept et de ses applications dans les différents secteurs industriels depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, il ressort deux grandes catégories de fonctions : une catégorie « positive » et une catégorie « négative ».

Par catégorie positive, on entend les fonctions d'un système de traçabilité pour attester de l'authentification d'un produit, par exemple ses conditions de production ou ses caractéristiques intrinsèques difficilement mesurables, mais qui ont une importance sur la qualité du produit au sens positif. On peut

aussi citer la mention « fait à la main ». L'acteur industriel n'est pas obligé de mentionner le mode de production mais s'il prend la décision de le faire, alors il doit être en mesure de se justifier, que ce soit auprès de ses clients ou des pouvoirs publics et, de ce fait, un système de traçabilité est nécessaire pour afficher l'historique de ce produit et attester de la véracité de cette mention.

Par catégorie négative, on entend toutes les obligations de traçabilité qui convergent en majorité vers la fonction de retrait & rappel. En effet, que ce soit dans l'alimentaire ou dans d'autres secteurs, le concept de traçabilité dans les textes précités est présenté comme nécessaire pour assurer le retrait ou le rappel d'un produit ou d'un lot de produits présentant un risque pour la santé. Voici un schéma qui présente un rappel type et qui montre la difficulté de l'exercice, surtout quand il est corrélé avec une pression médiatique dans un contexte de crise.

Schéma type de rappel



Source : J.-L. Virués, 2005.

Une difficulté majeure consiste à retrouver tous les produits potentiellement atteints du même vice caché rapidement. Or, dans certains cas, on parle de millions d'unités⁷. Un système de traçabilité, par rapport à cette catégorie de fonctions, est alors un outil de gestion des risques d'entreprise. Les garanties de type frais de retrait & rappel relient alors ce concept avec le monde de l'assurance. Ce lien est d'autant plus intense que le nombre de retraits et de rappels dans l'Union européenne est en constante augmentation⁸.

Paradoxalement, ce lien n'apparaît pas clairement dans les clauses et les questionnaires relatifs à ces garanties. Tout au plus peut-on constater des questions au sujet de la taille d'un lot, ou de la demande, ou de l'existence d'une procédure de retrait & rappel de l'assuré.

◆ Le secteur alimentaire en avance

C'est alors presque naturellement que l'on retrouve le concept de traçabilité le plus développé dans des garanties de type contamination, garanties spécifiques à l'alimentaire. Dans ces contrats, la notion de traçabilité est plus présente, autant dans le nombre de questions directement à son sujet que dans les exclusions et les questions relatives au résultat de l'utilisation d'un système de traçabilité. On peut citer par exemple l'exclusion OGM (organisme génétiquement modifié) souvent pratiquée car la traçabilité des OGM, bien qu'encadrée par trois

règlements européens⁹, est difficile à mettre en œuvre. Et on peut citer également les questions relatives aux modalités de contrôle par un laboratoire agréé qui se basent sur un système de traçabilité (on contrôle le lot) et qui alimentent le système de traçabilité (le certificat d'analyse est une trace de la conformité du lot, donc un élément de l'historique du produit).

Le secteur de l'alimentaire étant en avance dans le développement du concept de traçabilité, on retrouve cette avance dans le monde de l'assurance et on peut raisonnablement anticiper le développement de garanties contamination dans d'autres secteurs, tels que les biens de consommation courante (par exemple électroménager, électronique grand public).

■ Le modèle RC remis en cause ?

L'apparition du concept de traçabilité dans les garanties RC n'est pas sans conséquence. En effet, ce concept avec ses caractéristiques spécifiques entraîne, selon nous, le besoin d'une nouvelle approche car, d'une part, la traçabilité est aussi une source de risque à évaluer et, d'autre part, l'assuré peut être considéré comme une victime de ce sinistre autant que son client. Cela remet en cause le modèle RC tant dans le fond avec l'évaluation du système de traçabilité que dans la forme avec la frontière dépassée par une garantie de type contamination entre la RC et le dommage.

◆ L'évaluation du système de traçabilité en tant que source de risques

Nous avons vu précédemment comment le concept de traçabilité est devenu un outil de gestion des risques de l'entreprise. À partir de cette évolution, un lien entre la traçabilité et l'assurance s'est créé et se développe encore aujourd'hui au travers de nouvelles garanties. Revers de la médaille, ce lien amène aussi de l'asymétrie d'information car un système de traçabilité est aussi une source de risques. Autant en souscription qu'en sinistre, la prise en compte de ce concept renvoie à un besoin d'expertise adaptée¹⁰.

1) **En souscription**, tout d'abord, l'évaluation du système de traçabilité est déterminante. En effet, deux entreprises du même secteur et de la même taille avec une répartition identique de leurs gammes de produits ne conduisent pas au même résultat statistique lors d'un retrait ou d'un rappel en raison des différences en matière de traçabilité. Par exemple, si pour l'une la taille d'un lot de produits finis est équivalente à une journée de production¹¹, pour l'autre il s'agit d'une semaine, la taille du rappel ou de retrait risque d'être multipliée par ce même facteur entre ces deux structures. On peut expliquer ces différences par deux raisons majeures. Tout d'abord, malgré l'obligation de traçabilité présente dans presque tous les secteurs, et notamment l'alimentaire, il n'en reste pas moins une grande variabilité et diversité des systèmes

de traçabilité mis en place. En effet, il n'existe pas de standard de système de traçabilité par filière ou par secteur du fait de la partie immatérielle de celui-ci et parce qu'un système de traçabilité doit s'intégrer parfaitement à une organisation de production existante, et donc forcément particulière. Il ne faut pas se méprendre quant à l'obligation réglementaire de traçabilité, il ne s'agit que d'une obligation de résultats, les moyens étant laissés à la discrétion de chacun. Par ailleurs, les exigences normatives, quant elles sont spécifiques à un secteur¹², ne sont pas des référentiels de certification et les exigences génériques ne renvoient pas à un standard technique ou à un moyen particulier. Donc, on ne peut pas demander au travers d'un questionnaire quelle est la marque ou quelles sont les caractéristiques techniques générales du système de traçabilité comme pour une alarme ou un système de détection et de protection incendie. Enfin, quand bien même il serait possible de connaître – au travers d'un questionnaire traçabilité très complet – ce qui sur le plan commercial peut perturber la transaction, cette connaissance serait seulement statique ; en effet, il serait nécessaire pour bien cerner les risques dus au système de traçabilité de connaître l'état des systèmes des fournisseurs et des clients, car la plupart du temps un retrait ou un rappel se propage dans toute une filière avec souvent le phénomène du « maillon faible » à l'origine du sinistre.

2) En sinistre justement, le système de traçabilité devient la seule source d'information pour effectuer le retrait ou le rappel. Comment avoir

alors une confiance quasi aveugle dans ce système ? Sans remettre en cause la bonne foi de l'assuré, on constate bien souvent des biais dans les rappels et les retraits dus au caractère approximatif ou « trop large » du système de traçabilité, ou aussi à la volonté de l'assuré de se couvrir vis-à-vis de son client et des pouvoirs publics en retirant ou rappelant beaucoup trop de produits. De plus, le système de traçabilité peut se « retourner » contre l'assuré et devenir ainsi une preuve flagrante de sa non-conformité. Enfin, la montée en précision et en efficacité des systèmes de traçabilité d'une filière, due au fait que ce concept a généré un véritable marché et due aussi à la suspicion croissante de l'ensemble des acteurs publics et privés de tous les secteurs, ne fait qu'augmenter l'incitation à rappeler et à retirer ses produits ou ceux de son fournisseur en grande quantité et à mettre en demeure le propriétaire avec de lourdes sanctions à la clé s'il n'est pas capable de fournir très rapidement tous les arguments nécessaires pour se disculper, arguments issus encore une fois d'un système de traçabilité.

3) Le système de traçabilité : une nouvelle source d'asymétrie d'information. Le système de traçabilité est en train de devenir un véritable critère assurantiel avec tous les avantages et les inconvénients que cela comporte. Notamment, au niveau du modèle RC classique dans lequel est développée la garantie frais de retraits & rappels ou contamination, ce nouveau critère du fait de ses particularités, et notamment sa nouveauté et sa complexité, peut entraîner une situation d'asymétrie d'information entre assureurs et

assurés dont le résultat selon G. Akerlof¹³ peut conduire à l'effondrement du marché de ce type de garantie. J. Tirole¹⁴ précise qu'un signal de qualité est indispensable pour rétablir de la cohérence entre vendeurs et acheteurs. Transposé à notre situation d'asymétrie d'information lors de la souscription d'un contrat RC incluant des frais de retrait & rappel ou de contamination, il est nécessaire d'obtenir une information crédible quant à l'état du système de traçabilité de l'assuré, ou du futur assuré, signal pour l'instant inexistant et difficile à mettre en place dans le cadre de la RC classique.

◆ L'assurance contamination : une garantie entre la RC et le dommage

L'autre remise en cause du modèle RC se situe au sujet de la frontière entre la RC et l'assurance dommages avec l'exemple d'une garantie contamination. Il existe maintenant des garanties de ce type qui incorporent le remboursement du coût du produit non conforme, les frais de remise en niveau de l'image, même si le sinistre n'a eu lieu que dans l'entrepôt de l'assuré et ne s'est pas propagé chez un tiers. Est-ce encore de la responsabilité civile ? Par anticipation oui, et souvent c'est à partir de ce même raisonnement que l'assureur couvre des frais de retrait & rappel pour éviter d'avoir à payer des sommes beaucoup plus conséquentes en cas de dommages au tiers. Mais, dans ce cas, on se rapproche fortement d'une garantie de type bris de machine en dommages où par exemple le mauvais fonctionnement d'une chambre

froide ou d'une salle blanche entraîne la non-conformité d'un certain nombre de produits qui ne sont pas encore livrés chez le client ou à disposition du consommateur. Il devient donc difficile de qualifier comme avenant ou extension au contrat RC une garantie contamination, ce qui selon nous remet en cause ce modèle.

■ La nouvelle position de l'expert en traçabilité¹³

L'analyse précédente a mis en évidence le nouveau besoin d'information en ce qui concerne l'état du système de traçabilité de l'entreprise. Or, des questions et des incertitudes demeurent car le phénomène est nouveau. Aussi, nous ne pouvons proposer que des pistes à ce sujet pour éviter cette asymétrie d'information. Globalement, le maître-mot ici est l'expertise en traçabilité, que ce soit en souscription ou en sinistre.

1) **En souscription**, la difficulté principale réside dans le positionnement de cette expertise dans le temps et sur un plan commercial. Autrement dit, qui paye et quand doit être réalisée cette action ? Jusqu'à maintenant, nous avons observé une stratégie assez floue de conseil ou de diagnostic d'évaluation non obligatoire pour le futur assuré et à la charge complète de ce dernier. De plus, ce sont souvent des membres de l'assureur qui réalisent cette phase. Cette situation est malsaine à plus d'un titre. Tout d'abord, quelle indépendance entre l'avis et la proposition d'assurance ? Ensuite, le secteur de la traçabilité devenant un

véritable marché, il est important de se faire reconnaître par les acteurs, revues et manifestations en place. Ce n'est qu'à partir de ce moment qu'il est crédible de s'afficher comme expert. Est-ce alors le rôle d'un membre d'une société d'assurances ou de courtage que de devenir expert en traçabilité ? Peut-être que, à terme, cette situation sera possible mais, dans tous les cas, cette phase d'expertise devra afficher des critères d'indépendance et ne devra plus être à la seule charge du futur assuré. Au vu des montants des garanties et des cotisations, l'intégration d'une expertise en traçabilité durant la souscription déclenchée par un questionnaire, qui pourrait alors jouer son rôle de filtre habituel dans les coûts de production d'une société d'assurances, semble être la seule voie crédible pour sortir de cette impasse surtout commerciale.

2) Si **en sinistre**, la prise en charge des frais d'expertise ne pose plus de problème, il en va autrement au niveau de la méthodologie et de la matière à expertiser. Par définition, l'acte de production est déjà passé, les produits sont sortis des chaînes, voire même des usines, il y a donc peu de traces physiques de la fabrication des produits. Comment donc confirmer ou infirmer le plan de retrait & rappel de l'assuré ? Une intervention en tandem avec un expert produit ou une intervention d'un expert en traçabilité basée sur celle de l'expert produit « classique » paraît être la seule voie cohérente. Une expertise du système de traçabilité en place et l'analyse des actions mises en œuvre par l'entreprise au moment du sinistre permettent à un

expert en traçabilité de répondre à deux questions cruciales : Le système de traçabilité de l'entreprise est-il fiable lors du sinistre ? A-t-il été correctement utilisé pour le plan mis en œuvre par l'assuré ? Dès lors, la garantie pourra être activée et le périmètre de la responsabilité de l'assuré précisément défini.

■ Conclusion

Quelles sont, au bilan, les conséquences de l'avènement de la traçabilité au niveau de l'assurabilité des risques d'entreprise ? Nous pouvons conclure à une révision du modèle RC avec l'intégration de l'expertise dès la souscription. La traçabilité devenant un nouveau critère assurantiel, il devient alors utile de décroquer le cadre de la RC en lui enlevant sa fonction de « fourre-tout » à la fois pratique et risquée. Dès lors, l'outil « système de traçabilité » pourrait être évalué par un expert en traçabilité reconnu par la profession et respectueux des règles de l'expertise, le tout dans un cadre adapté à sa structure, avec peut-être même une garantie spécifique.

Notes

1. « La nouvelle traçabilité : au-delà des crises de confiance des consommateurs », thèse de doctorat de Génie industriel, option Économie industrielle, Jean-Luc Viruëga, INPG-ENSGI, janvier 2007.

2. ISO 9000 : 2000, « Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire », Afnor 2000.

3. Directive CE 2001/95, directive du Parlement européen et du Conseil du 3 décembre 2001 relative à la sécurité générale des produits.
4. Règlement CE 1760/2000, règlement du Parlement européen et du Conseil du 17 juillet 2000, établissant un système d'identification et d'enregistrement des bovins et concernant l'étiquetage de la viande bovine et des produits à base de viande bovine, et abrogeant le règlement (CE) n° 820/97 du Conseil et Règlement CE 1825/2000, règlement de la Commission du 25 août 2000, portant modalités d'application du règlement CE 1760/2000 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne l'étiquetage de la viande bovine et des produits à base de viande bovine.
5. Règlement CE 178/2002, règlement du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002, établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires.
6. Viruëga J.-L., « Traçabilité : outils, méthodes et pratiques », Éditions d'organisation, janvier 2005.
7. En ce qui concerne le retrait des bouteilles de Perrier aux États-Unis dans les années 1990, il a été mentionné plus de 72 millions de cannettes.
8. Rapport annuel 2006 sur l'utilisation du système d'alerte rapide pour les produits de consommation non alimentaires, RAPEX, 2007, <http://ec.europa.eu/rapex>
9. Règlement CE 1829/2003, règlement du Parlement européen et du Conseil du 22 septembre 2003, concernant les denrées alimentaires et les aliments pour animaux génétiquement modifiés, règlement CE 1830/2003, règlement du Parlement européen et du Conseil du 22 septembre 2003, concernant la traçabilité et l'étiquetage des organismes génétiquement modifiés et la traçabilité des produits destinés à l'alimentation humaine ou animale produits à partir d'organismes génétiquement modifiés, et modifiant la directive 2001/18/CE et règlement CE 1831/2003, règlement du Parlement européen et du Conseil du 22 septembre 2003, relatif aux additifs destinés à l'alimentation des animaux.
10. Viruëga J.-L., « L'expertise en traçabilité : une nouveauté ? », revue L'Expert, n° 63, juillet, 2006.
11. Pour une analyse des modes de définition du lot, on pourra se reporter vers l'article suivant « Les conséquences du règlement CE n° 178/2002 du 28 janvier 2002 sur la définition et le mode d'utilisation du lot », Marie Véronique Jeannin, Jean-Luc Viruëga, option Qualité, n° 251, juillet/août, 2006.
12. Par exemple les normes NFV 46 007 et NF V 46 010 pour le secteur de la viande bovine particulièrement dynamique à ce sujet.
13. Viruëga J.-L., « Cet homme suit vos produits à la trace », L'argus de l'assurance, n° 7014-7015, 2 mars 2007.
14. Remarquons la présence d'un salon professionnel dédié à la traçabilité depuis 2004 (www.tracabilite2007.com) et d'un volume traçabilité dans la collection de référence des Techniques de l'ingénieur depuis 2006 (<http://www.techniques-ingenieur.fr/traiteltraçabilite/TI070>).

La réassurance : une opportunité pour les mutuelles ?

*Florence Voss*¹

*Master Protection sociale complémentaire (promotion ®2005-2006),
université Paris I*

En France, les mutuelles sont des acteurs essentiels de la protection sociale complémentaire, particulièrement concernant le risque santé. On distingue les mutuelles d'entreprises, de fonctionnaires ou inter-professionnelles ; elles fonctionnent cependant toutes sur la base d'un cadre législatif et réglementaire commun, dont les principes sont énoncés dans le Code de la mutualité. Ce dernier a été profondément modifié par l'ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001. Dans ce cadre, le législateur a souhaité, sous l'impulsion de la nouvelle réglementation européenne – transposition en droit français des directives 92/96/CEE du 10 novembre 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives, concernant l'assurance directe sur la vie ; modifiant les directives 79/267/CEE et 90/619/CEE (troisième directive assurance vie) et 92/49/CEE du 18 juin 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie ; modifiant

les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE (troisième directive assurance non-vie) –, placer les mutuelles dans un cadre réglementaire comparable à celui des sociétés d'assurances. Cette évolution a eu comme conséquence de profondes restructurations des mutuelles qui, pour faire face aux nouvelles règles prudentielles, ont été conduites à se regrouper. Les petites mutuelles ont disparu ou ont fusionné. Leur nombre est ainsi passé d'environ 5 000 à fin 1999 à 2 002 au 31 décembre 2006. À cette date, elles sont 1 212 à offrir des prestations d'assurance tandis que 725 gèrent des réalisations sanitaires et sociales². Les mutuelles encore présentes aujourd'hui doivent trouver des solutions pour répondre aux exigences du nouveau cadre législatif et fiscal. Parmi ces solutions, la réassurance est un domaine encore peu connu des mutuelles mais qui peut leur offrir des solutions appropriées et des opportunités nouvelles de développement. L'objectif de cet article est d'en présenter les grandes lignes et de montrer en quoi cette solution peut présenter des avantages.

■ Un nouveau cadre législatif et réglementaire contraignant

Le nouveau code de la mutualité, issu de l'ordonnance 2001-350 du 19 avril 2001 a tout d'abord mis en place un principe de spécialisation. La scission des activités d'assurance au sein d'une mutuelle agréée de livre II, la gestion des œuvres sanitaires et sociales au sein d'une mutuelle de livre III ont été une obligation pour les organismes exerçant jusqu'alors conjointement ces deux activités. La séparation des activités a été introduite afin de préserver le principe de spécialisation des entreprises d'assurances et protéger les intérêts des assurés des risques liés aux autres activités.

Par ailleurs, ce nouveau code donne accès pour les mutuelles à de nouvelles branches d'assurance vie et non-vie. Jusqu'alors les garanties commercialisées par les mutuelles étaient limitées à la prise en charge de frais médicaux (santé) ou de prestations dont le service n'excédait pas un an. Les autres garanties

relevaient d'une caisse autonome ou de la Caisse nationale de prévoyance (CNP). Elles sont désormais en concurrence avec les institutions de prévoyance (IP) et les sociétés d'assurances sur des garanties nouvelles pour elles, et sur lesquelles elles doivent acquérir rapidement des compétences techniques. Ces garanties représentent des engagements lourds (en termes de provisionnement) comparativement à la santé. En conséquence, elles sont soumises à des exigences comptables, financières et prudentielles renforcées. Il en est de même s'agissant du *reporting* à l'autorité de contrôle (Acam, Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles).

Tant pour les branches vie que pour les branches non-vie, les mutuelles doivent satisfaire à un niveau minimal de fonds propres. Depuis le 20 mars 2007, le fonds de garantie minimal est modifié et fixé à 1,5 M€ en non-vie et 2,25 M€ en vie, soit six fois plus que précédemment en non-vie et 3,75 fois plus en vie. Ces exigences risquent encore de s'accroître à l'horizon 2010 avec la mise en application de la directive européenne Solvency II.

Elles doivent présenter à l'Acam (ou aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales selon leur taille) des données comptables, financières et prudentielles permettant de les identifier, suivre leur fonctionnement et contrôler leur activité. Ce sont des travaux supplémentaires de collecte et de mise en forme de données encore nouveaux. Dans le cadre de Solvency II, la non-remise de ces informations pourrait être interprétée comme une incapacité

de la mutuelle à encadrer ses risques et conduire à une majoration prudente de l'exigence de marge de solvabilité.

Après la réforme du plan comptable, les mutuelles vont devoir franchir une étape supplémentaire et s'adapter pour appliquer des normes comptables européennes.

Parallèlement, la responsabilité des élus est étendue. Ils sont désormais passibles de sanctions civiles ou pénales en cas d'infractions pouvant résulter du non-respect du Code la mutualité (article L114-48 et suivants).

■ Des dispositions diverses renchérissant le coût de l'activité

Les désengagements successifs de la Sécurité sociale, en matière de remboursements de frais de santé en particulier, transfèrent vers les régimes complémentaires des charges toujours plus lourdes.

Les accords conventionnels conclus avec les professionnels de santé emportent notamment révision à la hausse des tarifs des consultations ou actes. Les prélèvements sociaux et fiscaux constituent de nouveaux prélèvements financiers. Citons, pour exemple, la taxe sur les conventions d'assurance étendue aux contrats de frais de santé non solidaires, non responsables et aux activités de prévoyance individuelle. Les mutuelles sont, par ailleurs, en voie d'assujettissement à l'impôt sur les sociétés pour la partie prévoyance de leur activité. Chaque réforme des régimes de base induit des

changements de coûts significatifs. La mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), la tarification à l'activité (T2A) mise en place pour les soins hospitaliers imposent aux organismes complémentaires de modifier leur outil de gestion. Il est devenu impossible de gérer un régime complémentaire sans un équipement informatique particulièrement performant et adaptable. Le coût d'acquisition et de modification est élevé. Il s'agit pourtant d'investissements incontournables pour tout organisme intervenant sur le marché des assurances de personnes.

Divers textes obligent à une révision de l'activité, parmi lesquels :

- la fin de l'exonération sociale sur les contributions patronales à des régimes facultatifs ;
- l'abrogation des arrêtés Chazelle et la diminution drastique des dotations de gestion du régime obligatoire ;
- le passage aux normes IAS et la remise en question de la solidarité intergénérationnelle.

Les mutuelles exercent leur activité dans un contexte en constante évolution qui induit de nouvelles règles, de nouveaux comportements, de nouveaux outils. L'activité se trouve complexifiée par ces contraintes multiples, cause en particulier de la disparition du bénévolat. La concurrence est renforcée. Il faut se différencier par les garanties et les services, fidéliser les adhérents, se développer par l'innovation et la diversification des risques, imaginer de nouvelles façons de travailler. Il faut également rechercher une croissance qui permette d'étaier des

coûts fixes croissants. De forts investissements sont nécessaires ; nombre de mutuelles ne sont pas en mesure de les réaliser soit du fait de leur propre taille, soit du fait de la concentration des autres opérateurs. Les dispositifs apportant une réponse aux besoins actuels des mutuelles sont multiples. Elles y recourent fréquemment avec une préférence marquée pour les solutions issues de la sphère mutualiste. Pourtant il arrive que ces solutions placent la mutuelle dans une situation de dépendance par rapport à une autre ou, encore, entraîne la mutuelle dans un processus qui immanquablement aboutira à une perte d'autonomie, voire à son absorption. Le nouveau Code de la mutualité en propose de nouvelles ou élargit des réponses existantes. La réassurance est au nombre de ces dernières puisque devenue accessible à toutes les entreprises d'assurances et de réassurance de l'Union européenne, et non plus limitée aux seules sociétés faisant partie de la mutualité³. Cette technique existe sous diverses formes répertoriées dans le n° 9 de la revue *Risques* (janvier-mars 1992). Nous rappellerons simplement que, de manière générale, la réassurance réside en un contrat conclu entre un réassureur (le cessionnaire) et un organisme assureur (la cédante), contrat par lequel l'organisme assureur cède au réassureur tout ou partie des risques qu'il a lui-même souscrit.

La réassurance peut être mise en œuvre sous des formes adaptées à chacun des besoins spécifiés ci-après :

- pour se prémunir contre des

- risques de pointe ;
- pour gérer l'exigence réglementaire de solvabilité ;
- à fin de développement, et notamment de développement de nouvelles activités ;
- pour maîtriser les coûts et accéder à certains services.

Contre les risques rares ou de pointe, la réassurance non proportionnelle en excédent de sinistre par événement (*Excess Loss*), ou par référence au ratio sinistre/prime (*Stop loss*), est la solution couramment mise en œuvre. Un traité de lissage ou une coréassurance peuvent également être retenus. Contre ces risques rares, la cédante peut par ailleurs prévoir dans ses propres contrats un plafonnement des garanties, des exclusions, ou bien une limitation des conditions de mise en jeu de ses engagements.

Pour répondre aux exigences de solvabilité, la réassurance peut concourir tant à améliorer la solvabilité immédiate de l'organisme qu'à diminuer l'exigence de solvabilité. La réassurance financière permet d'obtenir d'un réassureur qu'il avance, sur un seul exercice, des bénéfices futurs attendus par la mutuelle sur des portefeuilles déterminés. Par ailleurs, la réassurance est prise en considération, dans le calcul de la marge de solvabilité, à hauteur de la part des prestations à la charge du réassureur rapportées aux prestations totales, dans la limite de 50 %. Toutes les réassurances, quelle qu'en soit la forme, sont prises en compte. Les réassurances proportionnelles sont cependant à privilégier pour

éviter de trop grandes fluctuations du ratio. Il est à noter que certaines mutuelles n'ont pas respecté l'échéance du 20 mars 2007 (phase 2 de Solvabilité I, application du décret n° 2004-486 du 28 mai 2004). L'Acam les somme de trouver une solution rapide (M. Ciprut, « Les conseils de l'Acam aux mutuelles », 2007) et leur rappelle qu'elles peuvent recourir à une augmentation de leurs fonds propres, à la substitution, la fusion ou encore se dissoudre. La mise en place d'un traité de réassurance en quote-part à 50 % est également une réponse appropriée.

Pour disposer de moyens adéquats à coût maîtrisé. Pour se maintenir ou développer des parts de marché, il faut avoir recours à des savoir-faire, s'adapter aux évolutions juridiques ou techniques. De telles acquisitions sont particulièrement onéreuses. Le réassureur met à la disposition de la cédante, ses propres équipes de tarificateurs (actuariat), ses services juridiques, ses outils de provisionnement, sa plate-forme téléphonique, par exemple. Enfin, il effectue – car intéressé aux résultats des traités – un suivi des résultats des gammes de produits qu'il réassure. Il peut être sollicité, soit systématiquement, soit ponctuellement, pour des dossiers délicats ou par suite d'une surcharge temporaire d'activité de la mutuelle. Des mutuelles bâtissent également des services dont elles partagent la charge au travers de groupements d'intérêt économique (GIE), d'unions de groupement mutualiste (UGM), voire de conventions de substitution.

Pour accéder à de nouveaux produits et/ou à de nouveaux marchés.

Le développement d'une mutuelle sur de nouveaux marchés (assurance dépendance, assurance collective) peut être sécurisé par un traité de réassurance en quote-part. Dans un premier temps, la mutuelle opte pour une quote-part à 100 %. Elle se forge une expérience sur son nouveau champ d'activité accompagnée d'une réassurance dont elle peut se défaire progressivement par réductions successives de la quote-part cédée. Le réassureur peut l'intéresser aux résultats par une clause de participation aux bénéfices, clause qui constituera une incitation à une meilleure sélection du risque. Par ailleurs, le champ d'activité des mutuelles est encore limité à nos frontières. Une mutuelle ne peut donc concurrencer un autre organisme hors de France à moins qu'un réassureur (ou une captive de réassurance) ne lui ouvre ce marché *via* un *pooling*, montage permettant de rétrocéder des bénéfices en France ou à l'étranger.

Une démarche de développement peut aussi être confortée par le recours à des sachants, tels les consultants, ou l'embauche de professionnels ayant une expérience avérée sur le risque en développement. Des accords de distribution peuvent être conclus entre deux ou plusieurs partenaires. Dans ces accords de ventes croisées chacun des partenaires ayant la maîtrise d'un produit le met à la disposition de l'autre. Chacun complète ainsi son offre en s'appuyant sur l'expérience de l'autre.

En pratique, pour répondre aux quatre types de besoins identifiés, il est tout à fait possible, dans des traités librement rédigés (dès lors qu'ils respectent les grands principes des contrats, soit nationaux, soit internationaux), de mixer les différents types de réassurance, d'en limiter le domaine d'application (exclusion des effets de la scission de l'atome par exemple), etc.

Les techniques de réassurance peuvent être utilisées pour des montages divers et parfois complexes, de transfert de risques et/ou de bénéfices.

La réponse apportée par la réassurance porte sur l'ensemble des problèmes rencontrés. Cela explique que progressivement sur des risques nouveaux, telle la dépendance, ou sur des marchés à conquérir, telles les assurances collectives, les barrières se lèvent et des relations se nouent entre mutualistes et entreprises commerciales.

Notes

1. *L'auteur remercie tout particulièrement Isabelle Hirtzlin, Directrice du master Protection sociale complémentaire, université Paris I qui a dirigé ses travaux dans le cadre du mémoire « Les mutuelles et la réassurance », et Michel Montaut, Vice-président général, Mutuelle générale qui a été un tuteur particulièrement attentif.*

2. *Acam ; conférence du contrôle – « Les mutuelles », 23 avril 2007 ; il existe par ailleurs, soixante-cinq fédérations et unions techniques.*

3. *Arrêt du 16/12/1999, 5e chambre CJCE.*

Bibliographie

BRAUN P. ; LUGINSLAND M. ; TALPIN J.-J. ; HENRY N. ; BARLA J.C. ; DUBESSY F. ; TOPOL Y. ; DELOYE C. ; JAYAT P. ; JACQUINOT O., « Le tour de France des mutuelles Santé », *L'Argus de l'Assurance*, n° 6971, 31 mars 2006, pages 32 à 48.

CADOUX M., « Coupes claires chez MFP Services », *L'Argus de l'Assurance*, n° 6976, 5 mai 2006.

CIPRUT M., « Se préparer sans tarder à la nouvelle réforme des règles prudentielles (entretien avec Znaty S., Directeur adjoint SFG) », *Afim*, n° 2715, 17 janvier 2006.

CIPRUT M., « Complémentaire Santé : Les mutuelles toujours en tête », *Afim*, n° 3021, 11 mai 2007.

CIPRUT M., « Les conseils de l'Acam aux mutuelles », *Afim*, n° 3021, 11 mai 2007.

Conférence du contrôle, présentation des états d'analyse des comptes, 23 avril 2007.

ENRIQUEZ A., « 3000 emplois sont menacés dans l'assurance et la mutualité », *L'Argus de l'Assurance*, n° 6947, 14 octobre 2005.

ENRIQUEZ A., « La dépendance, nouveau défi des réassureurs », *L'Argus de l'Assurance*, n° 6947, 14 octobre 2005, pages 9 à 10.

ENRIQUEZ A., « Le top 30 de la mutualité », *L'Argus de l'Assurance*, n° 6950, 4 novembre 2005, pages 30 à 37.

FRANCONIE A., « La MNT monte à l'assaut du Parlement », *L'Argus de l'Assurance*, n° 6968, 10 mars 2006, page 21.

- GUIBERT N., CRINETZ M., BOU-QUEREL S., Solvabilité II, Acam, 28 avril 2006.
- HERBERE C., Solvabilité et conséquences pour les organismes mutualistes, UNME, 27 avril 2006, 20 slides.
- La consolidation du secteur des mutuelles 45*, volume 1, Les stratégies des mutuelles 45 et les perspectives de reconfiguration du secteur, Eurostaf, Collection Perspectives stratégiques et financières, 145 pages.
- La consolidation du secteur des mutuelles 45*, volume 2, monographies de 17 mutuelles leaders en 2005, Eurostaf, collection Perspectives stratégiques et financières, 211 pages.
- Loi n° 85-773 du 25 juillet 1985 portant réforme du Code de la mutualité, Jorf, 26 juillet 1985.
- LUSTMAN F., Présentation des états d'analyse des comptes, Conférence du contrôle, 5 janvier 2006, 60 slides.
- MOLINS J.-M., « Budget de la "Sécu" : le Haut Conseil confirme les estimations financières de la Mutualité française », Afim, n° 2664, 2 novembre 2005, pages 1 et 2.
- Ordonnance n° 2001-350 relative au Code de la mutualité et transposant les directives 92/49/CEE et 92/96/CEE, 19 avril 2001.
- Ordonnance n° 45-2456, 19 octobre 1945.
- Rapport d'activité de l'Acam 2005, 103 pages.
- Revue *Risques* n° 9, La réassurance, janvier-mars 1992.
- ROCARD M. ; PENAUD P. ; SCHWARTZ R. ; BEZARD B., Mission mutualité et droit communautaire, Rapport de fin de mission, 52 pages.
- VAN HULLE K, « Solvabilité II : une approche "risquée" ? », *Revue d'Économie financière*, n° 80, 2005, pages 243 à 252.
- VERCHAY J.-J. ; PLANQUE B., Comment préserver son autonomie ? Ne pas choisir la concentration : Union de Réassurance et de Substitution Sociale, EFE, 4 et 5 avril 2006, 21 slides.

Livres

■ COMITE SCIENTIFIQUE POUR L'HISTOIRE DE L'ASSURANCE - FFSA -

Guide des sources sur l'histoire de l'assurance

Seddita, 2007, 117 p.

On ne peut que saluer la publication de ce petit guide destiné avant tout aux chercheurs intéressés par l'histoire d'une branche trop méconnue en France.

L'ouvrage comprend quatre parties d'inégale importance. Un « tableau synchronique » de 10 pages retrace l'histoire de la branche de Louis XIV à 1998. La chronologie rigoureuse est très complète. Les quelques absences peuvent s'expliquer aisément même si un chercheur les regrette inévitablement. Par exemple, la naissance de l'*Ancienne Mutuelle* en 1817, ancêtre d'*Axa*, n'est pas mentionnée parce que la généalogie complète d'*Axa* est présentée pp. 98-99 ; celles de la *Maaif* (devenue *Maiif*) et de la *GMF* en 1934 sur le marché de l'assurance automobile ne le sont pas non plus parce que l'ouvrage se centre, du moins à ce stade, sur les sociétés adhérant aujourd'hui à la FFSA.

Une bibliographie synthétique, pp. 21-26, présente les ouvrages indispensables à la connaissance de l'histoire de la profession. Bien

classée, elle signale à juste titre des ouvrages anniversaires dont la teneur, flatteuse, n'est pas scientifique, mais qui exhument souvent des archives très précieuses, tel l'imposant livre du *Centenaire de la Nationale (1830-1930)*. Quelques absences de détail :

- le livre de Philippe Chalmin, *Les assurances mutuelles agricoles : de la cotise au groupe*, Paris, Economica, 1987, 268 p. ;

- le livre de Jean Fourastié, *Le nouveau régime juridique et technique de l'assurance en France*, *L'Argus*, 1941, 257 p., qui contient par exemple une bibliographie d'ouvrages désormais rares. De même, parmi les adresses utiles mentionnées avec bonheur p. 26, on aurait pu ajouter l'Institut des assurances de Lyon.

La troisième partie intitulée « Présentation des fonds d'archives et de documentation par lieu » occupe l'essentiel du guide (pp. 27-108). Il s'agit bien des sources permettant d'envisager une histoire future. La typologie proposée renvoie à des sources publiques et privées : Archives nationales, autres fonds d'archives – comme ceux de la FFSA, de l'Énass (École nationale d'assurances), de la CCI (Chambre de commerce et d'industrie) de Paris... –, archives d'entreprises enfin. Chaque dépôt est localisé et présenté de façon taxinomique dans les règles de l'art archivistique :

cote, dates extrêmes, importance matérielle, modalité d'entrée, instrument de recherche... Une notice historique et une présentation du contenu permettent enfin au chercheur de se faire une idée des fonds avant de se lancer dans le dépouillement. Soulignons que le centre des archives économiques et financières de l'administration centrale du ministère de l'Économie et des Finances est particulièrement remarquable en ce qu'il conserve les papiers de la Direction des assurances et du contrôle des sociétés. Signalons que certains dépôts d'archives comportent aussi des études précieuses : ceux des AGF possèdent par exemple une très riche bibliothèque historique de 2 000 ouvrages (p. 73).

Une dernière partie (pp. 109-113) présente les archives de France et les règles de communication en vigueur.

In fine, un index alphabétique des sociétés d'assurances citées (pp. 114-115) s'avère très commode.

En définitive, un guide rigoureux, dense et pratique, qui témoigne du besoin d'histoire comme du souci des sociétés françaises d'assurances de pousser les chercheurs à se pencher sur leur passé.

par Pierre Martin
Agrégé d'Histoire, Docteur en Histoire

■ François BERNARD

Voyage au pays du risque

FB Assurances, 2006, 125 pages

Un courtier parle de son métier. Il s'adresse à ses clients et cela mérite d'être relevé. En effet, si le dynamisme du courtage français est régulièrement loué, peu d'entre eux s'expriment sur ce qui constitue leur vie, les choix

qui sont les leurs et leurs visions. Agent général d'assurances, François Bernard – devenu courtier grossiste – a pris la plume pour relater son parcours et ses ambitions. Il explique notamment ce qui a fondé sa décision de devenir courtier, ses motivations d'entrepreneur et ses choix. L'intérêt premier de ce livre est de voir l'assurance avec les yeux de celui qui la vit à travers ses clients, ensuite de comprendre comment l'opportunisme – au bon sens du

terme – traduit en succès son analyse des besoins, sinon son intuition. L'interactivité avec le marché s'impose comme la clé de son succès. Assureur, néanmoins, l'auteur explique en quoi la couverture des risques est indispensable et que nul ne peut envisager sereinement l'avenir sans elle.

par Henri Debruyne
Président de Capa conseil

■ Mickaël MANGOT

50 petites expériences en psychologie de l'épargnant et de l'investisseur

Dunod, 2007

Les individus savent-ils vraiment bien épargner ? C'est la question que se pose d'emblée l'auteur de ce livre. Et celle-ci est d'autant plus d'actualité qu'une partie croissante des risques de marché est aujourd'hui portée directement par les ménages dans leurs bilans. Il est donc important non seulement de savoir combien épargnent les individus, mais surtout comment ils devraient « bien épargner ». Cela se situe dans un contexte où les changements de paradigme du mode de financement de nos économies – caractérisé par la transition rapide des financements intermédiés à ceux directs sur les marchés, par également le désengagement tendanciel de l'État et des grandes entreprises en matière de retraite,

qui explique pour beaucoup le passage de la prestation définie aux contrats à cotisations définies... – commencent progressivement à se traduire, ou devraient se traduire, par une prise de conscience progressive des citoyens au sujet de la préparation du financement de leurs besoins futurs (retraite, santé, dépendance...). Ces évolutions demandent sans doute une plus grande implication des individus dans leurs décisions financières.

Ce livre a pour ambition d'ébaucher un portrait de l'épargnant-type et de ses travers les plus courants. Pour cela, il présente une synthèse des nombreux travaux réalisés sur le comportement d'épargne des individus, plus particulièrement dans le domaine de la finance comportementale. Il avance pas à pas, biais par biais, effet par effet... tout cela afin de disséquer et analyser au plus fin les comportements de l'épargnant qui, selon l'auteur, ne sont pas toujours très rationnels. Le spectre des sujets traités est large. Il s'étend de la part du revenu consacrée à

l'épargne, en passant par le choix entre les différents types de placements, dont l'attrait pour l'immobilier et l'assurance vie, la préparation de la retraite, sans oublier, bien entendu, la réticence bien connue à investir dans les actions...

La présentation du livre se veut ludique. Il est divisé en onze parties et en cinquante-sept « expériences » qui analysent sous la forme de « phrases-chocs » interrogatives les différents déterminants des décisions d'épargne. Cette suite d'interrogations rend compte, parfois avec de l'humour et force anecdotes, des problèmes récurrents auxquels sont confrontés les individus au quotidien et tout au long de leur vie. Après chaque question, en corollaire, l'auteur explicite un biais, un effet, ou un cas de comportement particulier.

La démarche de l'auteur est didactique. Il expose d'abord son point de vue sur le problème traité, puis synthétise ce que dit la littérature à ce sujet et, s'appuyant sur ces deux éléments, tire des conclusions

« contradictoires ». Enfin, à la fin de la présentation de chacune des cinquante-sept expériences, le lecteur trouve une bibliographie abrégée ayant servi à étayer les arguments de l'auteur.

En somme, ce livre, bien écrit et facile à lire, contient un grand nombre d'enseignements non seulement sur les comportements d'épargne mais aussi sur les moyens pouvant être déployés pour parfaire l'éducation financière des citoyens-épargnants.

Pour autant, bien que séduisante, la méthode adoptée peut néanmoins s'avérer risquée car, en s'attaquant un par un aux différents biais de comportements identifiés, l'auteur s'aventure souvent sur le terrain des analyses partielles qui, si elles ne manquent pas de bon sens, ne sont pas toujours probantes.

Soulignons enfin au moins deux points faibles de ce livre.

Primo, l'approche de l'auteur se structure fortement autour du constat arguant que les individus, qu'ils soient professionnels ou particuliers, présentent des biais de comportement qui, selon lui, nuisent à l'objectivité de leurs décisions d'investissement. De son point de vue, les acteurs doivent en prendre conscience pour les corriger et ainsi devenir rationnels... D'une part, ce volontarisme, bien intentionné certes, oublie que la rationalité

supposée des êtres humains est bien plus que la simple rationalité économique ! D'autre part, dans une bonne partie des analyses, il est peu question des incitations qui varient selon le « contexte » et qui expliqueraient pour beaucoup les comportements – peu rationnels – des individus. Dit de manière simple, la rationalité des épargnants a du mal à être bien appréhendée sans tenir compte de l'environnement extérieur dans lequel les relations entre les différents acteurs s'établissent.

Secondo, à force de tout vouloir expliquer au nom de la rationalité, dans certains passages de son ouvrage l'auteur tire des conclusions quelque peu hâtives sur des problèmes très complexes. Il en est ainsi, à titre d'exemple, au sujet de l'éducation financière à l'école. Sur la base d'une seule étude, il conclut que cette instruction fournit les premiers éléments « attestant » – en économie on préfère juste « montrant » – que l'éducation financière de la jeunesse a une influence de long terme sur les comportements financiers, favorisant l'épargne et l'accumulation patrimoniale au long du cycle de vie (p. 141). Nous ne sommes pas opposés à cette affirmation générale, au contraire. Pour autant, d'ici à considérer à partir d'un énoncé général que la politique économique

de certains pays pourrait s'en inspirer, notamment « *les pays où le taux d'épargne a fortement chuté, voire est devenu négatif, comme aux États-Unis* », nous semble abusif et absolument pas fondé, pouvant même prêter à confusion. Oui, les ménages américains ont un faible taux d'épargne. N'empêche, leur capacité de financement et, de même, le taux de valorisation de leur patrimoine sont supérieurs à ceux des ménages français qui, eux, épargnent beaucoup !

Last but not least, la finance comportementale se développant à grande vitesse, on constate à l'observation rapide de la bibliographie de ce livre la prédominance flagrante du monde anglo-saxon en la matière : sur deux cent cinquante chercheurs référencés, y figure seul un petit nombre d'auteurs d'Europe continentale, dont cinq Français... Mais cela n'incombe pas à l'auteur !

Compte tenu de l'importance des enjeux, cet ouvrage de vulgarisation représente une contribution importante qui, justement, plaide pour plus de recherche française et européenne dans ce domaine.

par Carlos Pardo

*Directeur des Etudes Economiques
à l'AFG*

5.

Remise du prix *Risques-Les Échos*



■ Lauréat 2007

Jean Tirole

pour *Theory of Corporate Finance*,
paru chez Princeton University Press

■ Mention spéciale à Pierre-Charles Pradier

pour *La notion de risque en économie*,
paru à La Découverte

■ Présentation par Pierre Bollon

Membre du comité éditorial Risques

Jean-Marc Boyer, délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurances, a d'abord prononcé quelques mots d'accueil, rappelant que la FFSA est partenaire de la revue *Risques* depuis sa fondation, il y a dix-sept ans déjà, et bien entendu depuis sept ans du prix *Risques-Les Échos*.

Erik Izraelewicz, rédacteur en chef des *Échos*, a souligné ensuite l'importance que ce quotidien attache depuis effectivement sept ans à ce prix car, comme il se plaît à le rappeler chaque année : « l'économie, c'est du risque et le journal de l'économie ne peut que s'intéresser au risque ». Preuve en sont – s'il en était besoin – les 59 356 occurrences du mot « risque » dans le quotidien depuis 1991, auxquelles on peut ajouter les 23 717 citations de « risques » avec un s, comme dans le titre de la revue... Cela fait dix à douze fois par parution. Mieux encore, ce rythme s'accélère puisqu'on est passé de trois à quatre fois dans la première moitié des années 1990 à seize à dix-sept fois aujourd'hui. Si la collaboration des *Échos* avec *Risques* pour ce prix est donc plus que logique, elle donne aussi l'occasion de célébrer ensemble ceux qui « cherchent » au-delà du quotidien, et il est, a rappelé en conclusion Erik Izraelewicz, essentiel de pouvoir nous doter de cette profondeur de vue.

Jean-Hervé Lorenzi, directeur de la rédaction de notre revue, a souhaité tout d'abord remercier vivement la petite équipe qui tout au long de l'année porte avec lui, et avec enthousiasme, la revue *Risques* : Gilles Bénéplanc, Pierre Bollon, François Ewald, Robert Leblanc, Philippe Trainar, et Daniel Zajdenweber, sans oublier le rôle majeur des amis de la FFSA, emmenés par Jean-Marc Boyer, Anne Morrier et Vincent Lidsky qui accueillent cette remise de prix. Il a ensuite brièvement rappelé les deux principales phases de l'évolution de notre revue. La première, sous l'impulsion de François-Xavier Albouy, François Ewald, puis François Bourguignon, s'est concentrée sur deux objectifs principaux : le premier était de procéder à un état des lieux et des connaissances sur le risque, tout en approfondissant la réflexion dans les domaines juridique, financier et économique ; le second était de montrer que le risque est au cœur de nos sociétés, que nous vivons dans une « société du risque ». Denis Kessler, quitte à forcer un peu le trait, expliquait ainsi que n'importe quel problème économique peut aujourd'hui être représenté sous forme d'un découpage subtil de risques analysables et même quantifiables. Les bases étant bien établies, il m'est revenu, a poursuivi Jean-Hervé Lorenzi, de poursuivre avec l'équipe éditoriale, ce bon travail en diversifiant et en enrichissant les angles d'approche. D'abord, en faisant s'exprimer encore plus les professionnels du monde de l'assurance et les académiques de façon croisée, en montrant ce que les

uns et les autres peuvent s'apporter en travaillant et en réfléchissant ensemble. Ensuite, en repensant l'organisation de la revue pour que celle-ci traite dans chaque numéro plusieurs sujets-clefs. Après l'interview d'ouverture qui donne la parole à une personnalité apportant sa vision originale du risque, se succèdent ainsi désormais trois parties : la première portant sur un thème « métier » d'assurance proprement dit ; la deuxième faisant une place à la réflexion sur l'actualité de la réflexion sur le risque, le cas échéant sur sa théorie ; et la troisième permettant d'accueillir des textes divers qui sont de façon croissante, et c'est très bon signe, soumis par des professionnels et des chercheurs. C'est dire que le bilan de ces dix-sept années est positif : la revue a su préserver son rythme de tirage d'environ mille exemplaires, c'est-à-dire retenir et susciter l'intérêt, tout en voyant son niveau reconnu sur le plan scientifique, en devenant une – on peut presque dire « la » – revue de référence en français sur le risque. Dans ce dispositif dynamique, le prix *Risques-Les Échos* trouve tout naturellement sa place et le jury peut, avec le recul, se féliciter de ses choix.

Pour conclure, Jean-Hervé Lorenzi s'est réjoui du fait que les liens entre les académiques et les professionnels se développent désormais fortement. Sous l'impulsion de Denis Kessler, la FFSA avait déjà montré la voie en instituant – il y a près de quinze ans – les chaires d'assurance qui ont d'ailleurs fortement nourri, et continuent à le faire, notre revue. Ce mouvement s'est fortement

accélééré. Depuis un an, les initiatives de ce type se multiplient, de par la volonté des banques (fédérées par la Fédération bancaire française), et des gérants, emmenés par l'AFG (Association française de gestion financière). Jean-Hervé Lorenzi a insisté particulièrement sur la mise en place – il y a joué un rôle moteur – de la Fondation du risque, à laquelle Daniel Bouton a d'ailleurs apporté un appui décisif : cinq grandes entreprises (Axa, AGF, Groupama, Scor et donc la Société générale) ont décidé de financer cinq chaires portant sur les risques financiers, sur le risque santé, les risques grand public et la théorie du risque. Il s'agit de très bonnes nouvelles. L'avenir dira si elles marquent, comme tout porte à le croire, le début d'une nouvelle étape à laquelle notre revue aura bien sûr à cœur d'offrir une forte caisse de résonance.

François Ewald a ensuite présenté le rapport du jury, qu'il a coprésidé avec Henri Gibier.

■ Allocution de François Ewald

Président du jury 2007

Le prix *Risques-les Échos* récompense le meilleur travail – quelle que soit sa forme : livre, thèse, thèse-article – paru l'année précédente, donnant une meilleure intelligence des phénomènes de risque.

Le jury réunit le comité de rédaction de la revue *Risques* ainsi que les membres de la rédaction *des Échos* intéressés par les idées et le secteur

financier. Les travaux, proposés au prix, sont présentés par le conseil scientifique de la revue *Risques*. Ce qui constitue un premier filtre.

Cette année le jury a eu à examiner cinq textes :

- un article de Hélène Rainelli-le Montagner, « La théorie financière classique, une parenthèse de 50 ans », paru dans *Problèmes économiques* n° 2911, 2006 ;

- un ouvrage collectif dirigé par J. Felsenheimer, P. Gisdakis et M. Zaiser, *Active Credit Portfolio Management*, paru chez Wiley ;

- un article de Louis Eeckhoudt et Harry Schlesinger, « Putting Risk in Its Proper Place », paru dans *l'American Economic Review* ;

- l'ouvrage de Jean Tirole, *Theory of Corporate Finance*, paru chez Princeton University Press ;

- l'ouvrage de Pierre-Charles Pradier, *La notion de risque en économie*, collection Repères, La Découverte.

Le jury a décidé de décerner le prix *Risques-les Échos* 2007 à Jean Tirole, tout en récompensant par une mention spéciale l'ouvrage de Pierre-Charles Pradier.

Les règles du prix sont telles que peuvent se trouver en compétition des travaux de très grande qualité dont l'un devra l'emporter sur les autres. C'est la situation de cette année.

Si le manuel dirigé par Felsenheimer, Gisdakis et Zaiser ne pouvait prétendre recevoir le prix dans la mesure où, bien que remarquable, il n'apporte pas une nouvelle « intelligence du risque », le jury a eu à débattre des travaux d'innovateurs éminents

dans la théorie du risque : Jean Tirole, qui l'a emporté, mais aussi Louis Eeckhoudt et Harry Schlesinger. Les travaux que mènent depuis de longues années, souvent en complicité, Louis Eeckhoudt et Harry Schlesinger mériteraient certainement de recevoir le prix. Le travail publié par *l'American Economic Review* montre comment on peut compliquer le modèle classique d'aversion au risque pour prendre en compte des comportements de « prudence » et de « tempérance ». C'est une contribution importante au renouveau que la théorie du risque connaît dans le contexte contemporain de valorisation de l'incertitude et des comportements de précaution.

Louis Eeckhoudt et Harry Schlesinger n'ont pas reçu le prix parce qu'il nous a paru que le travail de Jean Tirole, *Theory of Corporate Finance*, était plus innovant à la fois d'un point de vue théorique et pratique, aventurant en quelque sorte la théorie du risque dans de nouveaux champs.

Theory of Corporate Finance étend les catégories fondamentales de la théorie du risque, c'est-à-dire des comportements en situation d'incertitude et d'information imparfaite, aux problèmes essentiels de financement des entreprises, c'est-à-dire à la relation entre investisseurs (et types d'investissements) et management des entreprises. Ces questions ont pris, dans le cadre des transformations du capitalisme qu'on appelle « mondialisation » – qui désigne d'abord de nouveaux modes de financement de l'économie –, une importance

particulière sous le nom de « gouvernance ». *Theory of Corporate finance* propose la théorie économique des questions de gouvernance, dans le double aspect où elles ont marqué l'actualité des vingt dernières années : celle de la gouvernance des entreprises espérée par l'investisseur contemporain – celle qui sera la plus productrice de valeur – mais aussi celle des scandales Enron et Worldcom, avec les réformes brutales de gouvernance qu'ils ont provoquées. *Theory of Corporate Finance* nous a paru mériter le prix *Risques-les Échos* en raison de l'ampleur et de la précision d'un propos qui montrent comment la théorie économique peut traiter, formaliser, le domaine qu'on désigne aujourd'hui comme celui de « l'éthique » et qui propose pour cela une théorie du pouvoir, plus exactement des relations de pouvoir, non pas tant dans l'entreprise – c'est la théorie du management – que dans la relation entre l'entreprise et ceux qui la financent (et sans laquelle elle n'existerait pas).

Où est le risque dans tout cela ? Il est présent à plusieurs niveaux. Précisément, le domaine de « l'éthique » s'est isolé depuis quelques années comme celui de « nouveaux risques » déterminants quant à la valorisation des entreprises et aux comportements des investisseurs. Et plus profondément, la question abordée est celle de la confiance, le plus grand risque qu'une économie de marché puisse affronter. Au fond, quand nous avons pris l'habitude de penser que le risque était dans les choses, dans l'adversité des choses, dans les dangers qu'elle recèlerait, dans l'objectivité des comportements

erratiques des marchés, Jean Tirole nous rappelle qu'il n'y a de risque que d'hommes, dans le comportement des hommes, dans leur subjectivité, dans leurs relations. Les théories du pouvoir ou de la gouvernance, en politique comme en économie, ne sont qu'autant de tentatives pour le réduire, le maîtriser, le canaliser, l'utiliser, l'optimiser. N'est-ce pas déjà ce qu'enseignaient les pères de la théorie moderne du risque, Von Neumann et Morgenstern, en prenant pour modèle de la théorie du risque la théorie des jeux ?

Le travail de Jean Tirole a deux grandes conséquences : théorique et pratique.

Théoriquement, comment penser les relations de pouvoir ? Vous savez que cette question des relations de pouvoir a été remise à l'agenda politique dans les années 1970. Ce qui rend si mystérieux, si difficile, si risqué, c'est que le pouvoir – conduire la conduite des autres – s'opère dans un contexte de liberté. Il ne s'agit pas d'une coercition. Pouvoir et liberté se disent en économie : asymétrie, asymétrie d'information, hasard moral et antisélection. Pouvoir, c'est aussi résistance au pouvoir, contre-pouvoir, concurrence, compétition pour s'approprier la valeur. Précisément, comment organiser les relations de pouvoir de manière à ce que la valeur soit produite et qu'elle soit correctement appropriée ?

Comment organiser les relations de pouvoir de manière à ce qu'elles mobilisent des libertés – c'est la source de la valeur – dans le sens le plus efficace ? C'est précisément la

question de la gouvernance. Prise à ce niveau, la *Theory* de Jean Tirole n'a pas seulement comme domaine de validité le financement des entreprises. Elle devrait s'exporter dans le domaine politique, fonder une nouvelle économie politique.

Pratiquement, *Theory of corporate Finance* apporte un éclairage minutieux sur toute une série de problèmes concrets de financements et gouvernance des entreprises, expliquant comment se construisent les choix d'investissement dans ces contextes de risque et d'incertitude, et donc permettant d'anticiper ce que seront les comportements relatifs des investisseurs et des managers lorsque certaines hypothèses de risque et d'incertitude se trouvent réunies.

Jean Tirole est, avec Jean-Jacques Laffont, le père de l'École d'économie de Toulouse (dont l'un des membres, Christian Gollier, a été primé dans le passé). Nous sommes heureux à la fois de pouvoir féliciter Jean Tirole pour ce grand travail et de nous associer avec lui à l'hommage qu'il rend à Jean-Jacques Laffont.

Parmi les travaux que le comité scientifique de *Risques* a proposés au prix *Risques-Les Échos* figuraient aussi des ouvrages de vulgarisation. C'est le cas de l'article d'Hélène Rainellei-le Montagner et du petit « Repères » que Pierre-Henri Pradier propose sur *La notion de risque en économie*. Si de tels ouvrages ne peuvent en principe prétendre recevoir un prix qui récompense des recherches apportant une nouvelle intelligence du risque, la qualité de la synthèse proposée par Pierre-Henri Pradier a

convaincu le jury par sa clarté, son érudition, son actualité, sa dextérité. Même si l'ouvrage de Pierre-Henri Pradier s'intéresse plus à la théorie financière du risque qu'à la notion de risque en assurance, cet ouvrage est rare, utile, et contribue à l'intelligence des phénomènes de risque. Nous avons voulu encourager ce type d'initiative par un prix spécial.

■ Allocution de Daniel Bouton

Président-directeur général de la Société générale

Demander à un banquier de remettre un prix à l'auteur d'un livre qui s'appelle *The Theory of Corporate Finance*, c'est prendre le risque de faire apparaître l'incompétence du banquier, ou l'absence de réflexion théorique sur le métier de banquier. C'est aussi rappeler combien le travail académique a permis de bouleverser en quelques décennies la pratique de l'activité financière.

Sans la recherche, il n'y aurait ni Bâle II qui devrait avoir un système bancaire utilisant les bonnes quantités de fonds propres; ni les marchés dérivés qui ont permis la marchandisation du financement de l'économie. Les exemples sont nombreux.

Monsieur Jean Tirole, votre ouvrage est d'ores et déjà reconnu comme une référence. La presse scientifique mais aussi la presse d'information générale, en particulier anglo-saxonne, ont souligné qu'il constitue le nouveau manuel de base pour tout étudiant et tout chercheur en finance d'entreprise.

Pour le chef d'entreprise et le banquier que je suis, votre apport méthodologique est très important. La prise de risque est la condition *sine qua non* de toute stratégie de croissance et de développement. C'est le cœur du métier de chef d'entreprise, et c'est encore plus vrai s'il est banquier. Nous opérons dans un monde de plus en plus complexe, de plus en plus rapide, avec des risques de plus en plus divers que nous savons de mieux en mieux diviser, distribuer. Au-delà du traditionnel risque de contrepartie, qui existe depuis que des hommes d'affaires italiens ou flamands ont un jour inventé la banque au XV^e siècle, il y a les risques de marché, les risques opérationnels, les risques de modèles mathématiques, les risques systémiques, bref, autant de risques que je dois étudier, évaluer, proposer au Conseil qui doit les décider, mais aussi que je dois être capable d'expliquer et de justifier à toutes les parties en présence.

Votre livre essaie de dépasser la théorie un peu irréaliste de Modigliani-Miller, selon laquelle la structure financière d'une entreprise n'a pas d'impact sur sa valeur totale, en montrant qu'il existe des asymétries d'information autour de l'entreprise qu'il convient à la fois d'analyser et de gérer.

Ce sujet de l'asymétrie de l'information est évidemment un sujet qui passionne le banquier en tant que prêteur, mais aussi l'investisseur sur les marchés. L'un comme l'autre sont, et c'est relativement récent, avides de transparence. Je voudrais souligner que, pour les sociétés cotées, l'asymétrie de l'information

se réduit à grande vitesse du fait de l'extraordinaire niveau de compétences accumulées dans les sociétés de gestion, dans les bureaux d'analystes et dans les *hedge funds*. Il reste un point sur lequel il ne faut pas accepter la transparence totale : c'est la stratégie future. Il importe au plus haut point que les théoriciens de la *corporate governance* ne commettent pas l'erreur d'exiger cette transparence, à travers en particulier la transparence sur les règles de fixation des rémunérations des dirigeants qui souvent permettent de la découvrir.

Il est évidemment un domaine où ces questions sont centrales, c'est celui du gouvernement d'entreprise. Ce sujet revient régulièrement d'actualité comme si toute erreur de gestion, tout comportement frauduleux pouvaient être prévenus par une règle de gouvernement d'entreprise. C'est évidemment impossible. Aucune règle ne ramènera à zéro le risque de comportement frauduleux et il ne faut surtout pas que l'erreur stratégique soit considérée comme sanctionnable.

Le comportement frauduleux doit être sanctionné par le régulateur ou par le juge. L'erreur stratégique – lorsqu'elle aurait pu être évitée – doit, elle, être sanctionnée par le conseil d'administration ou l'assemblée générale mais certainement pas par le juge. L'échec est la contrepartie nécessaire de la réussite. Sa seule sanction possible est la révocation du dirigeant par le conseil d'administration. Faire sanctionner l'erreur stratégique par le juge, c'est tuer la prise de risque inhérente à toute stratégie

de croissance et de développement de l'entreprise.

Puis-je rappeler rapidement où nous en sommes en France. Après trois comités Afep/Medef, une affaire Enron, et quelques lois, la situation n'a plus rien à voir avec celle souvent décrite des chambres d'enregistrement d'il y a vingt ans.

Les conseils comportent une part d'administrateurs indépendants très significative (62 % dans les sociétés du Cac 40 à capital dispersé). Malgré toutes les réserves qui ont pu être exprimées sur la présence d'administrateurs indépendants, le sage équilibre au sein du conseil entre indépendance et compétence est un facteur-clef pour les actionnaires, pour les employés et pour l'entreprise elle-même. Ce que j'entends par compétence, c'est, d'une part, la connaissance du secteur d'activité dans lequel l'entreprise opère et, d'autre part, l'expérience du monde des grandes entreprises et surtout des situations de crise (OPA, crise majeure). À l'heure actuelle, l'adulation dont bénéficient les administrateurs indépendants est en train de tourner à l'idolâtrie.

Non, l'indépendance ne se définit pas en remplissant un QCM. Le parfait indépendant par un QCM peut se révéler incompétent ou servile : le non-indépendant ; au regard du critère n° 27 du QCM peut être en réalité une forte tête jouant un rôle majeur dans un conseil : la procédure française du code consolidé Afep/Medef est bonne parce que le conseil doit évaluer l'indépendance et qu'il doit l'expliquer.

Oui, il est bon qu'un conseil comporte une part significative

d'administrateurs mettant en risque une part de leur propre patrimoine. C'est le cas des actionnaires familiaux, et c'est le cas des managers ayant bénéficié de stock-options et ayant réinvesti leurs plus-values dans les actions.

Oui il est nécessaire que les comités du conseil d'administration comportent une majorité d'administrateurs indépendants.

La transparence sur le gouvernement d'entreprise est une réalité (existence d'un règlement intérieur, rapport du président chaque année...) ; plus des trois quarts des cent premières sociétés cotées françaises ont un comité d'audit et un comité des rémunérations.

Puis-je citer le dernier rapport de l'Autorité des marchés financiers (AMF) : « Sur le fond, on constate une nouvelle amélioration de la qualité des rapports sur le gouvernement d'entreprise. » ? Près de la moitié des sociétés du Cac 40 ont procédé à une évaluation de leur conseil d'administration l'an dernier. Cela signifie combien les choses se sont améliorées. Faut-il aller plus loin et comment ? Il me semble que deux catégories de sujets sont aujourd'hui politiquement sur la table.

Tout d'abord, la rémunération des dirigeants est revenue sur le devant de la scène. Le débat s'est concentré sur les parachutes dorés et autres avantages liés au départ. Ce débat est marqué par un certain manque de pragmatisme. Il est des circonstances où une indemnité de départ se justifie, d'autres où cela n'a pas de sens. Il appartient au conseil

d'administration d'en juger. Ainsi, si une entreprise en crise veut faire venir un manager, lui garantir une indemnité est souvent nécessaire parce qu'il faut aussi que le conseil puisse redresser la barre plus rapidement que prévu. En revanche, on peut admettre quelques règles de procédure. Il peut même être admis que l'octroi d'une indemnité soit assorti de conditions qu'il appartiendra au conseil de vérifier au moment du versement. Mais, comme l'indique Monsieur Tirole dans son ouvrage, il faut veiller à ce que ces conditions n'incitent pas au camouflage ou à l'astuce comptable, voire à contrarier une orientation stratégique utile à l'entreprise. Plus fondamentalement se pose la question de la rémunération et l'évaluation des dirigeants. S'agissant de l'évaluation, outre sa périodicité, la question se pose de la méthode. Dans le rapport, qui porte mon nom, il est proposé que l'évaluation soit précédée d'une réunion des administrateurs externes à l'entreprise (ni salariés, ni mandataires, ni anciens salariés ou mandataires). Cette proposition n'a guère été mise en œuvre mais probablement a-t-elle besoin d'être relancée, peut-être en même temps que le développement dans nos pratiques de gouvernement d'entreprise du *lead independent director*. Cet administrateur indépendant, généralement en même temps président du comité de sélection et de rémunération, doit être le garant du bon fonctionnement du gouvernement de l'entreprise. Il préside notamment les travaux d'évaluation du conseil d'administration et des mandataires sociaux

ainsi que la réunion des administrateurs externes dont je viens de parler. Cette pratique américaine, désormais appliquée en Italie, présente le mérite d'introduire un véritable responsable de l'évaluation au sein du Conseil. Une plus grande transparence, une meilleure méthodologie d'évaluation, sont les clés de véritables progrès en ce domaine. En revanche, les débats sur la structure idéale de gouvernance de l'entreprise – système dual, séparation président/directeur général – ne mènent nulle part. La vérité est qu'il n'y a pas de solution idéale. L'important est que les institutions de l'entreprise fonctionnent. La voie française consistant à laisser le conseil d'administration choisir la structure la plus adaptée est la bonne.

Ensuite, la deuxième thématique centrale concerne la place de l'assemblée générale. La situation est devenue là encore étrange. Certains réclament davantage de pouvoirs pour l'assemblée générale (par exemple l'approbation des rémunérations) sans tenir compte du fait que ce n'est pas l'assemblée générale mais le conseil qui nomme et évalue les dirigeants.

De même, vouloir limiter les délégations au conseil d'administration comme on le voit de plus en plus, c'est prendre un vrai risque de blocage. On est dans une situation où les investisseurs souhaitent éviter de donner un blanc-seing au *management* mais ne veulent pas être impliqués positivement dans la gestion de l'entreprise. Derrière cette question se pose celle du rôle des fonds d'investissement et de la

manière dont ils exercent leurs droits d'actionnaires. Désormais obligés de voter, ils imposent progressivement un modèle qui tend à limiter la liberté d'action du conseil d'administration. On l'a observé récemment dans le refus des délégations d'augmentation de capital. Or, l'intérêt du fonds peut ne pas coïncider à tout instant avec celui des autres actionnaires, ni avec celui à plus long terme de l'entreprise. Ce nouveau modèle, en train de se mettre en place, ne constitue-t-il pas un frein à la prise de risque ?

À l'inverse, les *hedge funds* sont eux dans une autre logique. Leur rôle est souvent mis en cause en France et à l'étranger. Mais leur bilan reste très positif et, par leur activisme actionnarial, ils placent l'entreprise sous tension. Faut-il s'en plaindre ?

En somme, un bon gouvernement d'entreprise ne saurait se résumer à des règles, même si celles-ci sont nécessaires. Il doit tenir compte de la situation des différents acteurs et de l'évolution de leur rôle.

Comme vous le rappelez, Monsieur Tirole, il importe de « monitorer » chaque situation pour la rendre optimale dans un environnement réglementaire mouvant. À cet égard, le mérite de votre ouvrage est d'intégrer les aspects macroéconomiques et l'influence des politiques publiques. Vous soulignez les biais occasionnés par l'interventionnisme – souvent à courte vue – des pouvoirs publics. La fiscalité de l'épargne, l'interventionnisme dans les investissements au sein des PME sont caractéristiques de ce type de pratique.

Merci Monsieur Tirole de cette œuvre de grande ampleur. Merci de remettre les stratégies des acteurs au cœur de l'analyse des conditions de financement des entreprises. Cet effort pour modéliser les comportements est essentiel et ce prix est une modeste récompense à un travail exceptionnel.

■ Allocution de Jean Tirole

Qu'ont en commun le développement de la microfinance, le rachat de la compagnie d'électricité TXU par le fonds d'investissement KKR pour 44 milliards de dollars, le rapport Bouton sur le gouvernement d'entreprise et la politique monétaire ? Ces sujets apparemment sans lien tournent en fait tous autour de la question cruciale de l'accès des entreprises au capital, de la séparation entre financeurs et décideurs, et de la manière dont les seconds peuvent s'engager à assurer un rendement de marché aux premiers. La microéconomie moderne basée sur la théorie des jeux, représentant et prédisant les stratégies des différents acteurs pourvus chacun d'objectifs propres, et la théorie de l'information, rendant compte de l'utilisation stratégique d'informations privilégiées par ces mêmes acteurs, fournit le cadre conceptuel pour l'étude de la gouvernance et de l'accès des entreprises au crédit et au capital.

Beaucoup de nos concitoyens, lorsqu'on évoque la gestion d'entreprise et la finance, pensent immédiatement

aux liens ténus qui existent entre rémunération des dirigeants et performance de l'entreprise, aux manipulations comptables à la Enron, aux délits d'initiés, aux exigences de rendement « excessives » de la part des actionnaires. Peu d'entre eux réalisent que les mécanismes régissant nos économies modernes résultent d'un processus reposant sur deux grands principes : la responsabilisation et la création de valeur. Responsabilisation, tout d'abord : l'entreprise doit être incitée à prendre en compte le coût de ses décisions pour les différentes parties prenantes. Par exemple, la fiscalité verte ou son analogue en matière de marché du travail (le bonus/malus sur l'assurance chômage qui devrait se substituer au contrôle judiciaire des licenciements) visent à responsabiliser l'entreprise en matière d'environnement ou de gestion des ressources humaines. Confrontée aux bons signaux économiques, l'entreprise peut alors se concentrer sur une mission simple : la création de valeur pour les financeurs qui lui font confiance, garante d'investissement et par là de création d'emplois.

Dans un article célèbre et provocateur publié en 1958, Modigliani et Miller ont suggéré que la structure financière d'une entreprise n'a pas d'impact profond sur sa gestion et donc sur sa valeur. En gros, les modalités de partage d'un gâteau fixe (les profits futurs de l'entreprise) entre les différents financeurs (actionnaires, créanciers) n'affectent pas la taille de ce gâteau et donc le prix total que ces investisseurs sont prêts à payer pour l'ensemble des actions, obligations, dette bancaire

et autres créances sur l'entreprise. Mais l'hypothèse de Modigliani et Miller est peu satisfaisante. La taille du gâteau n'est pas fixe car la création de valeur dépend en réalité de la structure financière et de la gouvernance. Cette création de valeur repose sur une juxtaposition complexe de mécanismes incitatifs, chacun très imparfait, mais dont l'ensemble produit un mode de gouvernance sophistiqué. Les actions et stock-options octroyées aux dirigeants sont souvent décriées, mais bien structurées (en particulier s'inscrivant dans la durée et indexées sur la progression des valeurs du secteur ou de la Bourse), elles peuvent inciter ces derniers à adopter une perspective de long terme. Une multitude de contre-pouvoirs traque l'insuffisance de création de valeur : administrateurs indépendants, actionnaires de référence, OPA, commissaires aux comptes, assemblée générale, comités d'éthique, médias, régulateurs. À un niveau abstrait, ces contre-pouvoirs collectent l'information et pour certains d'entre eux, sur la base de celle-ci, interviennent alors sur la gestion de l'entreprise. Ces rouages complexes, leurs interactions, et les déterminants des structures financières des entreprises font l'objet de l'ouvrage qui vient d'être couronné par le prix 2007 *Risques/Les Échos*.

Toute entreprise, de la PME à celle du Cac 40, a besoin de fonds pour financer sa croissance, ou plus modestement pour passer un cap difficile. En l'absence de trésorerie abondante ou d'actifs non stratégiques et facilement réalisables, l'entreprise

doit lever de l'argent auprès d'actionnaires ou de créanciers. Ces derniers cependant n'apporteront leur concours que si le rendement qu'ils peuvent espérer de leur investissement correspond à ce qu'ils peuvent obtenir dans d'autres placements ; d'où la nécessité pour l'entreprise d'adopter une gouvernance et des engagements qui rassurent ses bailleurs de fonds quant au retour sur investissement.

De cette observation simple résulte une série d'institutions visant soit à aligner les intérêts des dirigeants avec ceux des financeurs, soit à offrir des garanties à ces derniers : schémas de rémunération des dirigeants, exigence de sûretés, gestion du risque, actionnariat de référence, etc.

De plus, la théorie prédit – et les travaux économétriques confirment – une relation systématique entre structure de bilan et « concessions » faites aux financeurs. Une entreprise « à structure de bilan fragile », c'est-à-dire une entreprise avec peu de liquidités, peu d'actifs tangibles, une grande incertitude quant aux revenus futurs, et une réputation à bâtir, devra logiquement offrir plus de concessions à ses financeurs – pour ne citer que quelques exemples : modérer son plan d'investissement, accepter une maturité plus courte de la dette (permettant aux créanciers de sortir à temps en cas de problème), une gouvernance plus stricte, et un niveau plus important de sûretés. Ces concessions sont coûteuses mais représentent un point de passage obligé pour l'entreprise désireuse de financer sa croissance.

À titre d'illustration, tandis qu'une grande entreprise disposant de liquidités, de sûretés pouvant être gagées et d'une réputation établie pourra s'approvisionner sur les marchés obligataires avec un *spread* de crédit étroit, la *start-up* de biotechnologie (sans liquidité, sans collatéral et sans *cash-flow* garanti) devra se soumettre à un contrôle draconien de son financement, de sa gouvernance et de ses choix d'investissement. De même, les PME ont un besoin particulièrement fort du secteur bancaire, garant d'une réduction de l'asymétrie d'information entre l'entreprise et l'investisseur final, le déposant.

La théorie de la finance d'entreprise nous permet ainsi de réfléchir à une vaste palette de problèmes allant des stratégies de financement d'entreprise à l'efficacité des politiques monétaires à travers leur impact sur le bilan des intermédiaires financiers et des entreprises, en passant par les propositions de réforme du gouvernement d'entreprise. Ces analyses fines sont l'une des grandes avancées permises par la révolution intellectuelle que constitue la théorie de l'information.

■ Allocution de Pierre-Charles Pradier

Cette *économie du risque* constitue une histoire des faits, des représentations et des théories économiques dans la tradition ouverte par Foucault et Ewald. Le récit articule trois temps forts :

- l'apparition du mot, du concept et des pratiques du risque au Moyen-Âge ;

- le développement des mathématiques du hasard, de la gestion assurancielle et de la statistique mathématique à l'époque des Lumières ;
- enfin, l'essor récent de la théorie économique et financière – que ce soit du point de vue décisionnel *a priori* ou du point de vue macro-économique *a posteriori* (avec l'énigme de la prime de risque et l'inflation des actifs patrimoniaux en conclusion).

Ces temps forts permettent d'illustrer une thèse assez audacieuse contre ceux qui pensent, comme on le croit souvent, que l'économie a emprunté les mathématiques du hasard aux sciences de la nature. Ce livre montre au contraire que le calcul des probabilités se développe comme solution à des questions sociales et

politiques, solution apportée par des mathématiciens intéressés à la vie de la Cité.

À côté de cette thèse centrale, on trouve des points de vue originaux sur des thèmes que l'on croyait convenus : ainsi le parallèle entre, d'une part, le développement des mathématiques de la décision depuis l'après-guerre et, d'autre part, les recherches de la fin du dix-huitième siècle. Cette comparaison s'appuie sur les travaux d'historiens des mathématiques menés ces quinze dernières années et conduit à penser différemment l'articulation entre économie et mathématiques, leur histoire commune et leur épistémologie. De même, l'étude critique de la distinction entre risque et incertitude chez Knight, et surtout Keynes, met en perspective l'évolution de la théorie économique au cours du dernier siècle et les limites de son domaine d'application.

Enfin, le développement de l'actuariat, de la finance, transforme profondément l'économie politique héritée des Classiques. Malgré des raccourcis, on retrouve ces analyses et une bibliographie correspondante dans ce petit volume.

VENTE AU NUMÉRO - BULLETIN D'ABONNEMENT

	Prix	FRANCE	EXPORT		Prix	FRANCE	EXPORT
1 Les horizons du risque		ÉPUISÉ		44 Science et connaissance des risques. Y a-t-il un nouveau risk management ?			
2 Les visages de l'assuré (1 ^{re} partie)	19,00	19,00		45 L'insécurité routière	29,00	33,54	
3 Les visages de l'assuré (2 ^e partie)	19,00	19,00		46 Risques économiques des pays émergents. Le fichier clients.			
4 La prévention		ÉPUISÉ		47 Segmentation, assurance, et solidarité	29,00	33,54	
5 Age et assurance		ÉPUISÉ		48 Les nouveaux risques de l'entreprise. Les risques de la gouvernance.			
6 Le risque thérapeutique	19,00	19,00		49 L'entreprise confrontée aux nouvelles incertitudes	29,00	33,54	
7 Assurance crédit/Assurance vie	19,00	19,00		50 Changements climatiques. La dépendance. Risque et démocratie	30,50	33,54	
8 L'heure de l'Europe		ÉPUISÉ		51 L'impact du 11 septembre 2001. Une ère nouvelle pour l'assurance ?			
9 La réassurance	23,00	23,00		52 Un nouvel univers de risques	30,50	33,54	
10 Assurance, droit, responsabilité	23,00	23,00		53 La protection sociale en questions. Réformer l'assurance santé.			
11 Environnement : le temps de la précaution	23,00	23,00		54 Les perspectives de la théorie du risque	30,50	33,54	
12 Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?		ÉPUISÉ		55 Risque et développement. Le marketing de l'assurance.			
13 Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	23,00	23,00		56 Effet de serre : quels risques économiques ?	30,50	33,54	
14 Innovation, assurance, responsabilité	23,00	23,00		57 La finance face à la perte de confiance. La criminalité. Organiser la mondialisation	30,50	33,54	
15 La vie assurée	23,00	23,00		58 L'évolution de l'assurance vie. La responsabilité civile. Les normes comptables		ÉPUISÉ	
16 Fraude ou risque moral ?	23,00	23,00		59 L'état du monde de l'assurance. Juridique. Économie	31,50	35,00	
17 Dictionnaire de l'économie de l'assurance		ÉPUISÉ		60 Industrie : nouveaux risques ? La solvabilité des sociétés d'assurances. L'assurabilité	31,50	35,00	
18 Éthique et assurance	23,00	23,00		61 Risque systémique et économie mondiale. La cartographie des risques.			
19 Finance et assurance vie	23,00	23,00		62 Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ?	31,50	35,00	
20 Les risques de la nature	23,00	23,00		63 Situation et perspectives. Le gouvernement d'entreprise : a-t-on progressé ?			
21 Assurance et maladie	29,00	29,00		64 L'impact de la sécurité routière	31,50	35,00	
22 L'assurance dans le monde (1 ^{re} partie)	29,00	29,00		65 L'assurance sortie de crise.			
23 L'assurance dans le monde (2 ^e partie)	29,00	29,00		66 Le défi de la responsabilité médicale. Le principe de précaution	31,50	35,00	
24 La distribution de l'assurance en France	29,00	29,00		67 La mondialisation et la société du risque. Peut-on réformer l'assurance santé ?			
25 Histoire récente de l'assurance en France	29,00	29,00		68 Les normes comptables au service de l'information financières.	31,50	35,00	
26 Longévité et dépendance	29,00	29,00		69 Risques et cohésion sociale. L'immobilier. Risques géopolitiques et assurance.	31,50	35,00	
27 L'assureur et l'impôt	29,00	29,00		70 FM Global. Private equity. Les spécificités de l'assurance aux USA.	31,50	35,00	
28 Gestion financière du risque	29,00	29,00		71 Bancassurance. Les agences de notation financière. L'Europe de l'assurance.	33,00	37,00	
29 Assurance sans assurance	29,00	33,54		72 La lutte contre le cancer. La réassurance. Risques santé.	33,00	37,00	
30 La frontière public/privé	29,00	33,54		73 Un grand groupe est né. La vente des produits d'assurance.			
31 Assurance et sociétés industrielles	29,00	33,54		74 Une contribution au développement.	33,00	37,00	
32 La société du risque	29,00	33,54		75 Environnement. L'assurance en Asie. Partenariats public/privé.		ÉPUISÉ	
33 Conjoncture de l'assurance. Risque santé	29,00	33,54		76 Stimuler l'innovation. Opinion publique. Financement de l'économie.		ÉPUISÉ	
34 Le risque catastrophique	29,00	33,54		77 Peut-on arbitrer entre travail et santé ? Réforme Solvabilité II. Pandémies.		ÉPUISÉ	
35 L'expertise aujourd'hui	29,00	33,54		78 L'appréhension du risque. Actuariat. La pensée du risque.	33,00	37,00	
36 Rente. Risques pays. Risques environnemental		ÉPUISÉ		79 Le risque, c'est la vie. L'assurabilité des professions à risques.			
37 Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000.				80 L'équité dans la répartition du dommage corporel	33,00	37,00	
38 Les concentrations dans l'assurance	29,00	33,54		81 Gouvernance et développement des mutuelles. Questionnement sur les risques climatiques. La fondation du risque.	33,00	37,00	
39 Le risque urbain. Révolution de l'information médicale.				82 Assurer les OGM			
40 Santé. Internet. Perception du risque	29,00	33,54		83 Santé. Internet. Perception du risque	29,00	33,54	
41 XXI ^e siècle : le siècle de l'assurance. Nouveaux métiers, nouvelles compétences. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités	29,00	33,54		84 Santé. Internet. Perception du risque	29,00	33,54	
42 L'Europe. La confidentialité. Assurance : la fin du cycle ?	29,00	33,54		85 L'image de l'entreprise. Le risque de taux.			
43 L'image de l'entreprise. Le risque de taux.				86 Les catastrophes naturelles	29,00	33,54	
44 Les catastrophes naturelles	29,00	33,54		87 Le nouveau partage des risques dans l'entreprise.			
45 Le nouveau partage des risques dans l'entreprise.				88 Solvabilité des sociétés d'assurances.			
46 Solvabilité des sociétés d'assurances.				89 La judiciarisation de la société française	29,00	33,54	
47 La judiciarisation de la société française	29,00	33,54					

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



À découper et à retourner accompagné de votre règlement à

Seddita - 17, rue Henri Monnier - 75009 Paris

Tél. (33) 01 40 22 06 67 - Fax : (33) 01 40 22 06 69 - Courriel : info@seddita.com

BON DE COMMANDE DE LA REVUE RISQUES

Abonnement (4 numéros/an) année 2007 n° 69 à n° 72 FRANCE 131 € EXPORT 150 €*
 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

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à SEDDITA, 17, rue Henri Monnier 75009 PARIS

Où se procurer la revue ?

Vente au numéro par correspondance et abonnement :

Seddit

17, rue Henri Monnier - 75009 Paris
Tél. 01 40 22 06 67 - Fax : 01 40 22 06 69
Courriel : info@seddit.com
www.seddit.com

Diffuseur en librairie :

Soficom Diffusion

15, rue du Docteur Lancereau - 75008 Paris
Tél : 01 02 56 45 71 - Fax : 01 42 56 45 72
Courriel : soficom@soficom-diffusion.com
www.soficom-diffusion.com

Documentation française

29, Quai Voltaire
75007 Paris

FNAC Etoile

26-30, av des Ternes
75850 Paris cedex 17

LGDJ

20, rue Soufflot
75005 Paris

Librairie BRAHIC

54, rue de Paradis
13006 Marseille

Gibert Joseph

9, rue Gambetta
86000 Poitiers

Librairie MOLLAT

15 rue, Vital Carles
33080 Bordeaux

Unithèque

71, rue du commerce
37000 Tours

Sauramps

Allée Jules Milhau
34000 Montpellier

Hall du livre

38, rue saint Dizier
54 000 Nancy

Librairies partenaires :

Librairie le Moniteur

17, rue d'Uzès 75002 Paris
Tél. 01 40 13 33 80 - Fax 01 40 13 30 13

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

CNPP Entreprise Pôle Européen de Sécurité - CNPP Vernon

BP 2265 - 27950 Saint-Marcel
Tél. 02 32 53 64 32 - Fax : 02 32 53 64 80

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

Editeur

SARL Seddita

17, rue Henri Monnier

75009 Paris

Tél. [33] 01 40 22 06 67

Fax [33] 01 40 22 06 69

Courriel : info@seddita.com

Prix de l'abonnement (4 n^{os}) Année 2007

France 131,00 €

Étranger 150,00 €

Prix au numéro

France 35,00 €

Étranger 40,00 €

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 : à parution

ISSN : 1152-9253

Risques

Les cahiers de l'assurance

1. Société

Une première maison commune de l'assurance

2. Risques et solutions

La distribution dans la chaîne de valeur de l'assurance

3. Analyses et Débats

L'assurance en ébullition ?

4. Études et Livres

5. Prix Risques / Les Echos

ISSN : 1152-9253

ISBN : 978-2-912916-98-3

Prix : 35 €



9 782912 916983