

# Risques

Les cahiers de l'assurance

## ■ Être assureur aujourd'hui

Jean-Philippe Thierry

## ■ Assurance « multicanal »

Astrid Cambournac  
Pascal Compet  
Jean-Pierre Daniel  
Stéphane Favaretto  
Georges-Henri Levy  
Niek Ligtelijn  
Laurent Ouazana  
Isabelle Renard  
Yannick Schmitz  
Marie-Pierre Victori

## ■ Vulnérabilité : assurance et solidarité

François-Xavier Albouy  
Matthieu Angotti  
Jean-François Chadelat  
Pierre Deschamps  
François Ecalle  
Jean-Baptiste de Foucauld  
Yannick L'Horty  
Gilles Johanet  
Marc Nabeth  
Alain Trannoy

## ■ Études et livres

Marc-Éric Bellot  
Pierre Bollon  
Frédéric Gudin du Pavillon  
Ali Jaghdam  
Régis de Laroullière  
Pierre Martin  
Carlos Pardo  
Côme Segretain



n° 77 ■ Trimestriel Mars 2009

SEDDITA

## C omité éditorial



Jean-Hervé Lorenzi

*Directeur de la rédaction*

François-Xavier Albouy et Robert Leblanc

*Société*

Pierre Bollon

*Études et livres*

Gilles Bénéplanc et Daniel Zajdenweber

*Risques et solutions*

Arnaud Chneiweiss et Philippe Trainar

*Analyses et débats*

Isabelle Clap   François Ewald   Jean-François Lequoy

Joëlle Rolland

*Secrétaire de rédaction*

## C omité scientifique



David Alary, Philippe Askenazy, Luc Arrondel, Jean Berthon,

Michel Bisch, Jean-François Boulier, Marc Bruschi, Philippe Casson,

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, Elyès Jouini, Jérôme Kullmann, Dominique de La Garanderie,

Pierre-Marie Larnac, Daniel Laurent, Hervé Le Borgne, Claude Le Pen,

Laurent Leveneur, Olivier Mareuse, André Masson, Luc Mayaux, François Meunier, Jean-Christophe Meyfredi,

Erwann Michel-Kerjan, Alain Moeglin, Marie-Christine Monsallier-Saint-Mleux, Stéphane Mottet,

Michel Mougeot, Bertrand Munier, Yves Negro, Carlos Pardo, Jacques Pelletan, Pierre Pestieau,

Pierre Petauton, Pierre Picard, Philippe Pierre, Manuel Plisson, Jean-Claude Prager, Françoise Rambaud,

André Renaudin, 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, Jean-Luc Wybo

# Sommaire - n° 77 -

## 1. *Société* Être assureur aujourd'hui

### Entretien avec

Jean-Philippe Thierry, Président des AGF

Par François-Xavier Albouy, Gilles Bénéplanc, Arnaud Chneiweiss, et Jean-Hervé Lorenzi ..... 9

## 2. *Risques et solutions* Assurance « multicanal »

Daniel Zajdenweber, <i>Introduction</i> .....	17
Niek Ligtelijn et Stéphane Favaretto, <i>Assurance sur Internet : la croissance en marche !</i> .....	19
Jean-Pierre Daniel, <i>Le printemps d'Internet dans l'assurance européenne</i> .....	28
Yannick Schmitz, <i>De nouvelles ouvertures à la gestion de la relation client et à l'innovation produit</i> .....	33
Marie-Pierre Victori, <i>Internet, concurrent ou appui des intermédiaires d'assurances</i> .....	39
Pascal Compét, <i>Quand internet deviendra un canal de vente pour les assureurs français</i> .....	42
Isabelle Renard, <i>L'assurance en ligne, qu'est-ce que ça change ?</i> .....	48
Georges-Henri Levy, Astrid Cambournac et Laurent Ouazana, <i>Les courtiers grossistes souscripteurs : un modèle pérenne grâce à l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies</i> .....	55

## 3. *Analyses et débats* Vulnérabilité : assurance et solidarité

Philippe Trainar, <i>Introduction</i> .....	63
Jean-Baptiste de Foucauld, <i>Face au risque d'exclusion : nouvelles approches ?</i> .....	67
Alain Trannoy, <i>RMI, RSA et cycle économique : faut-il déroger à la règle des 38 % ?</i> .....	71
Matthieu Angotti, <i>Le revenu de solidarité active (RSA) : une garantie financière mais un faible espoir d'insertion durable</i> .....	77
Jean-François Chadelat, <i>L'assurance contre le risque maladie des populations en situation de pauvreté</i> .....	81
François Ecalle, <i>Le bouclier sanitaire</i> .....	86
Yannick L'Horty, <i>Assistance et assurance : une forte complémentarité</i> .....	91
François-Xavier Albouy, <i>L'assurance, cela sert d'abord à réduire la pauvreté</i> .....	96
Gilles Johanet, <i>Assurance santé et pauvreté : agir maintenant</i> .....	102
Marc Nabeth, <i>L'assurance face aux nouveaux visages de la vulnérabilité</i> .....	107
Pierre Deschamps, <i>Quel rôle pour les entreprises dans la réduction de la pauvreté ?</i> .....	120

## 4. *Etudes et livres*

Marc-Éric Bellot, <i>Qu'est-ce que la sinistralité de mauvaise conjoncture ?</i> .....	125
Ali Jaghdam, <i>Les conditions d'assurabilité des cyber-risques</i> .....	129
Régis de Larouillère, <i>La crise financière : d'un Glass-Steagall Act revisité à un soutien de groupe amélioré ?</i> .....	134
Pierre Martin, <i>Mutuelles d'assurances et marché : un capitalisme pertinent ?</i> .....	139
Côme Segretain, <i>La procyclicité et la responsabilité de la juste valeur dans la crise en question</i> .....	143
Christophe Martin et Franck Guarnieri, <i>Pratiques de prévention des risques professionnels dans les PME-PMI</i> par Frédéric Gudin du Pavillon .....	148
Roland Portait et Patrice Poncet, <i>Finance de marché : instruments de base, produits dérivés, portefeuilles et risques</i> par Carlos Pardo .....	150
Alain Borderie, <i>Financer les champions de demain. Siparex 1977-2008 : pour un private equity éthique et performant</i> par Pierre Bollon .....	153



# Éditorial

En cette fin de printemps 2009, le monde entier s'interroge sur la pertinence et l'efficacité des plans de soutien à l'activité économique proposés un peu partout, de la Chine au Japon en passant, bien évidemment, modestement par l'Europe, et avec une vigueur exceptionnelle par les États-Unis. Les questions sont simples. L'ampleur de ces plans est-elle suffisante, est-elle adaptée aux sujets, exhaustive dans sa démarche, prospective dans son contenu, imaginative dans son mode de financement ? Tout cela souligne un point essentiel dans les décisions à prendre par les gouvernements : chaque plan de relance doit correspondre aux problèmes macroéconomiques des pays concernés. Ce qui signifie que l'on ne peut traiter de la même manière les difficultés allemandes ou espagnoles... Dans le cas de la France, on le sait depuis de nombreuses années, les problèmes lourds sont de deux ordres : en premier lieu, une baisse de compétitivité, constatée depuis une toute petite dizaine d'années, et indiscutable lorsque l'on regarde les pertes relatives des parts de marché sur la zone euro qui produisent un effet de vases communicants entre les exportations françaises et allemandes. Et puis il y a ces populations fragiles, ces pauvres, souvent en activité, dont l'importance quantitative est plus forte dans notre pays que chez nos voisins. Compétitivité et fragilité, tels sont les deux mots-clés de toute politique de relance, en ayant à l'esprit que cette crise, si douloureuse soit-elle, peut être l'occasion remarquable d'un repositionnement de notre économie sur une trajectoire plus conforme à son histoire économique. C'est le grand intérêt de ce numéro de la revue *Risques* qui se concentre, naturellement, sur notre secteur d'activité, celui de l'assurance. L'assurance apparaît, contrairement au secteur bancaire, comme solide, à de rares exceptions près, et surtout au cœur même de la nouvelle croissance. Ce sont tout d'abord des évidences : santé et retraite représentent les paramètres fondamentaux des nouveaux équilibres des sociétés du XXI<sup>e</sup> siècle. Surtout, l'assurance met désormais en œuvre, de manière très significative, de nouveaux réseaux de distribution utilisant Internet à la fois comme nouvelle force de frappe commerciale ; et de manière réellement novatrice pour les analyses de produits, les segmentations de marchés, autorisant une vraie approche des marchés à venir. Par ailleurs, les difficultés actuelles accentueront sans nul doute la fragilité ambiante de nos économies. Tout l'objet du dossier sur les relations entre la pauvreté et l'assurance est de montrer à quel point nos métiers permettent de couvrir les besoins les plus immédiats et sont peut-être un instrument essentiel pour une réorganisation profonde du marché de l'emploi et de l'activité. Ces deux dossiers, si proches de l'actualité, se trouvent renforcés par l'interview de Jean-Philippe Thierry, qui nous rappelle à quel point être assureur aujourd'hui, c'est évidemment être capable de penser et de gérer le risque d'aujourd'hui et de demain.

Jean-Hervé Lorenzi



1.

# Être assureur aujourd'hui



■ Jean-Philippe Thierry

Président des AGF



# Jean-Philippe Thierry

*Président des AGF*

Entretien réalisé par François-Xavier Albouy,  
Gilles Bénéplanc, Arnaud Chneiweiss,  
et Jean-Hervé Lorenzi

**Risques :** Jean-Philippe Thierry, comment devient-on assureur ?

**Jean-Philippe Thierry :** Je suis entré dans l'assurance un peu par hasard en septembre 1978, cela fait donc plus de trente ans, et j'ai exercé à peu près tous les métiers dans cette profession. J'ai eu successivement une activité dans la distribution, dans le marketing, puis j'ai eu à m'occuper d'informatique, de technique, en Vie et en Dommages, de finances, enfin, du management général d'entreprises diverses. Surtout, j'ai eu la chance de mener ma carrière successivement dans des sociétés de taille modeste (La Populaire), et dans ce regroupement de sociétés de taille moyenne (La Préservatrice, La Lilloise) qu'était le Groupe Athena. Le groupe Generali, à la forte culture européenne, fut une autre étape. AGF, c'était une grande dame française. Le groupe Allianz, c'est encore un autre monde très internationalisé. J'ai aussi vécu le passage d'un métier dirigé par des professionnels, à un monde où les consultants en organisation, les conseils externes, ont pris l'avantage. Je reste sidéré de la place prise aujourd'hui par les grands cabinets de conseil dans les sociétés d'assurances, qui s'appuient désormais plus sur des avis extérieurs que sur les talents internes des maisons.

**Risques :** Qu'avez-vous aimé dans ce métier d'assureur ?

**Jean-Philippe Thierry :** D'abord la diversité des sujets et leur importance sociale. L'assurance traite des aspects fondamentaux de l'existence, la durée de vie, le vieillissement et la dépendance, la protection des biens, l'accident, la responsabilité. L'assurance

est aussi un métier de confiance, de contact, de relation entre les personnes. Ensuite, j'ai aimé la technique. La technique, c'est-à-dire l'équilibre des portefeuilles qui est cruciale. J'ai aimé comprendre comment et où l'on réussit. Je me suis vraiment intéressé à la compréhension de la souscription, et à la distribution – qu'il s'agisse d'agents, de courtiers, de salariés, ou de vente directe

**Risques :** Quel est votre plus grand succès, la chose dont vous êtes le plus fier, sur ces trente ans, et votre plus grand regret ?

**Jean-Philippe Thierry :** Mon plus grand regret, c'est que nous n'ayons pas pu, au milieu des années 1990, convaincre les Pouvoirs publics de faire un deuxième pôle d'assurance français. À côté d'AXA-UAP, il fallait faire AGF-GAN-Athena. J'ai essayé et je n'ai pas réussi à convaincre, essentiellement parce que ce grand projet industriel a fait craindre à l'Etat une « casse sociale », dont l'exemple AXA-UAP montre bien qu'elle n'a pas eu lieu.

**Risques :** Et votre plus grand succès, peut-être y en a-t-il eu beaucoup ?

**Jean-Philippe Thierry :** La construction d'Athena et la rénovation d'AGF ont été deux périodes fructueuses. Ce qu'il faut, c'est une dynamique d'entreprise sur des objectifs. Et cela, nous l'avons eu chez Athena, puis aux AGF. Et le succès appelant le succès, les talents nous rejoignent... Et les résultats suivent.

**Risques :** L'assurance est un métier complexe ; faut-il l'avoir pratiqué pendant longtemps pour bien le comprendre ?

**Jean-Philippe Thierry :** Pour comprendre l'équilibre du compte d'exploitation d'une entreprise d'assurances,

il suffit d'avoir bien appris un manuel d'économie financière. Mais pour mesurer réellement les enjeux de la distribution, de l'organisation d'une société, des équilibres à long terme, de l'efficacité de la mutualisation des portefeuilles entre catégories de risques, de la mutualisation dans le temps..., il faut de l'intuition, de l'attention et du temps. En fait, il y a une réelle prime à l'expérience dans l'assurance, parce que c'est un métier fondamentalement de cycles. Ceux qui ont investi dans la compréhension des composants du métier – notamment des équilibres entre générations, des équilibres entre les portefeuilles – font plus que compenser par rapport à des gens brillants qui n'ont pas cet acquis. Aucun cycle n'est identique, aucun n'a la même forme, la même profondeur, la même durée. Mais tant que vous n'avez pas vécu plusieurs cycles, plusieurs phases du cycle – que ce soit des périodes de développement, de redressement, de contraction, des périodes « tout technique », « tout client » –, vous n'avez pas la connaissance intime et efficace du métier. Les cycles, même s'ils se sont raccourcis, durent plusieurs années, et c'est un des problèmes de la période actuelle. Beaucoup de nos jeunes collaborateurs n'ont connu que la période d'expansion faste des cinq dernières années. N'oublions pas le krack du Crédit Lyonnais, les problèmes de la GMF et les difficultés du GAN. Vous n'avez pas la connaissance intime et efficace du métier sans le souvenir et l'analyse de ces crises successives, trop vite oubliées, qui donnent de la profondeur de champs à l'analyse de la crise actuelle et des références pour l'action.

**Risques :** Une des complexités du métier d'assureur ne réside-t-elle pas dans le fait qu'il existe un cycle sur les passifs et un cycle sur les actifs ? Et quand les actifs sont trop forts, on oublie un peu le cycle sur les passifs. Ne faut-il pas savoir manager ces deux cycles en même temps ?

**Jean-Philippe Thierry :** Historiquement, les sociétés d'assurances étaient des PME dans lesquelles les patrons avaient la responsabilité à la fois des actifs et des passifs. On est passé progressivement à un monde de grands groupes où s'exerce la taylorisation, la parcellisation des tâches, et les cloisonnements qui en

résultent. Une immense majorité des collaborateurs des sociétés d'assurances sont en charge des passifs et une petite partie en charge des actifs. Ceux qui sont en charge des passifs – que ce soit sur le plan technique, sur le plan des processus ou du contrôle des risques de passif – ont fortement amélioré leur productivité au cours des vingt dernières années. Mais la vision globale que nous avions en tant que patrons de grosses PME – et que j'avais en tant que président d'Athena, ou président des AGF société cotée – s'estompé progressivement pour laisser la place à des organisations matricielles, dans lesquelles la responsabilité globale sur l'actif et le passif est diluée. Aujourd'hui, une des raisons de la crise est qu'il n'y a plus « ces ressorts de rappel » que donnait la vision globale du patron qui savait jauger les risques sur l'actif et sur le passif, et prenait les mesures d'adossement ou de compensation entre eux-ci.

**Risques :** Pensez-vous que la cohérence sur la gestion des actifs/passifs, qui est la clé du métier de l'assurance, est devenue trop abstraite et qu'elle est traitée à des niveaux de décision qui sont plus techniques que stratégiques ?

**Jean-Philippe Thierry :** Le *risk management* et donc l'adossement actif/passif s'appuie aujourd'hui uniquement sur des modèles et non plus sur le bon sens. Il se fonde sur des raisonnements théoriques, qui se substituent, pour le confort des dirigeants, à leur intuition, à leur expérience, à leur connaissance du métier et de ses dangers. Les modèles doivent être des aides à la décision et non pas devenir le processus de décision lui-même.

**Risques :** Est-ce que ce n'est pas une critique implicite d'un certain mode de développement du capitalisme : toujours grossir, toujours la course à la taille ?

**Jean-Philippe Thierry :** Deux réponses. D'abord, contrairement à ce qu'on a affirmé, plus les groupes grossissent, moins ils ont de management brillant au moins dans les métiers financiers. La théorie selon laquelle la taille de la société va attirer les meilleurs et créer des équipes qui vont s'enrichir de leurs

compétences, de leurs différences mutuelles, etc..., n'a pas montré des résultats très probants. Au contraire, les motivations de gains à court terme de stars éphémères ont trop souvent pris le dessus sur tout projet de long terme. Ensuite, le contrôle système – sur le plan financier et technique – se fait uniquement par la génération de chiffres et de *reporting*. Je me souviens d'une conférence qu'avait donnée Jean-Louis Bellando, une des illustre personnalité du corps de contrôle des assurances qui disait : « *Au bout du compte, c'est la valeur des dirigeants qui importe* ». Il existe aujourd'hui une pensée unique qui dit au contraire : « au fond, le modèle est supérieur à l'analyse ». Le processus a pris le dessus sur les hommes : la croyance en l'entrepreneur – l'entrepreneur avec du bon sens, qui tire sa légitimité de son expérience et de sa compétence technique, ce qu'ont été tous les grands patrons de l'assurance a disparu. Or, ils comprenaient la technique, ils avaient une vision des processus, du métier, et du niveau de risque qu'ils voulaient prendre sur les actifs compte-tenu des passifs. Ce n'est plus du tout comme cela que fonctionnent nos maisons.

**Risques :** Ce paradoxe entre une activité avec des cycles longs et un management qui a plutôt des cycles courts est-il imposé de l'extérieur ?

**Jean-Philippe Thierry :** Le court-termisme ne vient pas uniquement des marchés, mais aussi du fait que les responsables ne savent pas s'ils seront encore à leur poste dans deux ans. L'existence d'une équipe soudée sur des projets de moyen et long terme, qui constitue l'entreprise dans le sens le plus noble du terme, s'est effacée au profit de technocrates, non responsables, pratiquant le court-terme. L'attachement à l'entreprise dans la durée n'est plus une valeur qui dicte le comportement. Enfin, la gestion prudente du risque devrait redevenir le critère central de la rémunération des dirigeants.

**Risques :** Pourquoi est-ce que vous ne pouvez pas rester en cash ?

**Jean-Philippe Thierry :** La solution de l'entreprise IARD sans engagement « *longtail* » peut être de

dire : je reste en cash, je produis un ratio combiné en dessous de 100 % et je traverse l'orage. C'est simple. La solution est bien évidemment beaucoup plus complexe si les passifs contiennent des engagements « *longtail* », en Dommages et surtout en Vie, sans parler des normes comptables procycliques obligeant à considérer comme *fair value* la valeur instantanée des actifs.

**Risques :** Vous avez déclaré par ailleurs que les assureurs sont les victimes d'une crise dont ils ne sont pas les responsables. Pourriez-vous développer ?

**Jean-Philippe Thierry :** Aujourd'hui, on entend beaucoup de discours, ou annonce de nombreuses mesures, l'attention des Pouvoirs publics est concentrée sur les banques. Résoudre le problème bancaire est indispensable, mais pas suffisant. Le financement de l'économie n'est plus fait, comme il y a vingt ans, par les bilans des banques. Il est fait par les marchés financiers puisque l'ensemble de ces crédits font l'objet de titrisation et donc de diffusion dans les marchés. C'est ce qui a fait la croissance économique des dernières années. Aujourd'hui, il faut prendre un certain nombre de mesures simples, symboliques, pour redonner confiance dans les marchés, et cela, à l'échelon international. Cette confiance seule permettra de relancer le financement de l'économie. Quelques exemples de mesures fortes allant dans ce sens. Je pense qu'il faut interdire que soit proposé à la vente un *hedge fund* sur le marché français ou sur le marché européen. Il faut s'attaquer à l'ensemble des faiblesses dans la régulation, et donc interdire tout ce qui n'est pas régulé et qui a été à l'origine de la crise : les crédits hypothécaires américains, le courtier de crédit hypothécaire américain, les ventes à découvert, le prêt de titres, etc... Il faut frapper un grand coup. La contrepartie est qu'il y aura sans doute moins de liquidité et de dynamisme des marchés, mais tant pis. Car on redonnera de la confiance et parce qu'il y aura sur les marchés des investisseurs longs ce qui est absolument nécessaire à l'économie.

**Risques :** On a défendu à une certaine époque, dans les cabinets ministériels, ce type de thème et la réponse

immuable était : ne soyez pas des naïfs idéalistes. Des paradis fiscaux, il y en aura toujours, interdire les ventes à découvert, vous n'y pensez pas... Est-il imaginable aujourd'hui que le consensus évolue profondément ?

**Jean-Philippe Thierry :** On n'a jamais été aussi bien placé pour négocier avec la finance anglo-saxonne. Il n'y a jamais eu une fenêtre d'opportunité aussi forte pour décider d'arrêter les absurdités. Bien entendu, il y aura des réticences formidables. Mais il faut revenir à un contexte dans lequel les gens achètent ce qu'ils connaissent. Il faut à l'évidence arrêter les excès des agences de notation. Là, des progrès sont annoncés. Il faut que les marchés soient plus transparents, qu'on comprenne ce qu'on achète.

**Risques :** Et la titrisation ?

**Jean-Philippe Thierry :** La titrisation est le moyen de financer l'économie au-delà des bilans bancaires. Il faut relancer les marchés mais il ne faut pas tuer la titrisation. Par contre, il faut imposer un certain nombre d'exigences pour un minimum de conservation dans le bilan des banques.

**Risques :** Un des problèmes qu'on voit apparaître en France mais aussi en Europe, c'est ce début de doute à l'égard des organismes à qui on a confié son argent : on le constate en Angleterre sur la solvabilité des fonds de pension, et aussi en France sur l'assurance vie, important véhicule de l'épargne. Comment inverser cette spirale de la défiance ?

**Jean-Philippe Thierry :** Il faudra accepter de remettre en cause quelques piliers du temple, notamment les taux de rendement du capital ROE. Accepter que les institutions financières, comme elles l'étaient autrefois, soient capitalisées – pas « surcapitalisées » mais qu'elles aient un capital confortable – et ne cherchent pas coûte que coûte à optimiser au million d'euros près la rentabilité du capital. Ce qui compte, pour garder ce capital de confiance plus important que tout, c'est d'avoir une solvabilité plus forte. Ces dernières années ont été marquées par le règne absolu

de la rentabilité du capital et non de la solvabilité. Pour optimiser le niveau du capital, nous avons vu des compagnies payer des couvertures de réassurance pour un risque de pointe théorique mais qui, suivant le modèle, faisaient apparaître une économie du capital. Malgré le coût de la prime, l'économie du capital améliorerait la rentabilité présentée de la compagnie. Dans ces cas-là, le monde réel laisse place au monde virtuel.

**Risques :** Vous parliez des enjeux de la distribution. Comment la voyez-vous évoluer ? Et comment voyez-vous aujourd'hui l'équilibre entre la bancassurance, la distribution classique (salariés, réseaux, etc...) et puis Internet ?

**Jean-Philippe Thierry :** L'assurance répond aux besoins de la société. Or ils ne sont pas les mêmes dans tous les pays, et ils diffèrent notamment en fonction du niveau de développement. Donc le mode de distribution le plus adapté n'est pas le même partout. Je ne crois pas qu'il ait un modèle unique de distribution de l'assurance qui pourrait s'appliquer en Chine, au Brésil, en France ou en Allemagne. Dans ces périodes de crise, sur les risques de particuliers (c'est l'essentiel de votre question), il y aura toujours une forte tension entre besoin de proximité, besoin de conseil, besoin d'assistance, et recherche de produits standardisés à bas prix. Ce dilemme se résout différemment selon les pays et les cultures – voyez le poids des *direct lines* au Royaume-Uni, le poids des mutuelles en France. On a trop tendance à raisonner « population », « public » de façon non segmentée, alors que les besoins sont beaucoup plus diversifiés. On peut avoir envie, pour la voiture de son fils, d'un *low price* acheté sur Internet et, dans le même temps, pour sa voiture à soi, d'un agent général de proximité. La segmentation des besoins en fonction des catégories professionnelles, des âges et des styles de vie sera de plus en plus poussée. Il n'y aura pas de victoire totale d'un mode de distribution sur un autre, on ne verra pas la fin des réseaux d'agents. Ceux-ci poursuivent l'évolution entreprise voici plus de vingt ans vers la compétence et la qualité de service. Ce qui compte, c'est de fidéliser les clients.

Par ailleurs, je n'écarterai pas l'hypothèse que les banquiers de marché soient moins impliqués dans l'assurance dans les années à venir, pour des raisons de retour à la focalisation sur leur métier de base. Dans le débat sur Fortis, il est intéressant de voir que l'assurance et la banque ont été ici ensemble, et là séparées et savoir que Natixis vient de proposer les assurances des Banques populaires au marché. Il y a cinq ans, on n'y aurait pas cru. Une des conséquences de la crise peut être « *back to core business* » : chacun s'occupe de ce qu'il sait faire. Un groupe comme Allianz vend aujourd'hui sa banque. Il va conserver des petites opérations bancaires de soutien à ses clients, en s'appuyant sur des grandes plates-formes de crédit à la consommation externes. Faire tous les métiers de l'assurance et de la finance est très difficile, voire impossible à piloter ensemble de façon sûre.

**Risques :** Quel est le rôle de l'assureur dans la cité, dans la société ?

**Jean-Philippe Thierry :** L'assureur est en osmose avec les besoins de la société. Il vit avec eux et les accompagne. Selon le beau slogan d'un de nos concurrents, il est « l'énergie de tous les projets ». Je connais bien toutes les filiales du Groupe Allianz en Europe, et je suis persuadé que la crise ne se traduira pas par une crise de confiance envers les compagnies d'assurances. Le lien est là et il est fort, nous honorons nos contrats. Alors qu'aujourd'hui, que fait le banquier ? Il dit : vous êtes client depuis vingt ans, mais votre crédit est en fin de parcours... pas de chance, au revoir. Les assureurs sortiront de cette crise par le haut, parce que le cœur de métier n'est pas touché. Nous, nous gérons des cycles. Il y a la succession des années avec des ratios combinés moins bons, meilleurs, moins bons, meilleurs... Ainsi, sommes-nous mieux placés que les banquiers sur la pérennité de la relation. Ce qui peut amener d'ailleurs à certaines remises en cause des groupes financiers globaux. Je n'écarterai pas qu'on aille vers un avenir d'assureurs et de banquiers séparés. Et, dans les banquiers, de banquiers de détail et de banquiers d'investissement. Pour moi, le scénario central est plutôt le retour à des banques commerciales, parce qu'au fond l'opinion

publique et les régulateurs n'accepteront pas que l'épargne du petit commerçant et du particulier soit confondue avec je ne sais quelle activité ou produit d'une banque d'investissement. Alors, le monde financier sera bien régulé. Ce qui ne veut pas dire que les banques d'investissement seront, elles aussi régulées.

**Risques :** Au-delà de la crise et de ses effets terribles, et à partir de votre expérience de trente ans, pourriez-vous nous dire quel est l'avenir de l'assurance dans vingt ans, pour un jeune qui entre aujourd'hui dans la profession ?

**Jean-Philippe Thierry :** Il est probable que l'assurance de risque, la souscription, reprendra le dessus sur les techniques financières. Les enjeux que pose la distribution ne sont pas simples, notamment avec la banalisation des produits de masse et les offres Internet qui vont se développer, de même que l'organisation des entreprises à moindre coût du fait de la concurrence beaucoup plus ouverte. Prenons l'exemple de ce que nous venons de faire aux AGF : nous avions six directions régionales sur le territoire, un schéma très classique, traditionnel de compagnie d'assurances et dans chaque région, on faisait un peu de tout. Nous sommes passés à un schéma de spécialisation pour l'ensemble du pays. Si je suis agent à Bordeaux et que mes sinistres auto sont gérés à Marseille, ce n'est désormais plus un problème. Ces orientations vont être prises, non seulement au niveau de chaque pays mais au niveau de l'Europe. Elles sont complexes, parce qu'il faut trouver l'équilibre entre coût et service et il faudra y travailler. Or, l'assurance est un métier de confiance : confiance dans son institution, confiance dans son interlocuteur (son agent, son courtier). Ce métier de confiance doit poursuivre sa construction. Je ne fais pas le pari de l'éclatement des grands groupes qui nous ferait revenir à une mosaïque de petites sociétés. Je pense qu'on restera dans un monde de grandes structures, que la concentration va même se poursuivre. L'intuition des grands pionniers, comme Claude Bébéar, s'avère toujours juste : la force de la marque mondiale restera là. Il y aura quelques très grands réseaux mondiaux

d'assurances. Par contre, le modèle d'organisation des grands Groupes dans lequel on a nié le rôle des entrepreneurs locaux, où on a trop cru aux modèles, va être fortement remis en cause par la crise. Certains pensent qu'on pourra gérer tous les sinistres de tout le monde en Pologne et qu'on aura un *underwriter*

*motor* pour tout le Groupe quelque part... Je suis de moins en moins sûr qu'ils ont raison. Parce que le fond, c'est la relation avec le client, c'est la confiance du client, que ces monstres froids ont un peu perdue. Il faudra réinstaller la confiance du client dans tous les intermédiaires financiers auxquels il a recours.

# 2.

## Assurance « multicanal »



■ Daniel Zajdenweber  
*Introduction*

■ Niek Ligtelijn et Stéphane Favaretto  
*Assurance sur Internet : la croissance en marche !*

■ Jean-Pierre Daniel  
*Le printemps d'Internet dans l'assurance européenne*

■ Yannick Schmitz  
*De nouvelles ouvertures à la gestion de la relation client et à l'innovation produit*

■ Marie-Pierre Victori  
*Internet, concurrent ou appui des intermédiaires d'assurances*

■ Pascal Compet  
*Quand internet deviendra un canal de vente pour les assureurs français*

■ Isabelle Renard  
*L'assurance en ligne, qu'est-ce que ça change ?*

■ Georges-Henri Levy, Astrid Cambournac et Laurent Ouazana  
*Les courtiers grossistes souscripteurs : un modèle pérenne grâce à l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies*



# INTRODUCTION

*Daniel Zajdenweber*

*Professeur émérite Université Paris Ouest Nanterre La Défense*

*Membre du Ceros*

Qu'une rubrique entière de la revue soit consacrée à la distribution de l'assurance multicanal peut sembler quelque peu surprenant, car le multicanal est la base même de la distribution dans ce secteur !

En effet, tous les assureurs, vie et non vie, dans tous les pays où il existe de l'assurance privée, ont toujours choisi de distribuer leurs produits via plusieurs canaux non exclusifs, voire concurrents. C'est même l'une des originalités de l'assurance par rapport à la banque, où la distribution passe principalement par un réseau d'agences exclusives. Ainsi, on dénombre au moins dix canaux différents, certes d'inégale importance, mais tous pertinents : salariés, agents généraux, courtiers, banques, réseaux cartes bancaires, loueurs de véhicules ou de matériels, vendeurs d'automobiles ou de bateaux, agences de voyage, agences immobilières, grandes surfaces... Canaux auxquels il faudrait ajouter celui des mutuelles sans intermédiaires dites non rémunérantes, qui distribuent leurs produits principalement via leurs salariés. Les avantages et les inconvénients de la distribution multicanal, par rapport à la distribution par un seul canal, sont bien connus : avantage de la proximité géographique et professionnelle avec les assurés, externalisation de nombreuses fonctions administratives et de gestion, souplesse (très relative) dès lors qu'il faut ouvrir ou fermer un canal ; avec, en contrepartie : aléas de moralité de certains intermédiaires, partage de la maîtrise de la politique commerciale quand ce n'est pas la perte totale de la politique commerciale autonome, addition des rémunérations, cannibalisation d'un canal par un autre...

L'irruption des nouvelles technologies de communication (Internet et téléphonie mobile et leur combinaison, le *smartphone*) bouleverse tous ces

canaux de distribution - plus généralement toute l'intermédiation financière - grâce à leur très large diffusion, avec des coûts d'accès réduits pour ne pas dire une apparente quasi-gratuité. En quelques années, toutes les professions de l'assurance se sont vues contraintes de se poser les mêmes questions : s'agit-il seulement d'un prolongement des canaux existants ou bien d'un nouveau canal s'ajoutant aux dix déjà cités, ou bien encore d'un nouvel entrant se substituant à un ou à plusieurs de ces canaux ? Internet, comme la téléphonie mobile (oublions l'ancêtre, le Minitel, dépassé et en voie de disparition bien qu'il n'ait pas démérité) est-il une simple carte de visite ? Une vitrine ? Un magasin ou une agence ? Créé-t-il de nouveaux produits ou services qu'aucun des canaux traditionnels ne propose, comme par exemple la comparaison des tarifs ? Qu'en est-il de la sécurité juridique et financière des transactions « en ligne » et du devoir de conseil, surtout en assurance vie ? La confidentialité des données peut-elle être garantie comme le sont les documents écrits conservés dans des coffres ? Comment démarcher en ligne ? L'exemple négatif de certaines professions menacées par le commerce en ligne - comme les agences de voyage fortement concurrencées par voyages-sncf.com ou les VPCistes tels la Camif en liquidation - et, à l'inverse, l'exemple positif de l'émergence des nouveaux métiers « en ligne » - comme Amazon ou e-bay - balisent l'étendue des soucis et des espoirs des assureurs.

Les sept articles de la rubrique apportent des réponses à ces questions, sans avoir l'ambition d'épuiser le sujet. L'évolution accélérée de la technologie et la baisse vertigineuse des coûts des équipements au regard de leurs performances (capacité en bande passante, célérité, convivialité) imposent leur tempo. Elles rendent illusoire l'idée d'une synthèse complète

et définitive. D'ailleurs, les points de vue exposés ne sont pas convergents. Les mêmes constats sur le développement des nouvelles technologies de communication ne conduisent pas à un modèle unique de la distribution de l'assurance. Mais à eux sept, ils contribuent à dégager des pistes pour les assureurs innovants.

Les deux premiers articles, celui de **Stéphane Favaretto** et **Niek Ligtelijn** ainsi que celui de **Jean-Pierre Daniel**, présentent deux panoramas européens de la pénétration des nouvelles technologies de communication dans les métiers de l'assurance. Les conséquences sur les politiques commerciales des assureurs et les impacts sur les réseaux de distribution, variables selon les pays, y sont exposés. L'article de **Yannick Schmitz** analyse les transformations du *marketing mix* des entreprises d'assurances : être ou ne pas être un *pure player*, être ou ne pas être un

*low-cost*... autant de dilemmes stratégiques que les assureurs ne peuvent plus éluder en s'en remettant au passé. Les articles de **Marie-Pierre Victori** et **Pascal Compet** illustrent la diversité des analyses. Ils montrent que l'évolution du *business model* des assurances, confrontée à l'accélération des processus de communication entre assureurs et assurés, peut n'être qu'une évolution du modèle actuel ou, à l'inverse, peut conduire à une transformation profonde de la distribution des produits d'assurance. L'article d'**Isabelle Renard**, seule juriste du panel, analyse les conséquences de la distribution « en ligne » sur le devoir de conseil et le respect de la vie privée. Enfin, l'article de **Georges-Henri Lévy**, **Astrid Cambournac** et **Laurent Ouazana** démontre que les nouvelles technologies de communication peuvent contribuer à développer un nouveau canal de distribution, le courtier grossiste, qui s'ajoute aux dix canaux déjà existants.

# ASSURANCE SUR INTERNET : LA CROISSANCE EN MARCHÉ !

*Niek Ligtelijn*<sup>1</sup>

*Fondateur et directeur général d'Ineas*

*Stéphane Favaretto*

*Directeur du marketing France d'Ineas*

■ L'assurance sur Internet a maintenant plus de dix ans ! Les hésitations initiales autour du marché potentiel, les débats sur la réticence supposée des consommateurs à acheter leur assurance en ligne font partie du passé.

La croissance est impressionnante. Les modèles diffèrent et vont des purs acteurs *low-cost* à des modèles plus traditionnels basés sur des services différenciés selon le canal de distribution. Les produits les plus vendus sont l'assurance automobile, mais l'assurance vie offre également des perspectives de croissance à la hauteur des espérances du e-commerce.

La croissance est différente en Europe selon les pays, comme nous l'attendions dès le début de l'aventure d'Ineas. Cela s'explique en partie par des différences selon les marchés locaux, comme les conditions de renouvellement des contrats, les coûts et la structure de distribution de chaque marché ou encore le niveau des prix. La France semble moins avancée que ses voisins européens. Les portails de distribution comme les comparateurs d'assurance jouent un grand rôle et leur faible développement en France explique une partie du retard pris par ce pays. D'autres facteurs entrent en jeu, nous le verrons.

La crise financière actuelle pourrait bien accélérer le développement des acteurs *low-cost* qui devraient pleinement bénéficier de l'effet de recherche d'économies par les consommateurs, d'une part, et de la remontée des prix, d'autre part.

## ■ **ONLINE INSURANCE: A GROWING MARKET!**

*Online insurance is now more than ten years old ! Initial hesitations about potential markets and debates on supposed consumer reticence about buying their insurance online are now history.*

*Growth is impressive, with models ranging from pure low-cost players to more traditional outlets based on services differentiated by distribution channel. Motor insurance is the most widely sold product, though life insurance also offers growth prospects in line with e-commerce expectations.*

*In Europe, growth varies from country to country, as we expected when the Ineas adventure began. This is partly explained by differences in local markets such as policy renewal conditions, each market's distribution costs and structure, and price levels. France seems less advanced than its European neighbours. Both distribution portals and comparison sites play a major role and their low level of development in France explains some of the delay in taking off. Other factors are also involved, as we will see.*

*The current financial crisis could well accelerate the growth of low-cost players, and this should fully benefit from the effect of consumers looking for savings at a time when prices are rising.*

## Petit retour en arrière...

Les premières initiatives d'assurance en ligne cumulent maintenant plus de dix ans d'expérience. De nombreux acteurs ont démarré avec un simple modèle de distribution. D'autres ont commencé par mettre à disposition un calcul de prime, laissant à un centre d'appel le soin de conclure les affaires. Les hésitations initiales quant à la sécurité des transactions, au taux d'équipement des foyers et à la faible diffusion du haut débit étaient autant d'atermoiements pour éviter d'aborder le sujet principal : la cannibalisation des offres et la complexité de la gestion des contacts induite par l'arrivée d'un nouveau canal distant.

La demande des consommateurs a certainement été largement supérieure à l'offre pendant une longue période. L'absence d'offre de la part des grands acteurs de l'assurance explique la faiblesse du développement dans certains pays, nous y reviendrons.

L'histoire de l'assurance sur Internet a été ponctuée d'échecs. Les expérimentations basées sur des modèles hybrides de distribution de produits en direct et d'intermédiation comme Wellowell, initiative d'ING aux Pays-Bas (100 millions d'euros), Censio en Allemagne (50 millions d'euros) ont vécu, en raison d'infrastructures techniques complexes, coûteuses et peu adaptées à la taille réelle du marché à cette époque. Les modèles 100 % Internet comme OK Assurance en France (AGF), Intodo (Ergo) en Allemagne ont été rapidement stoppés<sup>2</sup> en raison de la résistance des canaux de distribution traditionnels de ces sociétés<sup>3</sup>. Certaines start-up n'ont pas résisté à l'éclatement de la bulle Internet en 2000, comme eCoverage aux États-Unis. D'autres échecs retentissants dans l'industrie des services financiers n'ont pas, de surcroît, aidé le développement de l'e-assurance. L'internationalisation ratée de Egg (Prudential, Royaume-Uni), l'échec de Zebank en France, de Vontobel ou Redsafe en Suisse ne sont que quelques exemples de projets Internet ayant coûté chacun des centaines de millions d'euros et jeté le trouble chez les

investisseurs sur la pérennité des initiatives proches.

Cependant, des projets comme HUK24, lancé en 2000 en Allemagne, Elephant (Admiral Group, Royaume-Uni) démontrent clairement l'intérêt grandissant des consommateurs pour les modèles en self-service via Internet. L'amélioration des processus, les nouvelles fonctionnalités comme le suivi en ligne du sinistre démontrent que l'utilisation des technologies peut apporter des services additionnels pratiques et utiles aux consommateurs. Ces exemples ont été progressivement adoptés par les acteurs directs traditionnels, qui ont peu à peu renforcé leur présence sur Internet, et constaté un recrutement grandissant des clients via ce canal. Genialloyd (Allianz, Italie) et Direct Assurance (AXA, France) sont d'excellents exemples de cette conversion progressive vers le web.

Le développement des comparateurs d'assurance comme Confused (Royaume-Uni), Independer (Pays-Bas), Assurland et Empruntis (France), Aspect Online (Allemagne) ont également, en créant un point de contact unique pour les visiteurs en quête d'offres d'assurance, favorisé la croissance de l'assurance sur Internet.

Désormais, la demande des consommateurs vient à bout des réticences des acteurs traditionnels à se lancer sur le marché. Le nombre de nouvelles initiatives a explosé dans les deux dernières années. En effet, on en dénombre plus de trente lancées en Europe, parmi lesquelles pas moins de trois en France pour la seule année 2008 : Amaguiz, Idmacif, Alo@Assurances. Les investissements consentis par les grands groupes sont significatifs et démontrent l'importance accordée à ces sujets. Allianz avec Allianz24 a lancé AllSecur aux Pays-Bas, qui semble être le point de départ d'un projet paneuropéen. Zurich a lancé Zurich-Connect dans plusieurs pays. AXA a racheté Swiftcover au Royaume-Uni, puis a lancé une nouvelle filiale directe en Pologne et en Italie (Quixa).

En effet, la croissance de l'Internet en matière d'assurance dessine des perspectives attractives. Aux Pays-Bas, 11 % des contrats auto sont souscrits en ligne<sup>4</sup>. En Allemagne, le nombre de contrats

d'assurance auto vendus sur Internet est supérieur à 1,5 million, sans compter tous les contrats autres tels que l'assurance voyage, habitation, etc. En Espagne, le nombre de contrats souscrits en ligne a augmenté en 2008 de 27 %<sup>5</sup>. Au Royaume-Uni, ces chiffres sont largement supérieurs<sup>6</sup>.

## La France en retard ?

**L**a France est un exemple intéressant dans le développement de l'assurance sur Internet en Europe. La comparaison avec d'autres marchés met en effet en lumière un retard de ce pays dans le domaine de l'assurance sur Internet<sup>7</sup>.

Certains, dans les premiers temps de l'Internet, ont accusé la persistance du Minitel dans les habitudes des Français pour expliquer une conversion tardive à ce nouveau média. Si effectivement on peut y trouver une explication, celle-ci ne constitue plus un éclairage valable de la situation actuelle ! Le nombre de connexions haut débit est tout à fait comparable voire supérieur à celui d'autres pays européens, et l'équipement des foyers est largement suffisant pour créer les conditions de développement du marché.

Développement que l'on constate par ailleurs dans les autres domaines du e-commerce en France.

Dès lors, le retard en France en matière d'assurance en ligne trouve d'autres explications. S'agit-il de la structure particulière du marché français et des prix qui ont déjà été largement tirés vers le bas par les mutuelles ? S'agit-il d'un comportement traditionnel de l'assuré français qui a du mal à changer ses habitudes et à changer d'assureur, ou encore d'un consommateur qui aurait tissé des liens particuliers avec son assureur au fil du temps et qui serait très attaché à « sa » marque, de manière affective<sup>8</sup> ? S'agit-il d'un manque d'intermédiaires tels que les comparateurs d'assurance avec un poids suffisant pour attirer les consommateurs vers l'assurance sur Internet ?

Lorsque l'on évalue le marché français de manière rationnelle et qu'on le compare aux autres acteurs européens, force est de constater que l'assurance sur

Internet n'a pas reçu la promotion qu'elle méritait. Les dépenses en communication des grands groupes d'assurances restent centrées sur leurs métiers traditionnels et sur leurs canaux de distribution habituels, et il aura fallu attendre la fin de l'année 2008 pour voir un acteur d'envergure – Groupama – s'engager dans la voie de la promotion de son offre sur Internet à grande échelle.

Cette absence de communication s'explique tout simplement par l'absence d'offre Internet proposée par les grands acteurs ! Entre 2001, et l'initiative avortée des AGF avec OK Assurance, et le milieu de l'année 2008, avec l'arrivée d'Amaguiz et d'IDMacif, la France a connu une période que l'on pourrait qualifier de calme en matière d'assurance sur Internet.

Si l'on se place dans une perspective européenne, et si l'on prend l'exemple d'un marché classique, on constate que des acteurs traditionnels de poids en Allemagne comme HUK Coburg ont déjà une expérience de presque dix ans en matière de vente sur Internet à travers leur filiale Huk24 ; qu'Allianz a depuis longtemps développé des initiatives comme Allianz24 et Genialloyd (Italie) ; que les Pays-Bas, avec des projets d'envergure d'assureurs directs comme FTBO et PolisDirect, mais également de start-up comme Verzekeruzelf, ont rapidement offert des sites Internet transactionnels.

La France n'a connu aucune effervescence dans ce domaine. Les initiatives de nouveaux entrants comme Ineas n'ont parfois suscité qu'un intérêt modéré des professionnels du monde de l'assurance, récemment convaincus finalement par la pertinence et l'avenir des modèles direct sur Internet.

Or, la première condition pour faire décoller un marché est bien évidemment de proposer à ce marché une offre large, diverse et de qualité. Sans modèles de référence, difficile aux nouveaux entrants de faire valoir leurs atouts, leurs innovations, leurs services.

Par ailleurs, le cycle des prix en assurance auto n'a pas forcément dirigé les consommateurs vers

l'Internet pour remettre en concurrence leur assureur actuel. Le marché de l'assurance auto a été rythmé ces dernières années par des annonces régulières de baisse des tarifs, dans les médias et au travers de la publicité. Quand l'assuré ne voit pas son tarif d'assurance augmenter, rien ne le pousse à remettre en concurrence son assureur. Cette situation pourrait bien évoluer en 2009 sous la pression de la contribution décroissante des investissements financiers au résultat comptable des assureurs.

La structure même des prix en France, avec des écarts de tarification sur un profil d'assuré pouvant aller du simple à plus du double entre les différentes offres, est pourtant largement suffisante pour susciter la demande de comparaison. Des économies substantielles sont possibles pour une très large majorité des assurés français.

L'attachement à la marque est souvent présenté comme le frein principal au changement par les assurés. Cependant, même si les consommateurs français peuvent avoir l'impression que leurs mutuelles conservent une image de proximité et de solidarité, celles-ci ont connu des évolutions structurelles d'envergure ces dernières années, notamment dans la recherche de l'efficacité, dans la volonté de s'internationaliser, ou simplement dans la course à des niveaux de rentabilité comparables à ceux des sociétés à structure capitalistique. Les coûts d'acquisition des mutuelles ont progressé de 50 % en dix ans et la banalisation du positionnement mutualiste en France est en mouvement <sup>9</sup>. Cette évolution pourrait bien entraîner une nouvelle attitude du consommateur face à son assureur, une approche plus rationnelle et moins émotionnelle ou affective.

La raison du retard du marché français est peut être également à rechercher dans la moindre dynamique créée par les comparateurs d'assurance français par rapport aux autres pays européens. Alors qu'au Royaume-Uni les quatre comparateurs d'assurance les plus importants ont dépensé, en 2008, 50 millions de livres en spots TV <sup>10</sup>, mettant ainsi massivement en avant l'assurance sur Internet, en France ce montant est proche de zéro.

## Le rôle des comparateurs

**L**e rôle des comparateurs d'assurance en ligne est en effet intéressant à étudier comme facteur de développement – ou d'éviction – des assureurs sur Internet.

Le premier comparateur QuoteSmith a vu le jour aux États-Unis, rapidement suivi par Insweb <sup>11</sup>. Au Royaume-Uni, une petite entreprise qui collectait via les techniques de « *screen-scraping* <sup>12</sup> » les tarifs d'assureurs fut rapidement rachetée par le Groupe Admiral puis renommée « Confused ». Appuyée par des dépenses massives en communication à la télévision principalement, Confused a joué un rôle non négligeable dans le développement des autres activités d'assurance du groupe Admiral <sup>13</sup>, en tant que fournisseur de prospects qualifiés en premier lieu, mais également observatoire privilégié des pratiques tarifaires du marché.

La voie étant tracée, d'autres ont rapidement suivi : Moneysupermarket, GoCompare et, plus récemment, Tesco. À ce jour, on dénombre plus de vingt comparateurs d'assurance au Royaume-Uni, dont les quatre premiers produisent plus de 40 millions de comparaisons pour les voitures, alors qu'un acteur comme Assurland, qui représente la majeure partie du marché de la comparaison en France, génère autour de 1 million et demi de comparaisons par an. Autre exemple, en Allemagne, les cinq premiers comparateurs génèrent plus de 7 millions de comparaisons. De nouveaux acteurs puissants, car issus d'autres domaines de la comparaison (téléphonie mobile, énergie, finance...), investissent le marché de la comparaison en assurance, utilisant leurs larges bases de données existantes pour drainer du trafic vers les assureurs.

En Espagne, deux comparateurs, Arpem et AsesorSeguros, se sont lancés dans la comparaison en temps réel via des échanges XML en 2008. Le second, encore inconnu il y a peu, a acquis en volume, en l'espace de quelques mois, une taille comparable à celle d'Assurland sur le marché français ! Confused prépare son lancement sur le marché espagnol

en mars 2009, tandis qu'un autre comparateur généraliste s'est également introduit sur ce marché. Bref, l'Espagne vit une situation bouillonnante, surfant sur le souhait des consommateurs de remettre en jeu leurs contrats.

Le débat autour des intermédiaires électroniques a déjà émergé dans les pays plus matures en assurance en ligne. Certaines sociétés ont décidé de ne pas participer et se prémunissent même contre les techniques de « *screen-scraping* » permettant de récupérer leurs tarifs à leur insu.

Direct Line, le premier assureur direct en Europe, a délibérément éliminé les comparateurs d'assurance dans sa panoplie d'outils de recrutement de nouveaux clients, arguant du fait que sa valeur ajoutée d'acteur direct était justement de ne pas recourir à des intermédiaires. Une position qui rappelle celle d'easyJet dans le monde du transport. D'autres avancent l'argument du coût de ces intermédiaires pour se séparer de ces apporteurs. FBTO (Achmea, premier assureur direct aux Pays-Bas), a ainsi décidé de mettre fin à sa collaboration avec Independer, premier comparateur néerlandais. Zurich-Connect en Suisse a décidé l'arrêt de sa collaboration avec Comparis. Plus récemment, Norwich Union a annoncé son départ des comparateurs et a même intégré son propre outil de comparaison sur son site.

Au-delà de ces aspects, en matière d'intermédiation d'assurance en ligne, le débat porte inévitablement sur l'indépendance des comparateurs. Fortis, actif aux Pays-Bas avec Ditzo et qui a stoppé le lancement de son projet français d'assurance auto en ligne, possède un comparateur en Angleterre. Assurland a été absorbé par Covéa (MMA, Maaf, GMF...) qui a également pris le contrôle du second comparateur en France, Empruntis. Confused est filiale du Groupe Admiral. Pour ces acteurs, il est devenu de plus en plus délicat d'avancer une totale indépendance par rapport aux assureurs partenaires.

La prise de contrôle des comparateurs par des assureurs pose bien évidemment la question de l'objectivité des résultats affichés pour les consommateurs, mais également la question de l'égalité de

traitement des différentes marques présentées. Au Royaume-Uni, les organisations de consommateurs et l'organe de régulation du marché de l'assurance, la FSA<sup>14</sup>, se sont saisis des disparités tarifaires d'un comparateur à l'autre et du manque d'objectivité des résultats affichés. Ils pointent en premier lieu une dérive en défaveur du consommateur. Les coûts importants chargés sur les tarifs d'assurance sont répercutés sur celui-ci, qui pense profiter d'un service gratuit de comparaison alors qu'en réalité c'est lui qui règle la facture...

Alors que les comparateurs étaient perçus par le consommateur comme des générateurs d'économies, à coup de surenchère sur leurs commissions pour se réserver de confortables marges, ils favorisent désormais un mouvement inverse : la hausse des prix, due à la hausse des coûts d'acquisition.

En Italie, le gouvernement a décidé de développer lui-même un comparateur totalement neutre et indépendant des sociétés d'assurances. Certes, cette initiative n'est pas dénuée d'arrière-pensées politiques. En effet, il s'agit en premier lieu de montrer aux citoyens que l'État impartial veille à la mise en concurrence des sociétés d'assurances au bénéfice des assurés. Le marché reste sceptique face à cette initiative. En effet, selon les premières informations, il s'agirait de combiner 70 facteurs différents pour obtenir une comparaison d'assurance fiable.

Approche difficilement tenable sur Internet...

En synthèse, si le rôle des comparateurs est indéniable pour favoriser l'essor du marché, il est indispensable que les différents acteurs pèsent leurs responsabilités sur le marché à plus long terme. Augmenter les commissions demandées aux assureurs risque de provoquer le départ des plus compétitifs d'entre eux, et donc à terme de déboucher sur une situation où les comparateurs présenteraient des tarifs supérieurs à ceux du marché !

Ils doivent en particulier ne pas oublier que c'est le consommateur qui décide. Si la suspicion venait à être portée sur l'indépendance de ces acteurs, les conséquences pourraient bouleverser le modèle et ses équilibres économiques<sup>15</sup>.

## Assurance et Internet : l'évolution des modèles de distribution

L'impact d'Internet sur l'évolution des modèles de distribution a parfois éclipsé les autres apports d'Internet dans la chaîne de valeur de l'assurance : l'utilisation de la technologie réduit les coûts et délivre de meilleurs services aux clients. Les web services permettent l'externalisation rapide vers des spécialistes dans de nombreux domaines, autorisant à nouveau des réductions de coûts. La digitalisation de l'information induit une réduction drastique des volumes imprimés et adressés par courrier par l'assureur. De nombreux processus deviennent facilement mesurables, des indicateurs de contrôle et de qualité peuvent être mis en place et automatisés. Les dépenses marketing sont comptabilisées quasiment en temps réel, ainsi que leurs résultats. La technologie offre davantage de flexibilité et autorise des réponses rapides à un environnement en mouvement : la plupart des assureurs directs réajustent leurs tarifs chaque semaine. Quel chemin parcouru depuis l'époque des grilles tarifaires annuelles éditées sur papier !

Les modèles de distribution résultant de l'émergence de la technologie furent divers. Au-delà des comparateurs qui se positionnent comme un intermédiaire, de nouveaux acteurs 100 % Internet se sont lancés sur le marché. Esurance<sup>16</sup> aux États-Unis et Ineas en Europe en sont les modèles les plus poussés et les plus aboutis. Les assureurs traditionnels ont commencé par mettre en ligne des sites d'information. Les acteurs directs existants ont quant à eux mis en œuvre des sites où il était possible de calculer son tarif d'assurance, affichant toujours de manière apparente leur numéro de téléphone, le web étant toujours conçu comme un outil au service des centres d'appel, pour qualifier les contacts avant l'appel.

Lorsque nous avons imaginé Ineas en 1996, nous savions qu'Internet allait créer les conditions d'un nouveau modèle de distribution basé sur 3 « C » :

client, coûts, contrôle. Le client allait bénéficier de nouveaux services et allait progressivement prendre le contrôle et devenir son propre décideur ; les coûts allaient être drastiquement réduits en utilisant la technologie à son maximum et à tous les moments de la chaîne de valeur. Le contrôle était le troisième pilier, la digitalisation de l'information offrant des possibilités de mesure étendues et donc une réactivité accrue dans un environnement en mouvement.

D'autres exemples de modèles purement Internet existent en Allemagne, avec DIV (filiale d'Europa), HUK24 (désormais le premier assureur en ligne en Europe), Allianz24 ; et plus récemment des modèles mixtes Internet-téléphone : Ditzo aux Pays-Bas, Amaguiz (Groupama) en France, et les nouvelles initiatives du Groupe Admiral : Balumba en Espagne, Admiral Direkt en Allemagne, ConTe en Italie.

Les assureurs traditionnels réagissent pour l'instant par une approche multicanal offrant au client le choix dans les modes de contact. Cette stratégie a en effet l'avantage de faire l'économie d'une redéfinition de l'offre, des tarifs, des modèles de distribution et évite les dangers de la cannibalisation d'un canal à l'autre. L'exemple d'ING Direct qui a lancé en Belgique, en 2008, une nouvelle initiative Internet est à ce titre éloquent : 50 000 contrats ont été souscrits, mais si ces contacts ont été initiés sur le web, à 90 % l'affaire a été conclue dans une agence.

La diversité des modèles et le nombre de nouveaux entrants ont pour effet de présenter aux clients un choix très large. Dans un marché déjà encombré, les nouveaux entrants rajoutent à la congestion, et au final les consommateurs pourraient bien arriver à la conclusion que les produits se valent tous. Finalement, ceux-ci pourraient ne considérer que la vitrine : le prix, les services offerts, la facilité, et moins regarder le contenu réel des produits.

Une évolution pose question dans les différentes initiatives qui ont vu le jour récemment et qui ont été initiées par les grands acteurs, qui réside dans l'absence de choix clair dans la nature des services offerts. Pour faire court, quelques initiatives cherchent à offrir au

client un tarif très attractif et un service personnalisé de très haute qualité. Comment dans ces conditions arriver à une réduction des coûts ? Surtout si l'on ajoute que ces projets sont lancés à grand renfort de budgets publicitaires.

L'exemple de Quixa en Italie est éloquent. Comme pour Amaguiz en France, le client se voit proposer un conseiller dédié ! Que ce soit avec Guido chez Quixa, ou avec Samuel chez Amaguiz, la promesse implique une organisation et un niveau de service sans égal. Or cette promesse est objectivement en conflit avec un modèle *low-cost* qui repose principalement sur le principe du *Do It Yourself*. Pour faire un parallèle simple, imaginons un magasin Ikea qui se mettrait à vendre des meubles avec des vendeurs en quantité dans les rayons, allant même jusqu'à monter le produit et à le livrer si le client le souhaite. Certes, le client serait le premier satisfait, mais l'équation économique ne tiendrait pas longtemps.

## L'importance décroissante de la marque

Plus importante est la question de la marque. Nous avons compté, dans les deux dernières années, huit nouvelles marques aux Pays-Bas, trois en France, trois en Espagne, trois en Italie et bien d'autres en Europe. La plupart dépensent des sommes colossales pour promouvoir et lancer leurs nouvelles marques. Fortis aux Pays-Bas a dépensé 10 millions d'euros en publicité TV pour lancer sa nouvelle marque Ditzo, avec pour résultat 15 000 polices automobiles souscrites. Amaguiz a annoncé un budget communication de 15 millions d'euros pour sa première année et un investissement total de 100 millions d'euros pour atteindre 100 000 clients en quatre ans <sup>17</sup>.

À ce titre, il est intéressant de noter que certains marchés sont moins concernés par les conflits entre les marques. En Allemagne, par exemple, la marque mère est quasiment toujours reprise – HUK24, Allianz24, R+V24 –, alors que d'autres acteurs souhaitent éloigner leurs nouvelles initiatives de leur

marque initiale. Groupama avec ClickSeguros en Espagne et Amaguiz en France, AXA avec Quixa en Italie en sont des exemples.

Dans ces conditions, comment concilier approche *low-cost* et larges budgets marketing ? Comment répondre à l'attente des clients de trouver un prix bas, surtout en temps de crise ? Comment rentabiliser des budgets aussi importants face à un client qui fait son choix sur le prix, qui est de moins en moins fidèle <sup>18</sup> et dont la durée de détention d'un contrat se réduit sans cesse <sup>19</sup> ? Changer d'assureur devient de plus en plus simple, quelques clics suffisent et certains sites font déjà leur commerce de la prise en charge de ces formalités, que ce soit pour la téléphonie mobile ou pour l'assurance...

Même dans des marchés où le client est réputé fidèle et stable comme en Allemagne, le nombre d'assurés qui se déclarent prêts à changer d'assureur a significativement augmenté ces dernières années. L'éclosion des marques à un rythme soutenu pourrait bien finir par provoquer la dilution de leur puissance.

## Perspectives

Si le futur de l'assurance en ligne semble aujourd'hui solidement assis, avec une croissance forte attendue et des prévisions toujours enthousiastes, la question à se poser est bien celle du modèle qui sortira gagnant et qui saura s'imposer. Pour une partie des consommateurs, le modèle *low-cost* devrait s'imposer comme une référence. Pour ces consommateurs, l'effet marque jouera moins qu'auparavant. En période de crise, et dans un contexte d'augmentation des tarifs d'assurance, ces modèles tendus vers l'efficacité ont un avenir. Surtout s'ils offrent, grâce à l'innovation et à la technologie, des services de qualité rendus à moindre coût.

La question de l'assurance sur Internet ne porte souvent que sur l'assurance. Pour une fois, réfléchissons à la seconde partie de la proposition : Internet. Si nous avons maintenant une idée plus précise de la manière dont l'assurance va évoluer,

posons-nous la question de la manière dont Internet va évoluer.

Notre conviction est que nous ne sommes qu'au début du changement. Une nouvelle révolution, plus rapide et plus diffuse, se prépare. L'Internet tel que nous le connaissons actuellement va changer. Le consommateur va changer. Les moments qu'il consacre à faire son shopping sur Internet et les situations d'achat vont également évoluer.

Cette révolution s'appelle la nomadisation. L'Internet sur l'ordinateur qui trône au milieu du salon, connecté avec des câbles en tous genres, est sur la voie descendante. Google prévoit cette année de recevoir plus de recherches depuis des téléphones mobiles que depuis des ordinateurs connectés à l'Internet classique – cette année, en 2009 ! Les générations arrivant dans les tranches d'âges qui intéressent un assureur sont déjà prêtes et sont familières de cette évolution<sup>20</sup>. Les technologies évoluent à un rythme effréné, encore plus rapidement que lors du développement de l'Internet, il y a quinze ans. Les possibilités d'accès se multiplient, les coûts chutent, les terminaux évoluent sans cesse. Et le consommateur demande toujours plus de mobilité, d'accès permanent à ces technologies, de services, de contact<sup>21</sup>.

Est-ce encore le moment de se poser la question de l'assurance sur Internet ? Il faut simplement se poser la question de l'assurance dans cinq ans pour comprendre immédiatement que l'adaptation à un outil technologique tel qu'Internet n'est plus la seule réponse. La réponse, c'est l'adaptation aux demandes du consommateur et à ses nouveaux modes de vie.

## Notes

1. Ineas, premier assureur en ligne en Europe (1997). La société agit actuellement dans quatre pays d'Europe (Pays-Bas, France, Allemagne, Espagne) et sa plate-forme technologique a été fournie à Swiftcover au Royaume-Uni.

2. Intodo lancé en 2002 et fermé en 2003, OK Assurance lancé en 2000, clôturé en 2002.

3. Les réactions de la part des courtiers traditionnels aux initiatives Internet n'ont pas complètement disparu. Pour preuve le procès intenté par l'Association des courtiers belges en réponse à l'offre d'assurance auto d'ING Direct sur Internet en Belgique.

4. En 2004, ce pourcentage était de 1 % seulement. Au rythme actuel de croissance, le marché s'attend à un pourcentage proche de 50 % en 2010 (Blauw Research). De ces 11 %, 68 % vont aux assureurs directs et 25 % aux banques. Les 5 % restants reviennent aux intermédiaires actifs sur le web. Google a indiqué que 38 % des utilisateurs Internet ont déjà cherché des informations sur l'assurance auto. Et que 13 % d'entre eux ont acheté leur contrat sur Internet.

5. Source : Icea.

6. Par exemple, le rapport annuel d'Admiral Group indique que 70 % de son chiffre d'affaires provient de comparateurs d'assurances, et seulement 8 % du contact téléphonique, le reste provenant de contacts directs sur Internet.

7. Assurland indique 100 000 contrats vendus par son intermédiaire en 2007. Source : « La souscription d'assurance par Internet reste marginale », La Tribune, 11 avril 2008. Assurland indique un rythme annuel de 150 000 contrats, source : Actuauto.com, 11 juin 2008.

8. Les différences culturelles jouent un rôle. Les consommateurs français sont considérés comme « traditionalistes » dans une étude publiée par IBM avec l'université de St-Gallen ("Trust, Transparency and Technology", 2008). À noter toutefois que les Néerlandais sont également classés dans cette catégorie.

9. Les coûts d'acquisition des mutuelles sans intermédiaires en France ont progressé de 6,6 % en 1996 à 12,3 % en 2007. Source : FFSA et L'Expansion, n° 724, novembre 2007.

10. Le département assurance de MoneySuperMarket a dépensé à lui seul plus de 15 millions de livres sterling en spots TV en 2008.

11. Désormais appelé Insure.com.

12. Une technique qui permet d'obtenir un tarif d'assurance automatiquement sans la permission du site de l'assureur. Moins utilisée qu'il y a quelques années, car progressivement remplacée par des échanges XML, cette technique subsiste néanmoins.

13. *Confused a contribué à 20 % du total des profits du Groupe Admiral et a également contribué à 24 % des nouvelles affaires. Source : rapports annuels Admiral Group et présentations.*

14. *“Price-compare sites face FSA intervention”, Financial Times, mai 2008.*

15. *À noter que les comparateurs anglais discutent la mise en place d’un “Code of Conduct”, incluant la régulation de l’exploitation des données personnelles des clients pour d’autres objectifs. Certains comparateurs revendent ces données à d’autres assureurs pour leur permettre d’optimiser leurs tarifs.*

16. *Lancé en 1998, survivant du Nasdaq après l’éclatement de la bulle Internet, revendu au groupe d’assurance White Mountains, Esurance est maintenant l’un des assureurs auto qui progresse le plus vite aux États-Unis.*

17. *« Amaguiz crée une nouvelle marque d’assurance en ligne » (L’Argus de l’assurance, 23 Mai 2008), « Amaguiz en quête*

*de notoriété » (L’Argus de l’assurance, 5 septembre 2008).*

18. *Voir “The Brand Bubble, the looming crisis in brand value and how to avoid it” par John Gerzema and Ed Lebar, 2008, Young and Rubicam Brands ; et également “Marketing Web 2.0” par Francois Laurent (le marketing en crise, les marques remises en cause), 2008.*

19. *En Allemagne, où 13% des clients déclaraient comparer leurs contrats en 1998, 17 % en 2003, 23 % en 2008 (source: Psychonomics).*

20. *Voir “Growing up digital”, Don Tapscott, “A generation bathed in bits”, 2009.*

21. *C’est pourquoi Ineas a lancé XPRS®, la première offre d’assurance sur téléphone mobile. XPRS® a remporté le grand prix Tribulis de l’innovation Web en 2008. Ineas ajoute désormais des services pour ses assurés sur téléphone mobile : déclaration et suivi de sinistre par exemple.*

# LE PRINTEMPS D'INTERNET DANS L'ASSURANCE EUROPÉENNE

*Jean-Pierre Daniel*<sup>1</sup>

*Directeur de Vigie*

*Professeur à l'Institut de formation de la profession de l'assurance et  
au MBA Banque, finance, assurance de l'Université Paris X*

■ Internet est utilisé aujourd'hui comme mode de distribution de l'assurance dans tous les pays de l'Europe de l'Ouest. Dès lors que l'on se trouve sur des marchés où les clients spontanément achètent de l'assurance, et tout spécialement de l'assurance de dommages, il est logique qu'ils surfent sur le Net, d'abord pour se faire une idée des prix, puis dans une seconde phase pour acheter. Néanmoins, si l'Europe de l'assurance est unie au plan réglementaire, elle reste marquée par des diversités nationales qui s'expriment dans une plus ou moins grande propension à s'adresser à ce nouveau mode de distribution. Au-delà de ces spécificités, la logique qui résulte de la mise en œuvre d'Internet pose partout les mêmes questions. Celles-ci connaîtront probablement des réponses similaires qui risquent d'affecter profondément la répartition des parts de marché entre les modes de distribution.

## ■ INTERNET SPRINGTIME IN EUROPEAN INSURANCE

*The Internet is now used as a method for distributing insurance throughout Western Europe. Because there are markets where customers spontaneously buy insurance, particularly damage insurance, it is logical for them to surf the web, first to get an idea of prices and then to buy.*

*Although European insurance has a uniform regulatory framework, it nonetheless remains marked by national differences as expressed in the increasing tendency to resort to this new method of distribution. Beyond these specifics, the logic that stems from Internet implementation gives rise to the same questions everywhere.*

*These questions will probably encounter similar answers, which risk profoundly affecting the division of market shares between distribution methods.*

---

## Les traditions nationales expliquent les différences...

---

**S**ans surprise, le Royaume-Uni est, parmi les grands pays européens, celui où l'utilisation d'Internet pour acheter de l'assurance est la plus répandue. Selon les études, 20 % des consommateurs anglais achètent leurs assurances sur Internet. Cette ouverture est tout à fait dans la ligne de la tradition de multidistribution qui existe depuis

très longtemps sur le marché britannique. Si, jusqu'à l'arrivée de Direct Line qui a créé ex-nihilo la distribution par téléphone, le marché anglais fut dominé par le courtage, tant en vie qu'en dommages, la percée spectaculaire d'un nouvel arrivant, qui n'était pas issu du sérail, a montré aux sociétés anglaises qu'il ne fallait pas avoir peur de sortir des schémas traditionnels. Ce recours sans états d'âme à des distributeurs multiples n'est finalement qu'un prolongement logique du recours traditionnel au courtage. Plus que leurs consœurs du Continent, les sociétés anglaises se considèrent comme des fabricants qui n'hésitent pas à déléguer leur distribution.

C'est ainsi qu'au Royaume-Uni on observe toutes les formes possibles de relations entre Internet et l'assurance. Il y a bien sûr des comparateurs : insure.com, moneymarket.com, comparethemarket.com, confused.com pour n'en citer que quelques-uns. Ils permettent au consommateur de choisir l'offre qui lui sied le mieux. Ils font de manière automatisée et, on peut le supposer, plus objective, ce que fait le courtier traditionnel. Ils sont ailleurs le prolongement des logiciels de comparaisons de tarifs automobiles que les courtiers anglais utilisent depuis vingt ans et qui, à l'époque, leur étaient livrés chaque mois sur une disquette. Grâce à elle, le courtier pouvait à un instant « T » obtenir les meilleures offres du marché. Aujourd'hui, c'est le site comparateur qui fait ce travail, mais le problème pour le courtier traditionnel c'est que le site permet aussi la souscription et que l'intermédiaire y perd son client.

À côté des comparateurs, il existe aussi des sociétés qui opèrent directement sur le Net. Direct Line bien sûr, à l'instar de tous les opérateurs par téléphone, s'est immédiatement convertie à Internet. Si l'on possède un logiciel pour poser les bonnes questions au moment d'une souscription par téléphone, il n'est évidemment pas très difficile de faire basculer l'application vers un portail Internet. C'est ainsi que Direct Line ou Churchill sont désormais plus actives sur Internet que par téléphone. Swiftcover, la filiale d'AXA qui utilise un logiciel mis au point par Ineas, est aussi un vrai succès. Admiral est un autre exemple de réussite. Cette société a une approche très segmentée du marché. À partir d'une même architecture informatique, elle s'adresse à plusieurs segments de marché sous des marques et avec un positionnement différents. Cette stratégie, pour l'instant couronnée de succès, illustre bien les possibilités offertes par Internet par rapport à des réseaux traditionnels. La démarche consistant à utiliser plusieurs marques et des approches commerciales spécifiques pour s'adresser à diverses clientèles n'est évidemment pas nouvelle. Cependant, sans Internet il fallait recruter et former des commerciaux puis mettre en place une vraie logistique. Avec Internet, ces démarches sont infiniment simplifiées et en

quelques années Admiral, qui originellement s'adresse aux automobilistes de moins de 35 ans, a créé Diamond pour les femmes, Bell pour les conducteurs qui n'ont pas de bons antécédents et Gladiator pour les véhicules commerciaux. Aujourd'hui, le groupe étend son modèle à l'étranger.

On a coutume, quand on évoque la manière dont la distribution d'assurance s'opère sur les marchés nationaux, de placer ensemble le Royaume-Uni et les Pays-Bas comme exemples de pays où règne la multidistribution. S'agissant d'Internet, cette communauté d'approche se vérifie et les sociétés hollandaises, même si elles travaillent avec des intermédiaires traditionnels, n'ont pas hésité à être présentes sur la Toile. La Hollande est même le pays où est née la première société d'assurances fonctionnant totalement par Internet. Dès 1997, Ineas a offert aux internautes hollandais, allemands, français et, plus récemment, espagnols des contrats d'assurance automobile gérés exclusivement par Internet. Un même ensemble informatique permet de gérer dans les quatre pays des contrats qui sont naturellement adaptés aux particularités locales mais dont l'ossature est identique. Il faudra attendre presque dix ans pour voir d'autres opérateurs comme Swiftcover, dont on a vu qu'il utilise un logiciel d'origine Ineas, et Id Macif présenter une offre *low-cost* identique, où Internet est le seul mode de relation entre l'assureur et le client.

Au moment d'acheter leurs produits financiers, les consommateurs allemands ont une solide réputation de conservatisme. En dépit de ce traditionalisme supposé, les grands assureurs allemands, qui ont pourtant des réseaux d'intermédiaires importants, n'ont pas hésité à investir le Net : Allianz avec Allianz24, HUK avec HUK24 en sont les deux principaux exemples. Ergo n'est pas en reste et travaille en partenariat avec KarstadtQuelle, le groupe de distribution et de tourisme. La principale caractéristique du marché allemand est la très forte présence des comparateurs. Check24, Aspectonline, Foryou, Insurancity ou Tarifchecks pour ne citer que certains d'entre eux ont un rôle très important. Les spécialistes estiment qu'ils traitent trois à quatre fois

plus de demandes de tarification que leurs homologues français. Ces comparateurs ne se font pas rémunérer au nombre de clics, mais ils font souscrire le client directement sur le site et ils se font payer en fonction du nombre d'affaires nouvelles réalisées. Le taux de transformation augmentant, ils ont compris que ce système était plus avantageux pour eux. Enfin, il existe aussi outre-Rhin des portails qui s'adressent à une clientèle déterminée. Le plus emblématique est Ladycaronline qui offre aux femmes des produits d'assurance de tous types en provenance de différentes sociétés. En ce sens, c'est un site comparateur dédié à un segment de clientèle particulier où la technologie Internet se conjugue avec la mode des assurances affinitaires.

L'Italie a connu récemment de très profonds bouleversements sur le plan de la distribution d'assurance. Le gouvernement a en effet décidé de mettre fin à l'exclusivité des agents qui restent de très loin le canal dominant au-delà des Alpes. Le maelström qui a résulté de cette décision, aussi inattendue que difficile à mettre en œuvre, contribuera peut-être au succès des nombreuses expériences de vente par Internet initiées par les sociétés italiennes. Comme ailleurs dans le prolongement des ventes par téléphone, des filiales Internet ont vu le jour. Certains de ces acteurs du téléphone s'étaient établis dans la péninsule à cette fin et n'avaient pas de réseaux préexistants à ménager.

C'est le cas bien sûr de Direct Line, mais aussi d'Allstate ou de Royal Insurance qui ont opéré le virage Internet, ou de Conte.it, filiale de l'anglais Admiral. Plus étonnant - on serait tenté d'écrire plus courageux - est le choix de Generali, d'Unipol, d'Allianz-Ras ou de Zurich qui décident d'aller sur la Toile alors qu'elles vivent de leur réseau traditionnel. Ces nouveaux entrants jouent une stratégie multi-canal qui offre au client le choix entre Internet et le téléphone à chacune des phases de la vie du contrat. Tous ces acteurs entrent par l'assurance automobile, sujet toujours complexe en Italie, mais offrent aussi de l'assurance habitation, voire de la santé. Il semble néanmoins que l'assurance auto constitue la quasi-totalité de leur portefeuille.

Autre pays latin, l'Espagne semble avoir fait, plus que l'Italie, sa révolution Internet. D'après la dernière étude d'Icea, 135 000 nouveaux contrats auto se seraient vendus en 2007, représentant presque un demi-milliard d'euros de primes et une augmentation de 27 % par rapport à l'année antérieure. En santé, le chiffre serait de 53 000 contrats pour 32 millions d'euros de cotisations. Au total, il y aurait un demi-million de contrats en portefeuille vendus totalement par Internet.

L'étude d'Icea, d'où ces chiffres sont extraits, montre que plus de la moitié des sociétés espagnoles rendent possible la souscription en ligne de leurs produits, et 68 % sont organisées pour recevoir des déclarations de sinistres, quand la moitié enfin permet aux clients de réaliser des avenants en modifiant eux-mêmes les éléments de leur contrat. Cette volonté affirmée de jouer la carte Internet s'explique sans doute par différents facteurs. Le premier, qui peut servir de toile de fond, est qu'il n'y a pas si longtemps l'Espagne était un pays émergent et que, comme tel, elle est plus à l'affût des innovations que les pays installés dans un certain confort, comme l'Allemagne ou la France. Un autre facteur est certainement lié à la relative inefficacité des réseaux d'agents espagnols. Avec ses 150 000 agents, l'Espagne continue d'avoir un nombre d'intermédiaires disproportionné par rapport à son volume d'affaires. On peut comprendre que les sociétés soient tentées d'utiliser d'autres moyens d'accès à la clientèle. Enfin, le gouvernement espagnol a décidé de faire d'Internet le fer de lance de l'expansion économique de la péninsule. La loi sur le développement de la société de l'information adoptée en décembre 2007 oblige toute entreprise de plus de 100 salariés ou réalisant plus de 6 millions d'euros de chiffre d'affaires à disposer d'un site Internet ouvert au public et permettant un minimum de communication entre les clients et la société.

Si la moitié des acteurs ont une offre Internet, il est clair que certains d'entre eux ont une approche exclusivement Internet. C'est bien sûr le cas de Linea Directa, filiale ibérique de l'entreprise anglaise, qui réalise désormais plus du tiers de ses affaires par

Internet. Il en va de même de Direct Seguros, la filiale d'AXA, qui passe facilement du téléphone à Internet. Admiral a créé à Séville Balumba, qui a choisi une approche publicitaire décalée et a réalisé 50 000 contrats dans les douze premiers mois de son existence, alors que l'entreprise ne bénéficiait encore d'aucune notoriété. Le français Groupama s'est lancé en Espagne avec Clickseguros avant de le faire en France avec Amaguiz. Sur un plan technique, le choix de Clickseguros est intéressant : alors que tous les assureurs proposent des packages pour répondre globalement aux besoins du client et éviter l'anti-sélection, Clickseguros communique sur le fait qu'il ne faut acheter que ce dont on a besoin et propose à l'internaute de se fabriquer ainsi un contrat entièrement sur mesure.

---

## ...la pertinence de l'outil pose partout les mêmes questions

---

**A**u-delà des spécificités nationales où les idiosyncrasies ont leur part, on voit bien qu'Internet est partout en train de devenir un canal de distribution à part entière. La seule étude européenne globale et accessible, celle que présentent Capgemini et l'Efma dans le « World Insurance Report », montre qu'à moyen terme le recours à Internet va profondément modifier le paysage. 28 % des consommateurs européens se disent prêts à acheter un contrat vie sur le Net dans les trois ans. 34 % feraient de même pour un contrat dommages. On sait parfaitement que toutes les intentions d'achat ne se transforment pas en achat, mais si l'on divise ce chiffre par deux on constate que 15 % au moins des risques de particuliers transiteraient par Internet à très court terme. On l'a dit, on estime que dès aujourd'hui 20 % des clients britanniques achètent leurs assurances sur Internet. Ces clients futurs vont naturellement échapper aux réseaux traditionnels qui y perdront leurs commissions. Nombre d'entre eux rechercheront un prix bas, et ce faisant ils pèseront sur la rentabilité des sociétés d'assurances.

Désormais, les grands acteurs, ceux dont la marque est connue depuis un demi-siècle, acceptent de se lancer. Cela montre bien sûr qu'ils ont dépassé le stade où ils avaient peur de leur réseau, mais surtout cela va provoquer une accélération du phénomène. Par ordre décroissant, les prospects vont sur Internet pour y rechercher des informations, par souci de commodité et bien sûr pour y trouver un prix. Peut-être ne faut-il pas attacher trop d'importance à ce dernier facteur car la recherche du prix est le passage obligé de toute démarche du consommateur. La qualité de l'information, son accessibilité et la commodité d'usage sont sans doute les vrais facteurs importants. Si aujourd'hui le client est rassuré par la présence d'une grande marque qui lui inspire confiance, les recours à Internet vont se multiplier et l'on peut s'attendre à une vraie progression dans les années qui viennent. Aujourd'hui, 56 % des prospects qui s'informent sur Internet achètent aussi sur Internet. L'époque où le client se faisait une idée du prix en surfant sur la Toile, puis allait voir son intermédiaire ou sa banque habituels, semble révolue.

Cette plus grande confiance dans l'offre Internet désormais renforcée par la notoriété d'une grande marque va favoriser l'expansion de ce mode de distribution, et cela pose la question de la volatilité supposée des internautes. Contrairement à une vision intuitive, les consommateurs européens restent fidèles à leurs assureurs. Ils gardent leurs contrats une dizaine d'années, huit pour l'automobile et onze pour la vie. Même si tout porte à croire que le client Internet sera moins fidèle qu'un autre, ces durées longues justifient le coût d'acquisition du prospect. Il est vrai aussi que le turnover des contrats varie selon les pays européens. Il semblerait encore plus élevé en Espagne qu'au Royaume-Uni et il est, sans surprise, moindre en Allemagne et en Italie.

Si l'on voit partout Internet apparaître comme un mode de distribution crédible, il faut néanmoins souligner que pour l'instant il s'agit presque toujours d'une offre multicanal, au sein de laquelle Internet apparaît le plus souvent comme un canal d'entrée. Au cours du processus de souscription et pendant la vie

du contrat, le client garde le choix de recourir au téléphone quand il le veut, et les techniques du *web call back* sont même développées à cette seule fin. Il n'est pas certain que cette situation se prolonge car elle est coûteuse. Elle oblige l'assureur à entretenir des plates-formes téléphoniques et ne lui permettent pas de baisser ses coûts autant que le permettrait un recours exclusif à Internet. Pour l'instant, très rares sont les sociétés qui n'utilisent qu'Internet comme seul mode de relation entre la société et le client. Cette exclusivité du canal Internet ne se généralisera que lorsque les clients auront acquis une suffisante maîtrise de l'outil Internet. Il faudra sans doute quelques années mais l'évolution est inéluctable. Les coûts de gestion s'allégeront. En d'autres termes, Internet n'a pas fini de faire baisser les prix des risques de masse.

Un dernier élément doit être relevé qui renforce l'intérêt pour un acteur d'être présent sur ce canal de distribution. Quand on observe le mode de consommation du client tout au long de sa vie, l'étude de Capgemini-Efma à laquelle on faisait allusion montre que le nouvel entrant fait ses expériences en achetant ses premiers produits d'assurance chez différents fournisseurs. Puis, une fois son opinion faite sur la fiabilité de ces assureurs, il revient vers l'un d'entre eux pour les autres achats qu'il doit faire au cours de sa vie d'adulte puis de senior. En d'autres termes, on observe une évolution de la multidistribution vers le multiéquipement par un seul distributeur. Si cette observation est exacte - et l'existence au Royaume-Uni de 20 % d'assurés qui sont 100 % Internet semble le confirmer -, Internet deviendra sous peu un canal de

distribution aussi légitime que le sont les agents, les courtiers ou les bureaux directs. L'histoire récente de la bancassurance dans les pays d'Europe du Sud - où l'on a vu un acteur au départ inconnu prendre en une vingtaine d'années plus de 60 % du marché vie, tout en le faisant exploser - est là pour montrer que les habitudes du consommateur européen sont susceptibles d'évoluer très vite. Jusqu'à présent, l'arrivée de nouveaux entrants s'est faite mécaniquement aux dépens des distributeurs installés mais n'a pas provoqué leur disparition. Avec Internet, il semble que la question mérite d'être posée. Avec partout en Europe des produits de particuliers qui sont autant de *commodities*, offrant des bonnes garanties dans un univers compréhensible pour un prospect désormais plus informé, on peut se demander si l'intermédiation traditionnelle et la distribution directe ne vont pas terriblement souffrir. Le prix et l'accessibilité risquent d'être les seuls éléments du choix du consommateur. Et sur ces deux terrains Internet est, à ce jour et partout en Europe, sans concurrence.

#### Notes

1. Jean-Pierre Daniel collabore également avec la revue espagnole Mercado Previsor et avec la Tribune de l'assurance pour laquelle il rédige chaque mois la « Chronique internationale ».

L'auteur tient à remercier pour leur aide Marcial Fernandez Amoros d'Icea ([www.icea.es](http://www.icea.es)), Roberto Casanova de Iama ([www.iama.it](http://www.iama.it)) et Guy Stouls, un des fondateurs de Direct Assurance, actuellement en Russie chez Reso Garantia.

# DE NOUVELLES OUVERTURES À LA GESTION DE LA RELATION CLIENT ET À L'INNOVATION PRODUIT

*Yannick Schmitz*

*Directeur Marketing et Développement Groupe Macif  
Directeur général d'idmacif*

■ Internet a désormais acquis une place prépondérante dans la communication et l'image de nombreuses entreprises. L'offre, la distribution et la gestion de la relation client s'en trouvent donc impactées. Les années 2010 voient arriver sur le marché de nouveaux consommateurs pour lesquels une mauvaise maîtrise de l'Internet sera rédhibitoire dans le choix des entreprises auxquelles ils accorderont leurs faveurs.

À l'instar de ce qu'a généré le téléphone dans les années 90, la distribution et la relation par ce canal numérique modifient les équilibres dans le flux des prospects et la fidélisation des clients. De nouveaux modèles se sont installés et la bonne utilisation de la complémentarité des réseaux de distribution est un atout majeur des entreprises traditionnelles face aux pure players.

Pour ces derniers, l'argument d'un prix bas est le seul moyen de se faire une place rapidement sur un canal d'accès où le coût d'acquisition est encore plus faible. Cet avantage ne sera que de courte durée et les entreprises traditionnelles qui auront su s'adapter à temps à ce nouveau canal de contact avec leurs clients ont bien d'autres arguments à faire valoir.

Dans une société en profonde mutation, la qualité de la promesse, le respect de l'environnement, l'éthique économique donnent une nouvelle dimension à la valeur d'un produit quel qu'il soit. C'est sur ce champ que le web 2.0 se positionne engendrant une nouvelle forme de consumérisme. Il ne s'agit plus d'afficher ses valeurs, il faut les démontrer au quotidien. Internet est une caisse de résonance où le moindre écart entre la parole et les actes peut immédiatement être durement sanctionné. L'inverse est tout aussi vrai, plus lent à s'installer et donc plus durable...

## ■ NEW OUTBREAKS IN CUSTOMERS RELATIONSHIP MANAGEMENT AND PRODUCT INNOVATIONS

*Internet has now acquired a prominent role in the communication and image of many firms. Their offer, their distribution and their customers relationship management has been impacted. The years 2010 will experiment the arrival of new customers for whom a non satisfactory management of the internet tool is a negative mark, that will impact their choice of the firm to which they will devote their favour. As it was the case for the telephone during the years 1990, the distribution through the digital channel alters the equilibria between the flow of prospects and customers fidelity. New models has been set in and a good management of the complementarity of distribution networks is a major trump card for traditional firms facing pure players.*

*As regards those pure players, the low price argument is the only way to quickly obtain a position in a network where the cost of purchase is even lower. This advantage will be transient and traditional firms, that has in due time succeeded to adapt to the new channel between them and their customers, have many more arguments to put in force. Within deeply changing societies, the quality of a pledge, the respect for environment, economic ethics, give new dimensions to the value of whatever product. It is on the spot that web 2.0 is positioning, generating new patterns of consumerism.*

*Now, displaying your values is not enough, you have to prove them on a daily basis. Internet is a sound-box where a mere divergence between words and acts can be severely penalized. The reverse is also true, slower to install and also more lasting.*

## Le contexte français

Internet touche près de 60 % de la population dont la majorité bénéficie d'une offre « *Triple-Play* ». Le déploiement de la fibre optique et de l'ADSL permet à ces ménages, pour le coût d'un abonnement téléphonique, d'avoir à la fois la téléphonie illimitée, un bouquet de chaînes de télévision et un accès haut débit à Internet. Ce point est déterminant dans l'utilisation des services qu'offre ce réseau car il change radicalement le comportement des ménages dans leurs habitudes de consommation des loisirs, des services et des biens de consommation.

Ces modifications comportementales se sont accélérées depuis 2004 et des effets tangibles apparaissent. Les vécristes traditionnels rencontrent leurs premières difficultés, La Poste recherche de nouveaux services pour compenser la baisse durable des plis papier, l'industrie du disque peine à trouver son nouveau modèle de distribution, la presse écrite est en crise, la répartition des investissements et modèles publicitaires est en profonde transformation, les loisirs numériques explosent...

Les années 2010 verront arriver sur le marché la première génération de consommateurs pour lesquels l'absence d'un positionnement sur Internet sera rédhibitoire ; tant au niveau du choix de l'entreprise où ils iront offrir leurs compétences que des enseignes et marques qui auront la faveur de leurs achats.

Force est de constater que l'entreprise qui n'aura pas intégré cette révolution numérique dans toutes ses composantes partira avec un handicap. Il existe d'ailleurs une segmentation naturelle en deux grands ensembles.

Certaines entreprises sont nées avec et par Internet, ce sont ce que l'on appelle des *pure players*. Après la déception de la bulle des années 2000, elles sont déjà devenues, en moins de dix ans, des modèles de réussite, le plus souvent internationale. Ces modèles ont un avantage considérable : Internet fait partie de leur patrimoine génétique. En contrepartie, ils doivent faire face à un obstacle majeur : leur

jeunesse et l'impérieuse nécessité de trouver les ressources nécessaires à leur croissance galopante. Ces entreprises évoluent dans un environnement où les modèles sont facilement reproductibles par un acteur plus puissant. Les moteurs de recherche, porte d'entrée incontournable au réseau des réseaux, comptaient une dizaine d'acteurs au début, trois aujourd'hui, à court terme ils ne seront plus que deux à se partager les requêtes du monde entier.

Les entreprises traditionnelles tentent de s'adapter à ce nouveau défi. Sous l'angle interne, il faut mettre en place l'organisation pour appréhender ce domaine, la politique RH, la communication interne, l'évolution des systèmes d'information, les processus de planification de contrôle d'innovation... Et sous l'angle externe, le marketing de l'offre, de la relation client, de la distribution et de la communication. Ce deuxième ensemble évolue dans le même environnement que le précédent, mais avec de plus l'obligation de muter avec une vitesse d'exécution à laquelle il n'est pas forcément habitué. Les chiffres de la Fevad illustrent ci-dessous cette mutation galopante. La vente à distance traditionnelle ne possède que trois acteurs dans le top 10 français, si l'on exclut voyages-sncf.com qui a encore l'avantage d'être dans une situation de monopole.

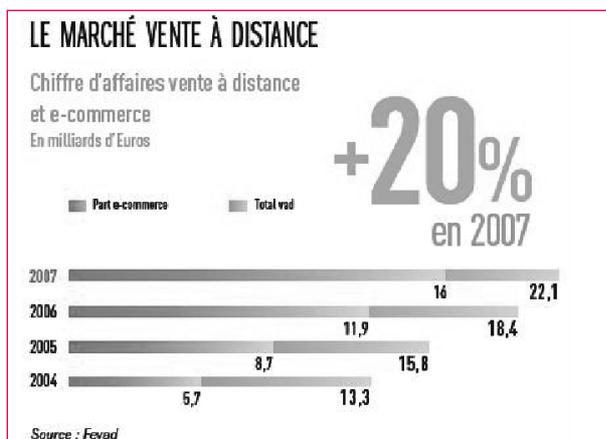
### CLASSEMENT FEVAD/MEDIAMETRIE DES SITES E-COMMERCE LES PLUS VISITÉS

Moyenne mensuelle du 1<sup>er</sup> trimestre 2008 (en milliers de visiteurs)

Brands ou Channels	Visiteurs Uniques
1 eBay *	10 159
2 PriceMinister *	6 428
3 La Redoute *	6 147
4 Fnac *	6 123
5 Amazon *	5 916
6 Cdiscount *	5 544
7 Voyages-sncf.com *	5 142
8 3 Suisses *	3 804
9 Vente-privee.com *	3 688
10 Orange E-shop *	3 625

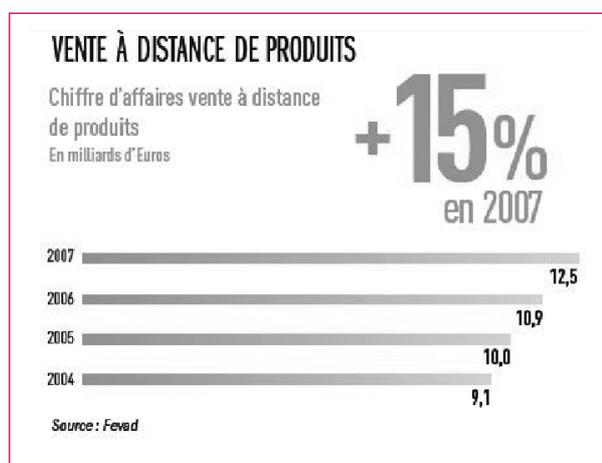
\*: Les sites adhérents à la Fevad sont signalés par un astérisque

Source : Médiamétrie/NetRatings - Panel France - Domicile et lieu de travail - Applications Internet exclues



Les chiffres d'affaires enregistrés par les *pure players* traduisent clairement aujourd'hui la vitesse d'exécution à laquelle est confrontée l'entreprise traditionnelle. Pour la vente à distance, comme pour l'industrie du voyage, le commerce électronique a dépassé, en cinq ans, celui de la vente sur les supports traditionnels.

Le secteur de l'assurance n'échappe pas à la règle, et il ne se passe pas une journée sans que les décideurs ne soient invités à un colloque, une conférence, une journée de réflexion sur ce thème. À se demander, d'ailleurs, si ce virage a été correctement abordé ces dernières années. En effet, ce secteur doit faire face à deux attaques qui ont débuté simultanément sur le marché français. Il y a dix ans, la bancassurance et Internet se mettaient en place. Leurs impacts étaient considérés comme marginaux à l'époque. Chacun sait ce qu'il est advenu de la concurrence des banques, en termes de IARD, de prévoyance et d'épargne.



## La guerre des réseaux

La taille des réseaux bancaires et la fréquence des contacts avec leurs clients sont deux facteurs qui ont contribué au succès des bancassureurs. La nécessité d'une véritable plate-forme Internet de distribution est une idée récemment admise dans le monde de l'assurance. C'est souvent sous ce prisme que le sujet est abordé en priorité. Cela tient à deux fondamentaux : l'accès au client final et le rôle de conseil averti qui doit accompagner le produit.

Le produit d'assurance possède en effet une singularité. Le refus de vente est en quelque sorte admis et il inverse les rôles entre le client et le vendeur. La distribution de l'assurance puise son histoire dans

un mode de distribution indirecte. D'un côté, les sociétés construisant des produits où l'équilibre technique et l'environnement réglementaire prennent le pas sur la vision client ; et de l'autre, des réseaux de distribution, agents généraux, courtiers qui calibrent le risque avant de le vendre.

L'assurance obligatoire a fait naître un autre mode de distribution dans les années 1950 et l'arrivée des grandes mutuelles d'assurances a bouleversé ce principe. La construction des produits et leur mode de distribution ont été modifiés par la mise en place d'une première forme de distribution directe, se segmentant par catégories professionnelles.

Les mutuelles ont modifié la chaîne de valeur y compris sociale - standardisation des produits, industrialisation des processus, réseaux de vente salariés ou bénévoles, redistribution de la valeur créée aux sociétaires - , ce qui s'est traduit par une augmentation de la qualité servie et une pression à la baisse sur les primes. Les plus importantes ont su prendre rapidement le virage du téléphone dans les années 1980, suivi, dix ans plus tard, par l'arrivée des premiers modèles de distribution sans réseau physique : les assureurs directs, qui ont mis plusieurs années à équilibrer leurs modèles. Le téléphone a donc introduit une nouvelle rupture provoquée par une deuxième modification de la chaîne de valeur, conduisant à une nouvelle pression à la baisse des prix de vente et aux prémices du multicanal.

En 2000, ce sont ces mêmes mutuelles qui tracent le chemin sur Internet. Elles ont un avantage décisif qui repose sur l'industrialisation de leur processus, leur capacité à vendre en direct sans conflit avec leurs réseaux de distribution et sur le transfert d'une partie des actions de gestion sur le client lui-même, générant de fait, à moyen terme, une nouvelle modification de la chaîne de valeur. Les assureurs traditionnels ont, sur la même période, soit modifié leur modèle téléphonique, soit lancé de nouveaux concepts Internet sans rencontrer le succès attendu. Pour certains d'entre eux, l'expérience a fait long feu et s'est soldée par la fermeture de l'entité créée.

À la lumière de ces événements, on peut donc considérer que le véritable facteur de succès repose d'abord sur la capacité de l'entreprise à saisir l'opportunité du canal Internet, en mettant en place une organisation capable d'accompagner le changement tout en s'appuyant sur ses principaux atouts.

Un réseau de distribution ne remplace pas l'autre, il modifie seulement les équilibres et donne de nouvelles ouvertures à la gestion de la relation client et à l'innovation produit. Le rôle des plates-formes téléphoniques s'est considérablement accru. Pour autant, les réseaux physiques n'ont pas disparu. Le consommateur, au moins pour les années à venir, aura pour des produits sensibles comme ceux de l'assureur et de la banque besoin de ce port d'attache de proximité. Il renforce la confiance dans la marque, tout en lui donnant une visibilité territoriale que seul un maillage adapté peut fournir.

Le point de vue de l'entreprise qui doit s'adapter est alors différent de celui d'une entreprise qui arrive sur ce nouveau territoire. Pour la première, il s'agit de savoir capter tous les gisements de productivité et de développement qu'offre ce nouveau canal de contact avec son marché ; pour la seconde, il s'agit de s'installer avec un coût d'accès certes plus faible, mais où le nombre de nouveaux acteurs est limité par le point d'accès unique que représente Internet sur un marché local et international. Ce dernier cas induit une contrainte d'innovation marketing associée à un *pricing* bas pour se distinguer. Cette contrainte réduit ses marges, comprime ses ressources, la rend fragile, ce qui annihile l'avantage du coût d'entrée.

Croire qu'Internet permet une visibilité simple et rapide par des coûts de communication plus faibles est une idée fautive. En effet, même si la communication sur Internet aujourd'hui est encore plus économique en termes de coût du contact, il n'en demeure pas moins que les lois de l'offre et de la demande conduiront à court terme à un équilibre du prix de médias.

Le « e-mailing » est le moyen le plus économique de faire connaître ses offres mais sa surabondance nuit à son efficacité. Le *search marketing* dans notre secteur d'activité a vu le prix des mots-clés pertinents

multiplié par trois en deux ans. En outre, le référencement naturel et toutes ces nouvelles techniques nécessitent un apprentissage important qui n'est pas seulement une question de moyens.

L'exemple de deux acteurs traditionnels s'étant lancés cet été représente peut-être la stratégie la plus pertinente à ce jour. Macif et Groupama disposent déjà d'un positionnement multicanal significatif. Elles exploitent les nouvelles possibilités offertes par Internet dans ce contexte. Elles ont chacune lancé un concept de type *pure player* sous une autre marque, qui repose essentiellement sur l'innovation produit et sur un nouveau mode de relation avec le client.

Dans cette démarche, ces deux entreprises bénéficient d'un terrain d'expérimentation indéniable, elles se positionnent à la fois comme les entreprises de leur secteur et offrent à leurs clients la palette de services qu'ils attendent. Dans le même temps, tout en s'appuyant sur leur industrie en place, elles vont capter un consommateur déjà rompu à la consommation par Internet qui n'aurait pas forcément été capté dans les réseaux traditionnels de ces enseignes. En ce sens, elles innovent dans les domaines du marketing et de la technologie. Elles se dotent de moyens pour accroître leur courbe d'expérience que ne peuvent s'offrir, à ce stade, les *pure players*.

---

## La guerre des prix

---

La distribution par Internet permet une économie sur ce poste. C'est indéniable à ce jour. Un site Internet peut rapidement être mis en œuvre et ce dans différentes langues. De nombreuses tâches de *front, middle et back-office* peuvent être réalisées par l'internaute, qui réclame donc sa part de marge dans le prix de vente. La loi Châtel et l'environnement réglementaire font pression sur la transparence pour stimuler la concurrence. Internet permet, en quelques minutes, de faire le tour de l'offre du marché. Assurland est le site d'assurance le plus visité. Il est l'acteur qui fait vraisemblablement le plus de devis d'assurance chaque jour.

En conséquence, de nombreuses pratiques commerciales s'appuient sur cet argument majeur qu'est le prix, ce qui a toujours été le cas et devient de plus en plus prégnant.

De ce point de vue, il faut admettre que la distribution par Internet permet une meilleure connaissance de l'offre : le consommateur est plus instruit sur le domaine concerné, il peut mieux appréhender la notion de rapport qualité-prix, changer plus facilement de fournisseur et devenir de plus en plus exigeant.

L'équation semble d'une apparente simplicité : coûts de distribution et de gestion plus faibles, légère compression des marges, baisse du prix de vente. C'est un peu le pari des premiers assureurs directs qui ont capté moins de parts de marché que les banquiers sur la même période et sur des produits d'une apparente banalité, vendus à un prix qui aurait pu paraître totalement hors marché au début. La Fnac demeure encore une enseigne emblématique dans le top 10 des fournisseurs de loisirs culturels, alors que de nombreux acteurs offrent les mêmes produits souvent bien moins chers. Ces exemples tendent à démontrer, une fois de plus, que la puissance des autres canaux de distribution est aussi déterminante, voire plus, dans le processus de vente que le prix lui-même.

Pouvoir bénéficier de tous les avantages d'une distribution par Internet sous-tend des investissements importants sur le système d'information et une adaptation tant technique que marketing aux évolutions récentes de ce canal.

Qualifié de web 2.0, la distribution par Internet est passée à une deuxième génération de sites qui change d'ores et déjà la donne. L'augmentation constante du débit disponible associée à de nouvelles approches technologiques donne naissance à des plates-formes plus intelligentes dans l'interaction entre le besoin du visiteur et l'offre proposée. La simple transposition du support papier et d'un calculateur tarifaire vers un support numérique est devenue banale. Le prix reste évidemment un élément du *marketing mix* important mais il n'est plus forcément en position dominante. Tant qu'Internet était un support privilégiant le

marketing de masse, l'approche par le prix pouvait compenser un manque d'innovation marketing. La rencontre du web 2.0 avec la capacité des systèmes de gérer des quantités de données importantes rend le consommateur encore plus exigeant. Il réclame une relation personnalisée aux antipodes d'un simple marketing segmenté. Il peut aussi faire part de son retour d'expérience sur des plates-formes dédiées. Le vieil adage qui voulait qu'« un client de perdu en entraîne dix autres dans son sillage » peut maintenant passer à un facteur 1 000 avec un effet de propagation encore plus rapide. Le produit d'assurance est avant tout une promesse. La moindre défaillance dans la chaîne conseil, vente, après-vente et gestion des sinistres peut être durement sanctionnée. Les nouveaux concurrents du portail de comparaison dominant aujourd'hui se sont engouffrés dans cette approche

pour donner une place prépondérante à la comparaison qualitative, prenant ainsi le pas sur la guerre des prix.

---

## Conclusion

---

**I**nternet a pris sa place dans le *mix marketing*, politique de produit, de prix, de promotion et de distribution. La part de marché captable par ce canal ne peut être que croissante. Pour les acteurs traditionnels, il impose une parfaite maîtrise du multicanal dans la gestion de la relation client pour pouvoir bénéficier de ce média hybride en transformation permanente. Il transforme la chaîne de valeur, ouvre la porte à de nouveaux entrants et offre des perspectives d'innovation, notamment sur le respect des valeurs sociétales des entreprises.

# INTERNET, CONCURRENT OU APPUI DES INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCES

*Marie-Pierre Victori*

*Directrice commerciale courtage Allianz-AGF*

■ L'habitude s'est prise d'opposer les réseaux dits traditionnels et les technologies dites nouvelles. De ce cliché, en grande partie erroné, est née l'idée d'une vague virtuelle allant faire disparaître à plus ou moins court terme la distribution physique. Aujourd'hui, nombre d'intermédiaires en assurances ne dépassent que difficilement cette hantise. Pourtant, l'histoire nous le montre, ils ont toujours su par le passé s'adapter aux conditions de marché et aux attentes de leurs clients en jouant sur leurs qualités propres de proximité et de conseil. Pourquoi n'en serait-il pas de même aujourd'hui ? Encore faut-il comprendre ce qui se cache derrière le vocable Internet pour savoir l'intégrer dans sa stratégie de distribution, pour savoir en faire un appui plutôt qu'un concurrent.

## ■ DOES THE INTERNET COMPETE WITH OR SUPPORT INSURANCE INTERMEDIARIES?

*There has been a tendency to regard traditional networks and new technologies as opposites. This largely mistaken cliché has arisen from the idea of a virtual wave on the point of wiping out physical distribution in the more or less short term. Nowadays, many insurance intermediaries have trouble getting over this obsessive fear, but history shows us that they have always managed to adapt to market conditions and their customers' expectations by playing on their proximity and ability to provide advice. Why should the same thing not happen today? They have to understand what the Internet is about so they can integrate it into their distribution strategy and use it as a support and not a competitor.*

« **N**ouvelles technologies ». Ce vocable, pour parler d'Internet, reste aujourd'hui un des favoris de la presse tant professionnelle que généraliste... N'est-ce pas une première erreur ou, à tout le moins, un instantané qui ne peut conduire le professionnel qu'à une vision déjà obsolète sitôt exprimée ? Regardons autour de nous - chez nous souvent - et constatons à quel point les lieux communs peuvent nous amener à des idées fausses en ce qui concerne l'impact d'Internet sur la distribution de contrats d'assurance.

---

## Chassons les idées fausses

---

**U**ne première confusion est celle de mélanger le moyen de communication et modèle de distribution. Sauf dans le cas très précis de la désintermédiation, c'est-à-dire de la distribution en direct par les sociétés d'assurances, Internet n'induit pas, par lui-même, de nouveaux modèles de distribution mais donne l'opportunité de dynamiser ceux existants et qui

constituent - et constitueront demain sans doute - l'essentiel du paysage français de la distribution de contrats d'assurance.

La seconde confusion provient du caractère trop général du terme « multicanal ». Derrière lui se cachent aussi bien, pour une société d'assurances, la volonté d'une distribution multiréseaux que, pour un réseau, la multiplicité des moyens de contacts avec ses clients : contact direct, par courrier, téléphone, Internet... Nombre d'entre elles s'appuient sur une stratégie multicanal, moins d'ailleurs pour mettre en concurrence leurs divers réseaux de distribution que pour essayer de toucher un nombre de clients plus large en leur offrant le canal d'accès qui correspondra le plus à leurs habitudes. Les statistiques montrent que les cas de concurrence inter-réseaux demeurent plus anecdotiques que fondamentaux.

Sauf naturellement dans le cas des start-up créées avec cet objectif, le direct ne représente aujourd'hui dans la stratégie multicanal des sociétés d'assurances qu'une proportion extrêmement faible de leur collecte de primes. Cette proportion ira sans doute croissant, mais il ne tient qu'aux intermédiaires de conserver voire d'augmenter leurs parts de marché.

Car Internet n'est finalement qu'un moyen de communication qui peut bénéficier à l'ensemble des modèles de distribution d'assurance, en particulier aux réseaux d'intermédiaires, généralistes ou spécialisés.

---

## Quel Internet ?

---

**P**our les intermédiaires, Internet se résume donc à un moyen d'aller plus vite, plus loin. Mais comment ? La question mérite incontestablement d'être posée, mais il convient de n'y répondre qu'après avoir réfléchi à deux préalables incontournables et communs à toutes les analyses stratégiques : il faut connaître ses atouts et les besoins de ses clients.

Ce n'est qu'ensuite qu'il deviendra possible de déterminer la stratégie Internet adaptée qui pourra,

de manière efficace, venir en appui d'une stratégie de distribution.

Pour nous essayer à une caractérisation sans doute incomplète mais qui peut avoir le mérite de la simplicité, dégageons quatre cas d'utilisation d'Internet.

Le premier cas, le plus connu sans doute, est celui où l'intermédiaire peut avoir accès via des portails Internet aux systèmes d'information des opérateurs. Ce sont les extranets de sociétés. Ces dernières y trouvent un gain d'efficacité évident. Pour les intermédiaires, le gain existe également malgré la large palette des extranets à consulter. Cette approche ne leur assure cependant un plein avantage que si leur propre système d'information bénéficie des saisies qu'ils ont effectuées, d'où le nécessaire développement des EDI (échanges de données informatiques) qui les alimentera en retour.

Dans une seconde approche, un peu inverse, les intermédiaires peuvent logiquement se demander s'il ne revient pas aux sociétés d'alimenter leurs propres extranets et de leur offrir des EDI de retour en échange... La multiplicité des intermédiaires, de leurs typologies et de leurs systèmes d'information ne plaide pas toujours en ce sens même si de bons exemples existent. Ces exemples se confinent toutefois pour la plupart à des sites qui s'adressent essentiellement à des clientèles de niche. Pourtant, relevant de la même catégorie, une alternative émerge qui, si elle tarde à arriver à maturité, offre quelques attraits. Ce sont les comparateurs. Une société tierce propose alors, moyennant finance, d'alimenter les systèmes d'information des intermédiaires des propositions et informations des sociétés.

Pour les deux autres cas, quittons le domaine des relations entre sociétés et intermédiaires pour aborder celui des relations entre intermédiaires et clients.

Soit l'intermédiaire offre un service Internet à ses clients. Les exemples sont nombreux, que cela soit pour des clientèles larges ou spécialisées, que cela soit avec un branchement direct sur les informations des sociétés ou non.

Soit le client possède son propre site Internet dans lequel sont insérées les pages « assurances » des intermédiaires. Les exemples actuels ne sont pas nombreux et plutôt réservés à une clientèle affinitaire mettant en relation société, intermédiaire, groupement et client final.

---

## Pour quel bénéfice ?

---

**C**ette simple typologie n'est en rien décisive pour déterminer sa propre stratégie Internet, pour savoir si Internet va créer de la valeur ou en détruire au sein de son entreprise. Pour aller plus loin, il faut confronter ces diverses options aux avantages concurrentiels de son entreprise. Il est impossible, dans le cadre de cet article, de mener une analyse stratégique exhaustive. Simplifions alors à nouveau pour plus de lisibilité.

Quel que soit le type d'intermédiation - agent ou courtier -, quelle que soit la clientèle cible - entreprises ou particuliers, générale ou ciblée -, il paraît évident aujourd'hui que les réseaux d'intermédiaires en assurances ne verront pas leur avenir dans la concurrence de modèles *low-cost*.

La question de leur valeur ajoutée, nécessaire justification de coûts plus élevés, devient cruciale. Cette valeur ajoutée peut provenir de plusieurs facteurs dont les plus caractéristiques nous semblent être le conseil, la personnalisation, la rapidité...

La cotation en une page, cinq questions avec conclusion du contrat par signature électronique, paiement également électronique et impression de l'attestation à domicile peut constituer en soi un objectif qui pourtant n'aura aucun intérêt, voire se révélera contre-productif, si votre modèle de distribution se base avant tout sur le conseil.

Encore une fois, même s'il porte en lui des qualités considérables de lien et d'universalité, Internet ne

reste qu'un outil et un accélérateur qui portera tout aussi bien vos ambitions de conseil que de personnalisation et de rapidité. À vous de savoir ce qui convient à votre entreprise.

---

## En guise de conclusion

---

**B**ien entendu, cet article, sans vocation encyclopédique ou stratégique, n'a d'autre but que de convaincre chaque intermédiaire en assurances qu'il possède les clés de son avenir et de son développement, à la condition de bien définir sa stratégie en fonction de ses ambitions et des moyens qu'il pourra y consacrer. Internet pourra dès lors être un formidable moteur pour son développement.

Une question cependant demeure qui agite nombre d'intermédiaires et pour laquelle Internet peut se révéler un obstacle : le nombre d'occasions de contacts entre l'intermédiaire et ses clients. Cette problématique de flux, qui bénéficie déjà aujourd'hui à d'autres modes de distribution comme la bancassurance, peut devenir à terme rédhitoire avec la dépersonnalisation qu'implique souvent Internet.

« Nouvelles technologies ». Nous balayions la locution au début de ce papier. Excessivement sans doute, car Internet peut être utilement complété par d'autres technologies pour bénéficier au mieux de sa vitesse tout en répondant au besoin de contacts, manifesté tout aussi bien par les intermédiaires que par leurs clients.

Internet c'est déjà aujourd'hui ; le couplage téléphonie-Internet, la visiophonie sur IP, l'accès multiformat aux dossiers... c'est pour demain - mais pour demain matin. Faisons alors fi de la trop tentante mais inutile querelle entre anciens et modernes. Au contraire, dépêchons-nous !

# QUAND INTERNET DEVIENDRA UN CANAL DE VENTE POUR LES ASSUREURS FRANÇAIS

*Pascal Compet*

*Directeur chez Eurogroup*

■ Les assureurs français ne sont pas encore parvenus à faire d'Internet un levier de développement alors que les offres se multiplient et que la fréquentation des sites d'assurance est en hausse. Pourtant, beaucoup d'acteurs affichent des ambitions sur Internet pour suivre ce qui est considéré par le secteur comme une tendance de fond. Si le canal Internet constitue une opportunité de développement d'activité, les risques de perturbation – cannibalisation de l'activité traditionnelle et risques d'image – freinent les initiatives. Au regard du décalage entre les ambitions et la réalité, Eurogroup considère que :

- la stratégie gagnante sur Internet procède d'une rupture avec la façon actuelle de distribuer et de gérer de l'assurance : l'observation des tendances de fond des comportements des consommateurs, des activités qui fonctionnent sur Internet et des pratiques issues des pays où l'assurance est très présente sur Internet fournissent des repères pour bâtir ces stratégies de rupture ;
- trop souvent, les assureurs ont abordé la problématique par les contraintes et les moyens (informatiques notamment) par rapport à un existant au lieu d'imaginer une vision originale du métier ;
- l'approche produit domine l'approche client sur Internet, ce qui constitue un contresens à la logique de développement.

Que l'objectif soit de fournir un support aux réseaux existants, d'en être le prolongement ou bien une alternative de développement, les stratégies Internet doivent conduire à s'interroger sur chacun des maillons de la chaîne de valeur pour que l'assuré et l'assureur tirent un avantage de l'utilisation d'Internet. Une croissance profitable sur Internet procède d'une multiplication des cibles, des produits, du raccourcissement des cycles produits, tout en maîtrisant les coûts de l'ensemble de la chaîne de valeur. L'organisation de la factorisation des moyens couplée à l'utilisation des nouvelles technologies, une industrialisation et une approche managériale adaptées permettent de relever le défi pour générer de la croissance, des volumes significatifs et des profits en assurance sur Internet.

## ■ WHEN THE INTERNET CHANNEL WILL REPRESENT A BUSINESS DEVELOPMENT OPPORTUNITY FOR FRENCH INSURERS.

*While the number of available offers and visits to insurance websites are increasing, French insurers have not yet managed to turn the Internet into a growth lever. However, many players do appear to have ambitions with regard to the Internet, in order to capitalize on what the sector considers to be an underlying trend. While the Internet channel represents a business development opportunity, companies are hindered by the risk of disruption – cannibalization of traditional business and reputational risk.*

*In light of the gap that exists between ambitions and reality, Eurogroup believes that:*

- *A winning Internet strategy flows out of a breakaway from current methods of distributing and managing insurance: reference points to help to build these breakaway strategies can be found by observing underlying trends in consumer behaviour, businesses which are succeeding on the Internet and practices in countries where insurance has a strong web presence.*
- *Insurers have too often approached the problem in terms of the constraints and resources (in particular IT-related) that exist in the present, rather than coming up with an original vision for their business.*
- *The product approach outweighs the customer approach on the Internet – a situation which runs counter to the development rationale.*

*Whether the goal is to provide support to existing networks, extend these networks or provide an alternative avenue for development, Internet strategies must lead to questions being asked about each link in the value chain, so that both insurer and insured derive benefits from using the Internet. Profitable growth on the Internet flows from increasing the number of target markets and products and shortening product life cycles, while controlling costs throughout the value chain. By componentising resources at the same time as making use of new technologies, mass processing capability and an appropriate management approach, it is possible to meet the challenge and generate growth, significant volumes and profits in insurance on the Internet.*

---

## Assurance et Internet : une exception française ?

---

**L**a distribution d'assurance par Internet se développe beaucoup plus dans l'ensemble des pays européens (y compris les pays émergents) qu'en France. Aujourd'hui, Internet représente plus de 10 % des souscriptions dans la plupart des pays - 10 % en Italie, 12 % en Allemagne et 27 % au Royaume-Uni -, alors que ce canal de vente ne représente que 3 % des affaires nouvelles en France. Un tel décalage ne s'explique pas par une différence d'usage d'Internet entre les différents pays européens. Certes, la part des achats via Internet - tous secteurs d'activité confondus - s'élève à 4 % en France alors que la moyenne européenne se situe autour de 5 à 7 %. Cependant, il existe des secteurs d'activités - voyages et culture notamment - qui se développent via ce mode de vente dans notre pays.

Une forme d'appétence des internautes peut être identifiée à l'analyse des chiffres de la fréquentation des sites des assureurs : 37 % d'augmentation de pages lues et 19 % d'augmentation des devis en ligne réalisés en 2007. Si les sites des assureurs sont consultés, ils ne parviennent pas à retenir les internautes et à concrétiser des ventes. En effet, seulement 2 % des devis réalisés conduisent à une souscription en ligne.

Selon l'étude Eurogroup - le baromètre des décideurs de l'assurance 2008 -, les acteurs rencontrés indiquent que le canal Internet va prendre une part significative de la distribution à un horizon de deux à cinq ans, en vie et IARD, estimée entre 8 et 12 % par le marché. La question ne serait plus de savoir si Internet va décoller pour l'assurance mais quand. Pour ce faire, les assureurs ont quasiment tous en préparation un projet lié à Internet, depuis l'enrichissement des sites existants (offre produit, ergonomie, fonctionnalités nouvelles) jusqu'à la création de modèles alternatifs de distribution et de gestion d'assurance.

Toutefois, des réticences sont évoquées par les acteurs. En effet, si le canal Internet constitue une opportunité de développement, des risques de perturbation de l'activité existent.

Un risque d'image, d'abord, lié à une mauvaise compréhension des couvertures souscrites qui se révélerait au moment des prestations et serait source d'insatisfaction des clients. Au regard des investissements importants en communication effectués par le secteur pour améliorer l'image des assureurs, ce sujet est particulièrement sensible aujourd'hui.

Un risque de cannibalisation de l'activité traditionnelle, ensuite, qui procéderait d'une compétition déloyale d'Internet vis-à-vis des forces de ventes physiques - agents, salariés debout ou assis. Les problématiques de gouvernance des réseaux étant particulièrement prégnantes chez la plupart des acteurs, ce risque constitue pour eux un frein important au développement du canal Internet.

---

## Les assureurs français n'ont pas été au bout de la logique Internet

---

**L**es risques invoqués par les assureurs le montrent : dans la plupart des cas, les acteurs ont transposé sur Internet des produits, des ciblage clients, des approches commerciales et des modes de fonctionnement similaires voire identiques à ceux en vigueur dans le monde physique. Les spécificités d'Internet n'ont pas souvent été prises en compte par les assureurs, qu'il s'agisse des segmentations clients, du packaging des offres qui leur sont destinées, de l'approche commerciale ou de la répartition *front-back office*.

Trop souvent, les assureurs ont abordé la problématique par les contraintes et les moyens (informatiques notamment) par rapport à un existant au lieu d'investir majoritairement sur des approches marketing innovantes et surtout adaptées à Internet.

Pour identifier les composantes d'une stratégie de développement sur Internet, l'observation des tendances de fond des comportements des consommateurs internautes, des activités qui se développent sur ce canal en France et des pratiques où l'assurance est très présente sur Internet à l'étranger fournissent des repères.

---

## Définir une nouvelle segmentation et de nouvelles pratiques de communication

---

**L**e consommateur internaute a la particularité d'être surinformé. Il a la possibilité de comparer à très grande ampleur des offres à partir des sites des assureurs et de compléter son information via des forums. L'information échangée entre internautes sur ces forums - concernant les offres d'assurance, la qualité des services voire les prix - est jugée plus crédible que la communication institutionnelle ou commerciale des assureurs. Aujourd'hui, une partie des échanges sur des problématiques assurancielles échappe à ces derniers.

Par ailleurs, Internet est un moyen de faire émerger des nouvelles formes de rencontres entre l'offre et la demande (e-Bay), de constituer des nouvelles communautés qui ne correspondent en rien à celles qui existent dans le monde physique (Facebook) et dont résulte une nouvelle relation entre le client internaute et son fournisseur (easyJet par exemple).

Tenant compte de ces potentialités et des comportements spécifiques des internautes, les assureurs vont être conduits à revoir non seulement leur communication, tant sur le fond des messages que dans les moyens de les formuler, mais également leur rôle de conseil.

Alors que l'assureur est habitué à communiquer sur des offres de masse, il va devoir préciser son approche par un marketing relationnel adressant des groupes affinitaires constitués ex ante. De fait, il va devoir adapter l'approche commerciale, le discours, les messages-clés audibles par ces groupes sur la base d'une offre produit et services repackagée en fonction des bénéfices perçus, propres à chacun d'entre eux.

Alors que les internautes se regroupent en communautés et se considèrent comme des consommateurs spécifiques – y compris dans leurs problématiques de protection –, ils demandent des réponses adaptées et

non des réponses de masse, telles que proposées dans le monde physique. Alors qu'une microsegmentation est ingérable dans le monde physique, la technologie Internet y est particulièrement bien adaptée.

---

## Observer les pratiques en France et à l'étranger

---

**D**eux grandes ruptures sont intervenues dans l'assurance française ces quarante dernières années, concernant la distribution et la gestion d'assurance.

La première, dans les années 1960, est liée à l'essor des mutuelles sans intermédiaires (MSI). Par rapport aux modèles existants à l'époque, ces nouvelles structures ont su industrialiser la totalité de la chaîne de valeur, minimiser les coûts, en particulier de distribution, via une nouvelle forme d'organisation de la vente autour de salariés ; et donc être des acteurs dont la compétitivité se traduisait notamment dans le prix. Ces acteurs représentent aujourd'hui un tiers du marché de l'assurance IARD des particuliers.

La deuxième rupture est intervenue avec la montée en puissance des bancassureurs dans les années 1980-1990. Dans ce cas également, une nouvelle forme de distribution d'assurance a été organisée en fonction du canal de vente en intensifiant l'industrialisation de la totalité de la chaîne de valeur, de la vente à la gestion de prestations. Les bancassureurs ont conquis les deux tiers du marché de l'assurance vie.

Dans ces deux cas, le métier d'assureur a été adapté en fonction des spécificités du canal de distribution. À titre d'illustration, les bancassureurs ont distribué des produits qui sont soit en relation directe avec le métier d'origine (épargne sous forme d'assurance vie), soit des produits simples (garanties accidents de la vie) ou présentés comme tels (les « tous sauf » en IARD), que des forces commerciales non spécialisées ont pu s'approprier.

Simplicité de l'offre, accessibilité et prix compétitifs semblent également les clés du succès considérable de la vente par Internet des produits d'assurance auto

et habitation au Royaume-Uni. Certes, le marché de l'assurance britannique est différent du marché français : primes moyennes élevées (des marges de manœuvre existent pour une baisse), distribution totalement désintermédiée (prégnance de la vente par téléphone avant la montée en puissance d'Internet), concurrence plus forte, absence de tacite reconduction. Les règles qui s'appliquent aux assurances IARD en Angleterre ont facilité la vente directe puis la vente par Internet. Cette évolution n'est pas reproductible à l'identique en Europe continentale.

Les assureurs britanniques vendent à grande échelle de l'assurance sur Internet pour trois raisons principalement. La première réside dans des investissements massifs pour promouvoir les offres assurancielles Internet, avec une focalisation sur une communication à résonance discount soit par ce canal, soit via des spots publicitaires télévisés. La deuxième raison du succès est liée au fait que la plupart des offres d'assurance sur Internet ont été associées à des sites marchands, générateurs de trafic. À cet égard, la grande distribution d'une part (Tesco, Sainsbury) et les banques d'autre part ont hébergé sur leurs sites des offres d'appel pour des produits d'assurance dans une stratégie de vente croisée. Enfin, le développement de comparateurs réellement indépendants des assureurs (comparethemarket.com et gocompare.com) a fortement contribué à développer le marché. Remarquons qu'à cet égard, le principal comparateur français - Assurland - n'est pas indépendant puisqu'un de ses principaux actionnaires est un assureur dont les offres font l'objet des comparaisons. Par ailleurs, il peut exister dans certains cas un décalage, notamment de prix, entre les offres affichées par le comparateur et l'offre réellement proposée lorsque le prospect se rend en agence pour finaliser sa souscription (lorsque la souscription en ligne n'est pas possible suite à l'établissement d'un devis).

Sur la base de ces constats et de ces analyses, Eurogroup considère que deux modèles de vente principaux peuvent être développés sur Internet par les assureurs. Le premier est le modèle « multicanal » construit de façon complémentaire et synergique avec

les moyens de distribution préexistants, physiques notamment. Le deuxième est le modèle *pure player*, (intervenant exclusif) construit sans proximité avec les réseaux de vente existants et qui permet de cibler des nouveaux types de clientèle (rajeunissement de portefeuilles, par exemple).

---

## Du modèle « pluricanal » au modèle « multicanal »

---

**L**a construction du modèle « multicanal » s'appuie sur une répartition évolutive des attributions respectives du canal Internet et des canaux traditionnels. Le point de départ réside dans une vitrine Internet des points de vente physiques des assureurs. C'est ce que nous appelons le « pluricanal », situation dans laquelle sont la plupart des assureurs français actuellement. Le « pluricanal » est caractérisé par une information en ligne sur l'activité, les produits et les services délivrés par les forces physiques de vente. Au mieux, des outils de mise en relation sont mis en ligne afin de conduire l'internaute vers un vendeur de l'assureur. Le « pluricanal » est une première approche de l'Internet par les assureurs, son efficacité n'est pas avérée.

Le « multicanal » est défini compte tenu des avantages relatifs des différents moyens de distribution, eux-mêmes fonction des segments de clientèle visés, de la technicité des produits et de la rentabilité économique des actes de vente. Ainsi, il n'apparaît pas économiquement rationnel que les forces de vente soient utilisées à la commercialisation de produits à faibles primes, peu techniques et dont le conseil ne contribue pas à la vente. En revanche, les univers de besoins complexes dont la réponse à composante assurancielle nécessite une analyse doivent être appréhendés avec des spécialistes de l'assurance, apportant conseil et expertise aux clients.

Cette ligne de partage fondée notamment sur la simplicité des produits nécessite de revoir l'approche marketing et la communication associée. En effet,

la plupart des produits d'assurance apparaissent complexes aux consommateurs. Dès lors, l'enjeu des assureurs pour vendre sur Internet réside dans le packaging produit et dans une communication audible par les communautés visées, de telle façon que les produits proposés sur Internet soient perçus comme simples par les acheteurs potentiels, qu'ils le soient ou non.

Enfin, il existe probablement des leviers pour baisser le prix de l'assurance sur Internet afin de constituer des offres attractives à forte visibilité, sans remettre en cause la rentabilité de l'activité.

Le premier réside dans l'offre de produits de base monogarantie, en laissant le choix à l'internaute de souscrire ou non des garanties associées à la garantie principale. Cette technique est utilisée par exemple dans le transport aérien (easyJet) où l'offre de base peut être complétée à la demande (supplément bagages, option pour limiter son temps d'attente, option pour avoir une place près d'un hublot...).

Le deuxième levier permettant de diminuer les prix d'appel réside dans la diminution des niveaux de garantie. Il n'est pas rare que les assureurs britanniques communiquent sur des offres d'appel en prévoyance à quelques livres sterling par mois. Là encore, l'internaute, au-delà de cette offre, a le choix de souscrire des niveaux de garantie supérieurs à ceux des offres d'appel, avec des niveaux de primes équivalents à ceux des produits proposés par les réseaux traditionnels.

---

## Des spécificités du modèle *pure-player* sur Internet

---

**L**a principale problématique des modèles *pure-players* est la génération de trafic vers les sites d'assurance. En effet, les relations entre un assureur et un assuré sont peu fréquentes. Les internautes ont peu de raisons d'aller consulter des sites d'assurance dans un contexte où les périodes de couverture sont annuelles et où la plupart des contrats sont à tacite reconduction. L'assurance n'est

probablement pas en tant que telle un sujet qui suscite l'intérêt du plus grand nombre d'internautes.

En revanche, l'assurance devient une préoccupation dès lors qu'un certain nombre d'événements surviennent, qu'ils soient propres aux consommateurs - achat ou financement d'un bien qui sera assuré, changement de configuration familiale, évolution patrimoniale - ou exogènes, c'est-à-dire procédant d'un changement de contexte économique ou social (crise financière par exemple) renforçant la sensibilité au risque des consommateurs et donc leurs besoins d'assurance.

L'enjeu des assureurs, dans le cadre de ce modèle, est d'identifier les sites Internet marchands ou non générant un trafic d'internautes qui peuvent, à un moment de leur parcours sur ces sites, avoir une préoccupation dont une réponse peut être l'assurance. Ces sites identifiés, les assureurs doivent leur proposer un modèle de partenariat suffisamment attractif, notamment en termes de rémunération de ce qui pourrait être considéré comme un apporteur d'affaires.

Ces modèles existent actuellement, les assureurs qui les mettent en œuvre se développent à un rythme accéléré.

En assurance vie d'abord, où Generali et Suravenir (Crédit Mutuel) ont su associer des sites de vente de contrats d'assurance vie à des sites boursiers, informationnels et marchands (Boursorama et Fortuneo). Ces assureurs ont un positionnement via ces sites tout à fait spécifique : un ciblage très clair auprès de consommateurs très avancés dans la compréhension des mécanismes financiers et des produits - ou qui se considèrent comme tels -, très sensibles au prix des services. Les offres d'assurance vie sur ces sites sont complètes (beaucoup de fonds, d'options de gestion) et la communication se focalise sur des frais d'entrée à 0 %, qui marquent une rupture par rapport aux pratiques de la place.

En assurance non vie ensuite, où il est courant qu'à l'issue d'un acte d'achat d'un voyage ou d'un bien sur Internet, une protection soit proposée. Le succès procède d'une excellente adéquation entre le

besoin et la proposition d'assurance, de la simplicité de la couverture et de la souscription (il suffit de cocher une case) et d'un prix relativement bas au regard de la dépense globale de l'internaute. Certes, actuellement, seuls des marchés de niche sont investis par les assureurs. En prolongeant ce raisonnement, il doit être possible d'intégrer des approches commerciales assurancielles dans un cadre plus large où l'assurance n'est pas l'objet principal de l'achat sur Internet mais une conséquence. Ainsi, L'assurance ne constitue pas, sauf exception, un sujet autonome de consultation sur Internet. A l'exemple du monde physique, elle se positionne comme une des composantes de la réponse aux besoins d'ensemble des internautes.

## Conclusion

**I**l existe sur Internet de nombreuses voies qui n'ont pas encore été explorées par les assureurs. Toutes les initiatives ne seront pas couronnées de succès car le marché est naissant. Le succès viendra en procédant par essais et par erreurs, sur la base d'approches innovantes tenant compte des spécificités de ce canal de distribution. Les assureurs ne feront pas le marché sur Internet, ils devront s'y adapter. Et, comme toujours, il y aura une prime aux premiers entrants.

# L'ASSURANCE EN LIGNE, QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE ?

*Isabelle Renard*

*Avocat associée, Vaughan Avocats*

*Docteur ingénieur*

■ La vente en ligne de produits d'assurance connaît un développement important. Mais ce nouveau canal de distribution est-il comparable au face-à-face entre le professionnel et l'assuré ? L'analyse de l'offre en ligne révèle des différences fondamentales dans la façon dont s'exerce le devoir d'information et de conseil du professionnel. L'autre nouveauté de la vente en ligne tient au nombre considérable d'informations personnelles qui sont collectées et aux interrogations que l'on peut nourrir sur l'usage qui en est fait.

**L**e Français, de plus en plus, achète en ligne. D'après les chiffres publiés par Médiamétrie au troisième trimestre 2007, 66 % des internautes français sont des cyberconsommateurs, avec une tendance à la hausse due à une confiance de mieux en mieux établie dans la sécurité des paiements en ligne.

Contrairement à une idée répandue, ces achats ne sont pas impulsifs. Internet permet de comparer les offres en restant assis devant son écran. Près de la moitié des internautes visitent en moyenne trois sites avant d'acheter. Les sites de comparaison rencontrent

## ■ **ONLINE INSURANCE: WHAT'S CHANGED?**

*The sale of insurance products online is growing in leaps and bounds. But can this new distribution channel be compared with face to face meetings between the professional and the insured? An analysis of online selling reveals fundamental differences in how the duty to provide information and provide professional advice is handled. The other novelty of online selling concerns the large amount of personal information collected and the questions harboured regarding the use to which it is put.*

un énorme succès dans les domaines où les produits sont standards et la concurrence féroce : pour l'essentiel le voyage, les produits high-tech, les meubles et l'électroménager.

Et puis il y a des produits pour lesquels l'internaute se renseigne, compare, mais n'achète pas encore volontiers en ligne. C'est le cas des produits financiers et de l'assurance, qui ne sont que depuis peu disponibles en ligne de bout en bout. Mais les mentalités évoluent rapidement, et le succès de ce nouveau canal de distribution ne va pas sans poser quelques questions.

---

## L'assurance en ligne : quelle offre ?

---

**N**ous nous sommes livrés à l'exercice qui consiste à taper les mots-clés « achat assurance en ligne » sur le moteur de recherche Google®. Sont apparus en tête de liste, donc par fréquentation décroissante, et hors liens commerciaux :

- plusieurs sites de vente d'assurance automobile ;
- un comparateur d'assurances et de crédits tous azimuts : assurance de personnes, assurance de biens (moto, auto, habitation), assurance prêt, assurance vie, assurance scolaire, accidents de la vie, perte d'emploi, etc. ;
- un site proposant l'achat de fichiers de démarchage comprenant 2 millions d'adresses et 700 000 numéros de téléphone de prospects éventuels classés en fonction de leur typologie : CSP, situation familiale, propriétaire ou locataire, nombre d'enfants, âge, sexe, automobiliste ou motard ;
- un « guide d'achat » des assurances en ligne : auto, moto, immobilier, santé.

Ce résultat tend à montrer que c'est vraisemblablement l'assurance automobile ou moto qui est le plus souvent achetée en ligne, et que les comparateurs d'offres d'assurance sont très consultés.

Allant un peu plus loin dans l'analyse des offres, on découvre qu'à côté du prix - qui se doit d'être attractif -, c'est le facteur temps qui constitue l'incitation la plus pressante faite à l'internaute : « assurez vous avec X en moins de 5 minutes ! » (assurance auto). Tel courtier promet de vous informer sur les garanties et les tarifs de plus de quinze compagnies en « quelques minutes ».

L'achat en ligne de produits d'assurance suppose que le souscripteur potentiel fournisse de nombreuses informations sur sa situation personnelle, dont l'usage par le professionnel après la visite du site, même si aucun achat n'a été réalisé, ne saute pas aux

yeux. Certains comparateurs d'offres utilisent d'ailleurs ouvertement ces informations pour en faire des fichiers prospects qu'ils revendent.

De cette recherche sur les offres de contrats d'assurance proposés en ligne émergent deux pistes de réflexion quant aux changements apportés par la vente en ligne par rapport au face-à-face traditionnel.

La première tient à la présence obsédante du « gain de temps », utilisé sur la plupart des sites de vente en ligne comme un argument de vente prépondérant. Mais comment peut-on sérieusement souscrire en cinq minutes une assurance auto tout en ayant reçu l'information et le conseil nécessaires, et lu de A à Z les conditions générales et particulières de la police ? En d'autres termes, que devient sur Internet le sacro-saint devoir d'information et de conseil de l'assureur ?

La seconde tient à une sourde inquiétude quant au sort qui est fait des informations très personnelles que nous avons livrées au bienveillant questionneur de la Toile. Les garde-t-il par-devers lui ? Dans quelle mesure les obligations de la législation protégeant les données personnelles sont-elles connues et respectées par les professionnels de l'assurance en ligne ?

---

## Le devoir d'information et de conseil

---

**L'**obligation d'information et de conseil constitue un devoir essentiel de la part de l'assureur à l'égard de toute personne qui souhaite souscrire un contrat d'assurance.

Le devoir de conseil, destiné à guider le client dans son choix, est un devoir noble, qui suppose nécessairement une appréciation d'opportunité. D'après M. de Saint Affrique, il s'agit de « chercher à savoir », « faire savoir » et « savoir guider ».

L'obligation d'information se limite quant à elle à la description objective du produit proposé, et trouve son fondement dans l'article L112-2 du Code des assurances.

La jurisprudence accorde le plus souvent peu d'importance à cette distinction, et parle indifféremment d'obligation d'information et de devoir de conseil.

Sont tenus du devoir de conseil, à des degrés divers, le courtier, l'agent général et la société d'assurances. Le courtier, « guide sûr et conseiller expérimenté », est lié au client par un contrat de mandat et doit faire preuve à son égard d'une particulière loyauté. L'agent général, mandataire de la société, doit seulement au client une juste information sur l'étendue des garanties et les conditions du contrat d'assurance. Quant à la société d'assurances, elle est directement soumise au devoir de conseil vis-à-vis du candidat à l'assurance, et elle est responsable du fait de ses agents généraux et de ses salariés. Les non-professionnels de l'assurance, c'est-à-dire ceux qui n'exercent pas cette profession à titre habituel, sont également astreints au devoir de conseil.

Lors du choix du contrat, l'assureur doit fournir une fiche d'information sur le prix et les garanties. L'assureur doit également remettre le projet de contrat et ses pièces annexes ou une notice d'information décrivant les garanties et les obligations de l'assuré. Enfin, une information doit être délivrée sur la loi applicable au contrat quand ce n'est pas la loi française.

C'est à l'assureur de prouver qu'il a effectivement communiqué ces informations à l'assuré. Par souci de simplification de l'administration de la preuve, l'article R-112-3 du Code des assurances pose le principe selon lequel cette preuve est rapportée par l'apposition au bas de la police d'une mention signée et datée du souscripteur « *par laquelle celui-ci reconnaît avoir reçu au préalable ces documents et précisant leur nature et la date de leur remise* ».

S'agissant des contrats d'assurance vie, le devoir d'information et de conseil est plus étendu. La proposition d'assurance doit indiquer le montant de la valeur de rachat et comprendre un projet de lettre de renonciation. Le professionnel doit remettre au

souscripteur, contre récépissé, une note d'information sur les dispositions essentielles du contrat, sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation, ainsi que sur le sort de la garantie décès en cas d'exercice de cette faculté de renonciation. Le professionnel doit aussi attirer l'attention du candidat sur certains points (par exemple, risque d'indisponibilité des fonds en cas d'acceptation par le bénéficiaire). Le professionnel doit enfin s'assurer que le contrat est adapté à la situation patrimoniale et personnelle de l'assuré, dès sa souscription et pendant toute la phase de sa gestion. La tendance de nos gouvernants - sur fond de crise - est au renforcement de cette obligation puisque la loi de modernisation de l'économie 2008 impliquera pour tous les professionnels le respect d'un devoir de conseil quelle que soit la nature de l'investissement proposé - produits financiers ou assurance vie.

---

## L'environnement juridique

---

**E**n Europe, les services financiers ont été dans un premier temps exclus du champ de la directive générale relative à la protection des consommateurs en matière de contrats à distance.

Cette situation ne pouvait être que provisoire car les services financiers, de par leur nature immatérielle, se prêtent parfaitement bien à la vente en ligne : l'offre peut être placée sur un site web, conclue par voie électronique, et le paiement peut également avoir lieu en ligne. Les établissements financiers n'ont pas tardé à exploiter toutes les ressources de la stratégie du multicanal, qui permet de toucher une clientèle bien plus étendue que l'approche en agence.

Si le droit a montré quelque lenteur à élaborer un cadre susceptible de répondre aux attentes des professionnels du secteur, c'est parce que les services financiers sont plus complexes à vendre que les disques, les livres ou tous les autres biens de consommation. Il s'agissait de transposer le face-à-face entre personnes, supposé apporter au souscripteur toutes garanties notamment au regard du devoir d'information et de conseil de

l'assureur, en un face-à-face entre l'internaute et son écran.

La brèche fut finalement ouverte en Europe avec la directive 2002/65/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 concernant la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs (« Directive services financiers »). La directive balaye large puisque par service financier elle entend « *tout service ayant trait à la banque, au crédit, à l'assurance, aux retraites individuelles, aux investissements et aux paiements* ».

La Directive service financiers vise toutes les techniques de communication à distance, comprenant notamment le téléphone et l'Internet. Elle s'applique dès lors que *toutes* les étapes de la transaction sont réalisées à distance : « *les contrats à distance sont donc ceux dont l'offre, la négociation et la conclusion sont effectuées à distance* ».

Un des apports majeurs de cette directive consiste en une description précise et détaillée de l'obligation d'information mise à la charge du professionnel, concernant tant l'identification de ce dernier et la description du service financier proposé que le droit de rétractation et les recours.

Enfin, la directive comprend en son article 15 des dispositions spécifiques relatives à la preuve du respect de ses obligations d'information par le professionnel, qui n'ont pas été reprises dans la transposition du texte en droit français par l'ordonnance 2005-648 du 6 juin 2005 :

*« Sans préjudice de l'article 7, paragraphe 3, les États membres peuvent prévoir que la charge de la preuve du respect des obligations d'information du consommateur imposées au fournisseur, ainsi que du consentement du consommateur à la conclusion du contrat et, le cas échéant, à son exécution, peut incomber au fournisseur.*

*Toute clause contractuelle prévoyant que la charge de la preuve du respect par le fournisseur de tout ou partie des obligations que lui impose la présente directive incombe au consommateur est une clause abusive au sens de la directive 93/13/CEE du Conseil du 5 avril 1993*

*concernant les clauses abusives dans les contrats conclus avec les consommateurs. »*

C'est en effet sur le terrain de la preuve que se situe tout l'enjeu du respect par le professionnel de son devoir d'information et de conseil. À cet égard, la vente en ligne ouvre des perspectives nouvelles.

---

## Application effective du devoir d'information

---

**N**otre propos n'est pas d'opérer un comparatif critique détaillé des modalités adoptées par les fournisseurs d'assurance en ligne pour respecter leurs obligations d'information au regard de la législation applicable. Plus intéressantes nous paraissent être les questions de l'effectivité de cette information et de la preuve du respect de celle-ci par le professionnel.

Lors d'une vente traditionnelle de produit d'assurance en face-à-face, il existe un décalage entre la théorie et la pratique. En théorie, le devoir d'information et de conseil est un devoir sacré, et chaque professionnel se doit de « chercher à savoir », « faire savoir » et « savoir guider » dans le cadre d'un dialogue avec le futur assuré. En pratique, ce fructueux dialogue est parfois réduit à sa portion congrue et le droit des assurances, avec un pragmatisme quelque peu cynique, considère que l'obligation d'information est réputée remplie dès lors que le souscripteur a apposé une mention au bas de la police (article R112-3 du Code des assurances).

Foin d'hypocrisie. La grande majorité des candidats à l'assurance ne lit pas les documents qui lui sont soumis, et peu de professionnels s'astreignent à leur en faire un commentaire illustré, du moins s'agissant des produits hors assurance vie. Cette situation de « mésinformation » se rencontre de façon systématique dans les relations entre les professionnels et les consommateurs, mais son enjeu est crucial dans le domaine de l'assurance et, plus généralement, des

services financiers. En cas de litige entre l'assureur et l'assuré, le nœud du problème se situera au niveau de la preuve du respect par l'assureur de l'obligation d'information et de conseil dans son sens noble, c'est-à-dire non seulement la preuve de la remise du document mais de l'existence de ce fameux dialogue sans lequel le « chercher à savoir », le « faire savoir » et le « savoir guider » ne peuvent exister. Or, c'est une preuve impossible à rapporter. Il était donc commode de poser une présomption légale qui allait, par un de ces effets diaboliques dont notre législation consumériste est friande, se retourner directement contre celui qu'elle était censée protéger. Dans la grande majorité des litiges où l'assureur refuse sa garantie à raison du non-respect par l'assuré d'une des conditions de cette garantie, l'assuré aura beau dire qu'il ne savait pas, il sera débouté ; car il aurait dû lire ces quelques pages sur lesquelles il a imprudemment apposé son paraphe, et nul ne saura jamais si celui qui lui a vendu son assurance l'avait ou non prévenu de l'existence de ces conditions et des conséquences qui en résulteraient en cas de non-respect.

Que devient tout cela lors d'une vente qui se déroule de bout en bout à distance ? Sur Internet, il n'y a personne en face, du moins pas encore. Le processus de vente se déroule de façon mécanique, selon des schémas préétablis alternant questions et réponses, et l'information requise est systématiquement présentée au moment adéquat.

S'agissant par exemple de la souscription d'assurance vie en ligne, contrat pour lequel le devoir d'information et de conseil est le plus fort, certains sites se vantent qu'en cinq minutes départ-arrêté, l'internaute aura déterminé son profil d'investisseur, téléchargé et validé la note d'information valant conditions générales (qu'il suffit de télécharger - sans la lire - pour pouvoir cocher la case indiquant qu'elle a été validée) et cliqué sur le bouton idoine pour souscrire son contrat. A priori choquant, mais parfaitement légal. Rien n'interdit au professionnel d'appâter le chaland en lui faisant accroire qu'il va « gagner du temps », obligation suprême du citoyen moderne. Mais rien n'oblige non plus le chaland à aller aussi vite, et c'est là que réside toute l'astuce du dispositif.

La vente sur Internet est, par construction même, un processus solitaire, dont le déroulement dépend exclusivement de l'internaute. Lorsque l'application mise en œuvre par le professionnel a atteint le moment du processus de vente où elle doit informer, elle informe, sans état d'âme et autant de fois qu'on le souhaitera. La preuve de cette information est d'une grande facilité à rapporter par le professionnel, pour peu qu'il ait pris soin de mettre en œuvre un procédé technique permettant d'archiver de façon fiable et opposable aux tiers le processus de vente qui a été suivi lors de chaque opération. L'effectivité de l'information délivrée ne dépend que du bon vouloir de l'internaute. S'il est sérieux, il aura lu les informations qui lui sont proposées, et le cas échéant téléphoné au numéro d'appel indiqué sur le site afin d'obtenir des éclaircissements. S'il est pressé, ou très sûr de lui, ou imprudent, il n'aura rien lu du tout, cliqué sur tout, et souscrit un contrat dont il ne connaîtra pas les enjeux.

C'est au bout du compte dans la liberté laissée au futur souscripteur que se loge la différence fondamentale entre la vente en face-à-face et la vente en ligne au regard de l'obligation d'information et de conseil du professionnel.

Dans la vente en face-à-face, l'effectivité du conseil dépend du professionnel. C'est lui qui, de façon active, doit se documenter sur les besoins du client, le faire parler, l'écouter, le conseiller avant de lui proposer une offre adaptée. Dans la vente en ligne, l'effectivité du conseil dépend de l'internaute. S'il suit les étapes qui lui sont proposées, s'il sait lire, s'il a la capacité de comprendre l'information qui lui est fournie, il sera parfaitement renseigné. Si tel n'est pas le cas, il n'aura aucun recours à attendre du juge dès lors que le professionnel apportera la preuve que toutes les étapes nécessaires étaient prévues sur son site.

Cette responsabilité personnelle est une caractéristique prégnante de l'Internet et du web en général. Dans sa solitude, l'internaute devient plus responsable de ses actes que dans une situation sociale classique, car il n'a aucune contrepartie humaine susceptible d'appréhender et de modérer de façon immédiate son

comportement, ou de détecter l'anormalité de celui-ci au travers d'un ressenti émotionnel. L'appréciation de la régularité du processus de vente devient dès lors purement quantitative et factuelle, la preuve du respect de leur obligation d'information et de conseil par les professionnels étant apportée sur un tapis rouge par le processus informatique de la vente en ligne.

Si l'application de vente en ligne est bien conçue, en cas de litige le professionnel pourra rapporter la preuve que l'ensemble des étapes par lesquelles a dû nécessairement passer l'internaute avant de conclure, notamment les étapes d'information, ont été respectées. La réclamation du client fondée sur le non-respect par le professionnel de son devoir d'information et de conseil aura peu de chance d'aboutir, d'autant plus qu'en réalité, l'internaute ne subit pas la pression du temps. En dépit des alléchantes promesses de boucler l'affaire en cinq minutes, il peut y passer une heure s'il le souhaite, prendre tout son temps pour lire la notice d'information qu'il a imprimée, et même téléphoner à un conseiller s'il a besoin de précisions. Qui, dans ces conditions, oserait prétendre que les professionnels de l'assurance en ligne ne respectent pas leur devoir d'information et de conseil ?

## Assurance en ligne et respect de la vie privée

### ■ La foire aux données personnelles

La prolifération des offres d'assurance sur Internet a pour corollaire une augmentation considérable du nombre des données collectées sur les candidats à l'assurance. Ce sont, par définition, des données privées très caractéristiques de la vie personnelle de chacun. Il est indispensable de les fournir avant toute proposition d'offre, ce qui est normal. Ce qui l'est moins est l'incertitude qui plane sur leur réutilisation par le professionnel qui les a collectées.

Sans rentrer dans le détail d'une législation complexe

et passablement touffue, rappelons que la protection des données nominatives fait l'objet d'une législation européenne transposée en France par la loi n° 78-17 dite « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978.

Cette loi n'est pas ignorée des professionnels du secteur. Tous lui consacrent une page de leur site, raisonnablement bien conçue, la plupart du temps discrètement accessible au travers de l'onglet « mentions légales ». Autrement dit, il faut avoir l'esprit curieux pour dégoter dans cet endroit peu visible les mentions d'information obligatoires. Ceci dit, ce manque de transparence n'est pas spécifiquement sanctionné par la Cnil.

## Doute sur la finalité du traitement

Une des obligations fondamentales des responsables du traitement de données personnelles développées par la loi Informatique et libertés - qui est aussi une de celles à laquelle la Cnil est le plus farouchement attachée - est le respect de la finalité du traitement.

Que faut-il entendre par là ? Pour l'internaute, la finalité du traitement des données qu'il fournit sur le site du professionnel en se soumettant à son questionnaire est que ledit professionnel dispose des informations nécessaires pour lui proposer le produit le mieux adapté à ses besoins. Mais pour le professionnel, la finalité du traitement n'est pas seulement celle-ci. Elle est également de conserver ces informations aux fins soit de les réutiliser pour des prospections commerciales ultérieures, soit de les vendre à ceux qui font commerce des fichiers de prospects. On peut le comprendre, puisque c'est un des grands intérêts de la vente en ligne que de pouvoir conserver des traces de toutes les actions effectuées par l'internaute.

Mais cette finalité ne doit pas être cachée. La loi impose que la finalité d'un traitement soit portée à la connaissance de la personne qui confie ses données.

C'est effectivement le cas sur les sites de vente d'assurance en ligne, car sur la page - pas très visible - consacrée aux données personnelles, il est bien mentionné que, sauf opposition, les données collectées pourront être transmises à des tiers ou à des sociétés du groupe à des fins de prospection commerciale.

L'honneur est sauf et la loi est respectée. Sous réserve toutefois que la faculté d'opposition soit effective. Et sous réserve que la finalité déclarée soit respectée et que les informations très personnelles qui ont été collectées ne soient pas transmises à des tiers à d'autres fins que la prospection pour la vente de produits financiers.

Le fait que la question des données personnelles soit reléguée dans un recoin peu attrayant du site nourrit nécessairement le doute à cet égard, et ce doute ne profite pas à des professionnels dont l'image est avant tout une image de confiance. Il faudrait prendre garde que cette appétence démesurée pour les données personnelles du « prospect » ne finisse pas par laisser ces derniers, voire la Cnil.

## En conclusion

**A** l'issue de cette rapide étude, il apparaît qu'une des caractéristiques inhérentes à l'Internet, qui est la capacité de tracer toutes les actions de l'internaute sur la Toile, conduit à deux conséquences inverses quant aux bénéfiques que les professionnels peuvent attendre du développement de la souscription en ligne des produits d'assurance.

Pour ce qui concerne la conséquence bénéfique, il apparaît que la traçabilité, combinée à la liberté laissée à l'internaute dans le cadre du processus de souscription en ligne, permet à l'assureur de prouver de façon irréfutable qu'il a fourni l'ensemble des informations dont il était légalement redevable.

Cette même traçabilité laisse en revanche le doute planer quant au bon usage qui est fait des données personnelles collectées lors des réponses par les internautes aux questionnaires, doute qu'il serait bon de dissiper pour permettre un développement harmonieux de la vente en ligne.

# LES COURTIERS GROSSISTES SOUSCRIPTEURS : UN MODÈLE PÉRENNE GRÂCE À L'INNOVATION ET À L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

*Georges-Henri Levy*

*Direction générale Groupe Molitor*

*Astrid Cambournac*

*Responsable Département marketing Groupe Molitor*

*Laurent Ouazana*

*Direction générale Cypres vie*

■ Le modèle courtier grossiste est antérieur aux années 1980 et a été développé principalement, à l'origine, sur des produits IARD. Par la suite, les stratégies des sociétés d'assurances, et en particulier leur regroupement, ont eu notamment pour conséquence de favoriser l'émergence de produits d'assurance de « niche », commercialisés par des courtiers qui ne trouvaient pas sur le marché la satisfaction de besoins évolutifs de leurs clients, à des tarifs adaptés.

Par ailleurs, les très fortes évolutions technologiques ont sensiblement réduit les coûts d'accès et d'échanges d'informations vers les courtiers de proximité et leurs clients.

En outre, les supports, les outils et les progrès des NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) ont accentué la forte réactivité des structures légères des courtiers grossistes, face aux structures plus établies des sociétés d'assurances, dont les chaînes de traitement et processus de gestion sont plus figés du fait de leur taille.

## ■ SUBSCRIBER WHOLESAL BROKERS: A TIMELESS MODEL OWING TO INNOVATION AND THE USE OF NEW TECHNOLOGIES

*The wholesale broker model dates from before the 1980s and was originally developed mainly for general insurance products. Later, insurance companies' strategies – particularly their consolidation – have had the notable effect of favouring the emergence of niche insurance products, marketed by brokers who found that their customers' changing needs were not being satisfied, at appropriate prices.*

*Moreover, technological advances have substantially reduced the costs of access and of exchanging information in favour of local brokers and their customers.*

*In addition, new information and communication technologies have advanced in terms of supports and tools so that they can respond ever more quickly to the light structures of wholesale brokers, compared to the more established structures of insurance companies, whose processing chains and management procedures are more rigid on account of their size.*

Déjà dans les années 1970 sont apparus des acteurs complémentaires aux sociétés d'assurances – les agents souscripteurs – dans le domaine du risque d'entreprise IARD (exemple : Saltiel, Barthélémy, Royal, Sprinks...), dont le rôle était d'apporter des capacités d'assurance et de développer des produits auprès de courtiers, sous le couvert de leur compagnie mandante installée à l'étranger (Angleterre, Belgique...), et de gérer l'ensemble des activités sous leur propre marque. Ils ont donc joué un rôle important dans la souscription de couvertures innovantes et compétitives, complétant le champ d'intervention traditionnel des assureurs français, sans bénéficier d'appuis technologiques.

Aujourd'hui, les nouvelles règles communautaires de libre prestation de service, ainsi que le regroupement des sociétés d'assurances augmentant de fait leur capacité de couverture, ont fait disparaître ces agents souscripteurs, qui ont été rachetés par les sociétés d'assurances.

Par analogie, dans les années 1980, la concentration des sociétés d'assurances a conduit à des manques de réponse aux attentes du consommateur, à une inadaptation de certaines offres accessoires au regard de l'ensemble de l'activité des sociétés, et d'une manière générale à des insuffisances en matière de prise en charge des problématiques de gestion des consommateurs et des courtiers de proximité.

Dès lors, elles n'ont eu comme préoccupations fortes que la rentabilité et la réduction des coûts, compte tenu des harmonisations nécessaires et légitimes des systèmes informatiques, des gammes de produits et des équipes de gestion. Ceci s'est traduit par des restrictions dans la formation des courtiers, voire, plus brutalement, par des fermetures de codes courtage non rentables concernant de nombreux courtiers de proximité.

Ainsi, la faible accessibilité en termes de couverture, la complexité de conception des produits, le manque d'industrialisation des services et un manque d'innovations, tant en matière de produit que de technologie, ont fait émerger de nouveaux acteurs

capables de répondre aux attentes des consommateurs dans des domaines spécifiques, tels que les produits de niche ou les groupes ouverts. Certains courtiers, cherchant à satisfaire les exigences spécifiques de leurs clients, ont ainsi commencé à regrouper des personnes ayant le même besoin, pour négocier des contrats « groupes ouverts » auprès des organismes d'assurances. Par la suite, certains de ces courtiers ont fait bénéficier leurs confrères de ces contrats « groupes ouverts » en partageant la rémunération octroyée par l'assureur.

Plus récemment, l'industrialisation de ces pratiques et le développement des NTIC ont permis de diminuer les coûts de gestion et d'échange de données et ont facilité le développement du nouveau modèle, le « courtage grossiste ». Ce modèle a répondu à un triple besoin :

- vis-à-vis des consommateurs : un rôle social qui a permis l'accès à des solutions d'assurance délaissées par les organismes assureurs traditionnels (malusés automobile, risques aggravés en emprunteur...);
- vis-à-vis des courtiers : un rôle économique qui a permis de pérenniser l'existence de courtiers de proximité qui n'avaient plus ni fournisseurs ni réponses à donner aux nouveaux besoins des consommateurs;
- vis-à-vis des assureurs : un rôle technique qui a permis de mutualiser des risques complexes par l'apport de volumes significatifs et assurables.

Autant de risques jugés par les organismes assureurs comme trop exposés ou non significatifs et difficilement mutualisables. Le modèle grossiste a donc été progressivement intégré au marché de l'assurance et, grâce aux nouvelles technologies, a modifié l'organisation de la relation et la répartition des tâches entre les différents acteurs de la distribution traditionnelle.

Ce concept a fait l'objet d'une réflexion importante au sein de cette profession pour donner naissance à un syndicat (Syndicat 10), dont l'objectif est de promouvoir et valoriser le métier de courtier grossiste souscripteur et de mettre en avant la pérennité du modèle grâce à son innovation en matière de produits, de services et de nouvelles technologies utilisées.

## Le modèle grossiste et l'innovation technologique

**L**e courtier grossiste se charge en effet de l'interface entre les organismes assureurs et les courtiers distributeurs en :

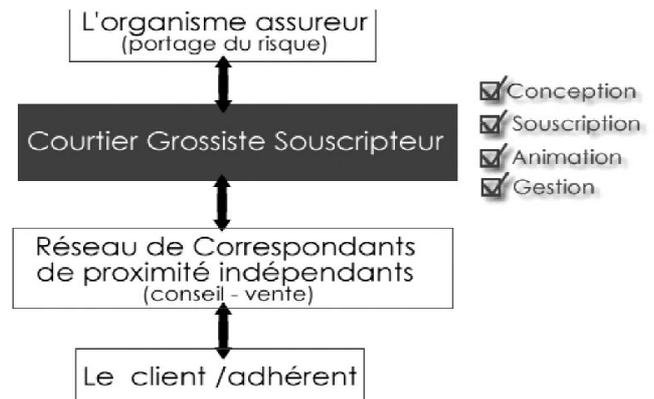
- concevant des produits d'assurance innovants et/ou ciblés sur des clientèles et des marchés spécifiques : l'assurance du risque de chasse, les risques aggravés en assurance automobile, les risques aggravés en assurance de prévoyance, l'assurance construction, l'assurance des loyers impayés, l'assurance chien et chat, etc. ;
- plaçant ces produits auprès d'organismes assureurs ;
- constituant, organisant et animant un réseau de distribution composé de courtiers conseils de proximité, sélectionnés en fonction de critères qualitatifs, ceux-ci étant en relation directe avec les consommateurs ;
- mettant à la disposition dudit réseau des moyens techniques, de marketing et d'aide à la vente simples et performants, tels que des extranet de consultation de portefeuille ou des outils de tarification en ligne ;
- gérant, en tout ou partie, par délégation de l'organisme assureur, les contrats et les sinistres ;
- garantissant des tailles de portefeuille suffisantes pour mutualiser les risques ;
- veillant à assurer l'équilibre technique du portefeuille, constitué et développé par un pilotage permanent des comptes techniques, conjointement avec les preneurs de risques.

La création du modèle s'est essentiellement développée autour de trois axes majeurs :

- le développement des NTIC, tant dans le cadre de l'adhésion, du marketing d'animation, que de la communication auprès des réseaux de courtiers conseils de proximité et de leurs clients ;
- un service client de qualité ;
- l'industrialisation des processus de gestion conduisant à des couvertures très simplifiées, mais pouvant être complexes dans leur mise en œuvre technologique.

Contrairement à l'activité « grossiste » qui existe

dans d'autres secteurs économiques (industrie textile, alimentaire, agricole...), l'activité grossiste en assurance, comme celle du voyage, nécessite des investissements importants en termes de nouvelles technologies à toutes les étapes de la chaîne de distribution, qui devient ainsi, dans ce schéma, quadripartite



L'utilisation par le courtier grossiste des nouvelles technologies permet de répondre à tous les intervenants dans l'opération d'assurance :

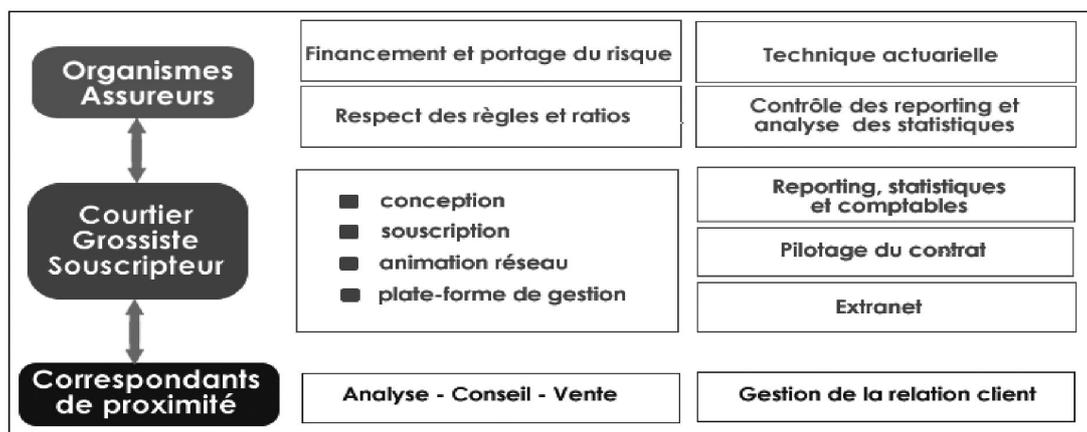
- extranet client final ;
- extranet courtier conseil ;
- EDI avec les organismes assureurs.

## La place des grossistes dans la distribution de l'assurance

**E**n pratique, le courtier grossiste souscripteur élabore et conçoit un contrat d'assurance qu'il place auprès d'un organisme assureur. Ce contrat cadre, qui définit les modalités d'application de la garantie d'assurance, est souscrit :

- soit directement par le courtier grossiste ;
- soit par une association, qui mandate le courtier grossiste pour gérer le contrat, et dont les membres ont adhéré par l'intermédiaire du réseau de distribution du courtier grossiste.

Les garanties sont présentées par les courtiers conseils de proximité aux consommateurs qui adhèrent à ce contrat cadre.



## Le modèle grossiste : un modèle pérenne grâce à l'innovation et aux NTIC

**N**i porteurs de risques, ni courtiers traditionnels, les courtiers grossistes, non mandataires du consommateur, revendent la reconnaissance de leur rôle spécifique générant de réelles valeurs ajoutées marquées par :

- un positionnement de véritables facilitateurs du développement de leur secteur professionnel grâce à :
  - une profonde connaissance des métiers d'assurance et du courtage ;
  - une capacité reconnue à mettre à disposition des courtiers conseils de proximité des moyens techniques et marketing performants et simples ;
  - une capacité à gérer, par délégation des porteurs de risques, au meilleur coût, induit par les nouveaux concepts technologiques ;
- un rôle d'acteurs moteurs d'innovation, tant en termes de produits que de services, dans l'intérêt du consommateur et dans le respect des équilibres techniques indispensables à la pérennité des garanties ;
- une faculté à animer et à sélectionner de larges réseaux d'intermédiaires d'assurances et ce dans le respect des règles déontologiques de la profession.

La pérennité du modèle et son potentiel de développement résident en grande partie dans les innovations produites que les courtiers grossistes peuvent déployer et dans l'avancée technique et technologique. La principale activité du courtier grossiste réside donc dans la mise à disposition de ses courtiers conseils de proximité partenaires de produits gérés avec des outils simples mais puissants, faciles à utiliser et permettant d'accélérer le processus de souscription et d'améliorer l'efficacité commerciale.

Parmi les outils développés par l'ensemble des acteurs, l'extranet permet aux courtiers conseils de proximité de :

- gérer leur portefeuille clients : accès aux contrats, aux garanties, aux tarifs, possibilité de signaler des modifications (changement d'adresse, de coordonnées bancaires, etc.) ;
- visualiser les informations sur leur activité : suivi de la production, des commissions, des surcommissions ;
- accéder à des outils de développement tels que opérations de prospection, mise à disposition de fichiers, challenge ;
- consulter l'ensemble de la documentation produite : fiches produits, tarifs, demandes d'adhésion, conditions générales... ;
- réaliser des simulations tarifaires de façon très souple et optimisée : calcul de budget, édition de devis chartés et de demandes d'adhésion au logo du courtier conseil, possibilité d'envoi par mail... ;
- éditer les pièces contractuelles.

Ces dernières évolutions en matière d'extranet ont permis à certains courtiers grossistes de mettre en place un système d'adhésion dématérialisée : le courtier conseil de proximité réalise sa proposition sur l'extranet, puis celle-ci est transmise directement par mail au consommateur qui peut ainsi finaliser son adhésion en toute autonomie et recevoir immédiatement une attestation de garantie. Le courtier conseil de proximité, quant à lui, est prévenu automatiquement de l'acceptation ou du refus du consommateur.

Ce processus d'adhésion innovant est idéal pour développer rapidement les activités commerciales via des méthodes de vente à distance (prospection téléphonique, achat de fichiers...).

Parallèlement, la relation entre courtiers grossistes et courtiers conseils de proximité s'est fluidifiée grâce à l'utilisation accrue des échanges par mail.

En effet, ils sont désormais de plus en plus utilisés pour les envois d'informations :

- sur l'entreprise ;
- sur la gamme de produits (renouvellement, nouveauté...);
- sur l'actualité métier ;
- sur le suivi du portefeuille (envoi d'un accusé réception lorsqu'une affaire nouvelle arrive chez le courtier grossiste, envoi d'information en cas d'impayé d'un consommateur...).

Par une automatisation de certains processus administratifs et par un suivi précis des flux, ce média a l'avantage d'augmenter la réactivité des courtiers grossistes vis-à-vis de leur réseau de courtiers conseils de proximité et contribue ainsi à une meilleure productivité dans le traitement. Côté consommateur, le courtier grossiste doit mettre à disposition la documentation technique des produits distribués afin que le courtier conseil de proximité puisse, après avoir recueilli les besoins du consommateur, proposer l'offre d'assurance accompagnée de services innovants. C'est ainsi que sont développés des services Internet, téléphoniques ou récemment des modules ludopédagogiques présentés sous forme de plate-forme « *e-learning* ».

Les outils web sont mis à disposition des différents services des entreprises (direction des ressources humaines, direction financière, direction des services généraux...) afin qu'ils effectuent le suivi de leurs contrats d'assurance (ils permettent à la RH de gérer les mouvements d'effectifs, à la direction financière de suivre l'évolution de ses engagements hors bilan, aux services généraux de suivre les mouvements de matériel, immeubles...).

Au niveau des salariés bénéficiant de contrats au sein de l'entreprise, des services Internet leur sont également proposés lorsque le contrat nécessite un suivi régulier. C'est le cas notamment en assurance automobile ou en santé, où les assurés peuvent bénéficier d'un site extranet pour visualiser leurs garanties, consulter leurs décomptes de remboursement pour la santé, trouver des informations sur le suivi de la réparation ou des rendez-vous d'expert en automobile, etc.

Un serveur vocal interactif (SVI) et l'envoi d'informations par SMS peuvent aussi être utilisés selon le type de contrat souscrit, afin de diffuser en temps réel des informations sur des prestations fournies (véhicule prêt au garage, virement effectué ou garantie acquise...).

Les derniers services proposés aux entreprises pour accompagner le développement commercial des courtiers conseils de proximité sont les modules de « *e-learning* ».

Présentés de façon ludique, ils sont développés spécifiquement pour une entreprise, afin de présenter les éléments-clés de son contrat : généralement, le module commence par une présentation du courtier grossiste puis aborde le contexte, les garanties et l'ensemble des services mis à disposition.

Ces outils contribuent de façon efficace à une meilleure appréhension et compréhension par les salariés des garanties et des procédures administratives liées aux contrats que l'entreprise a souscrits. En effet, par leur attractivité, ils génèrent une attention plus soutenue de la part des assurés et du réseau de

courtiers conseils de proximité lors du renseignement des différents documents contractuels.

Diffusés par Internet, ils ont l'avantage de pouvoir être visualisés n'importe où par les salariés et quand ils le souhaitent.

---

## Conclusion

---

**L**e développement des courtiers grossistes répond donc à des besoins d'innovation, de proximité et de flexibilité en termes de produits et de services packagés qui complètent ceux déployés par les organismes d'assurances traditionnels, et dont les cibles sont plus importantes en volume car plus en adéquation avec la taille de ces organismes, mais également du fait des modifications

organisationnelles significatives qu'impliquerait la prise en compte rapide de nouveaux produits et services avec les nécessaires adaptations des chaînes de traitement. En effet, la performance des courtiers grossistes réside dans la mutualisation des risques sur des marchés de niche où les compagnies n'ont pas le souhait ou la possibilité de mettre en place une segmentation adaptée. Ils sont ainsi devenus un véritable support technique, informatique, voire logistique et même informationnel pour toute une population de courtiers conseils de proximité fragilisés par les exigences et les évolutions du marché.

Ils font aujourd'hui partie intégrante du marché de l'assurance et leur pérennité est assurée grâce à la proximité et à la qualité des réseaux de courtiers conseils de proximité qu'ils ont créés, mais également grâce aux avancées technologiques et aux innovations que les courtiers grossistes apportent, aussi bien en termes de produits que d'outils ou de services.

# 3.

## Vulnérabilité : assurance et solidarité

---

■ Philippe Trainar  
*Introduction*

■ Jean-Baptiste de Foucauld  
*Face au risque d'exclusion : nouvelles approches ?*

■ Alain Trannoy  
*RMI, RSA et cycle économique : faut-il déroger à la règle des 38 % ?*

■ Matthieu Angotti  
*Le revenu de solidarité active (RSA) : une garantie financière mais un faible espoir d'insertion durable*

■ Jean-François Chadelat  
*L'assurance contre le risque maladie des populations en situation de pauvreté*

■ François Ecalte  
*Le bouclier sanitaire*

■ Yannick L'Horty  
*Assistance et assurance : une forte complémentarité*

■ François-Xavier Albouy  
*L'assurance, cela sert d'abord à réduire la pauvreté*

■ Gilles Johanet  
*Assurance santé et pauvreté : agir maintenant*

■ Marc Nabeth  
*L'assurance face aux nouveaux visages de la vulnérabilité*

■ Pierre Deschamps  
*Quel rôle pour les entreprises dans la réduction de la pauvreté ?*



# INTRODUCTION

*Philippe Trainar*

*Chief Economist, Scor*

**A**ssurance et lutte contre la pauvreté ont beaucoup de raisons de ne guère se recouper. En effet, l'assurabilité de la pauvreté ne va pas de soi. Certes, la pauvreté constitue un risque mais tous les risques ne sont pas assurables pour autant. Pour être assurable, un risque doit remplir trois conditions :

- il ne doit pas être  *systémique*  : un risque systémique est un risque qui affecte tout le monde en même temps et qui n'est donc pas susceptible de trouver de contrepartie susceptible d'en accepter le transfert à son propre compte ; de ce point de vue, la pauvreté pose un premier problème dans la mesure où elle est fortement corrélée à la situation économique environnante et où elle a tendance à augmenter rapidement quand celle-ci se dégrade ; c'est d'ailleurs l'une des difficultés d'une assurance chômage privée ;
- il ne doit pas être trop affecté par des phénomènes d' *anti-sélection*  qui rendent difficile l'assurance des risques concernés dans la mesure où seules les personnes les plus exposées auront intérêt à s'assurer tandis que les autres en seront dissuadées en raison à la fois d'une perception moindre de ces risques et, surtout, d'un coût de l'assurance sensiblement élevé par rapport à la perception de l'imminence de ce risque, d'autant que le tarif de l'assurance devrait être le même pour les personnes surexposées comme pour celles sous-exposées. Naturellement, l'assureur peut différencier ses tarifs, mais pour cela il lui faut tout d'abord être en mesure d'apprécier le niveau d'exposition aux risques des assurés, ensuite de proportionner les tarifs à cette exposition. Or, concernant le risque de pauvreté, l'assureur n'a guère de moyens objectifs d'apprécier l'exposition des candidats

à l'assurance dès lors que ceux-ci n'ont aucun intérêt à lui communiquer les informations pertinentes ; en outre, il lui est difficile de moduler ses tarifs dans la mesure où cela devrait le conduire, dans la plupart des cas, à exiger les cotisations les plus élevées des assurés les moins fortunés, qui sont de fait les plus exposés au risque de pauvreté ;

- il ne doit pas être affecté par des phénomènes d' *aléa moral*  : si l'assurance incite les assurés à s'exposer au risque couvert, l'information sur l'exposition au risque avant de bénéficier de la couverture d'assurance n'est d'aucune utilité pour l'assureur qui va devoir fixer son tarif en fonction de l'exposition non point ex ante mais ex post, c'est-à-dire en fonction d'un niveau de risque sensiblement supérieur à celui perçu par le candidat à l'assurance. Si l'écart entre l'exposition ex ante et l'exposition ex post est important, les courbes d'offre et de demande d'assurance ont de fortes chances de ne pas se couper dans l'espace du marché où les tarifs et les quantités sont positifs, ce qui veut dire qu'il n'y a pas de marché pour ce type de risques. Clairement, l'exposition au risque de pauvreté est affectée d'un aléa moral important dans la mesure où le fait d'être couvert par une assurance peut inciter certains assurés à relâcher leur effort au travail sachant qu'ils seront indemnisés par l'assurance ; il existe certes des moyens pour réduire l'aléa moral, notamment le partage du risque entre l'assuré et l'assureur par le biais d'une franchise et d'une indemnisation partielle, que l'on retrouve peu ou prou dans l'assurance chômage. Mais on voit bien que cela ne peut que conduire à une protection réduite de la pauvreté, dont vont pâtir non seulement ceux qui vont délibérément réduire leur effort mais également

les plus fragiles. Ajoutons que, pour parer à cette situation, l'État sera probablement appelé à intervenir pour compléter la protection offerte par l'assurance, ce qui rendra les effets incitatifs du partage de risque mis en place par les assureurs inopérants et pousser progressivement ceux-ci à sortir du risque.

Il y a donc peu de chances que le marché offre à terme des produits d'assurance contre la pauvreté. Pour autant, cela ne veut pas dire que l'assurance n'ait aucun rôle à jouer dans la lutte contre la pauvreté. On l'a vu, l'assurance retraite et la prévoyance privées ont constitué, dans la plupart des pays industrialisés, des moyens parfaitement efficaces pour réduire la pauvreté des personnes âgées car le risque vieillesse n'a guère présenté de dimension systémique (la natalité est demeurée jusqu'à présent suffisante pour préserver un équilibre démographique entre actifs et inactifs) et qu'il ne semble guère exposé aux phénomènes d'anti-sélection (l'âge est une information publique) ou d'aléa moral (tout le monde est susceptible de vieillir). Mais il n'y a pas que la couverture du risque vieillesse qui présente cette caractéristique : la plupart des autres couvertures d'assurance contribuent à limiter le risque d'appauvrissement des assurés, que ce soit la couverture de la responsabilité civile liée en France à la couverture multirisque habitation, ou celle de l'automobile et de la responsabilité au tiers, ou encore celle des catastrophes naturelles... autant de circonstances qui pourraient plonger un ménage dans la misère s'il n'était pas assuré.

Mais il faut souligner l'un des problèmes auxquels l'assurance est confrontée aujourd'hui et qui, bien qu'il ne soit pas intrinsèque à l'assurance, limite sa capacité de protection contre la pauvreté : c'est l'empressement de l'État à offrir une telle protection, sous la forme notamment de couverture universelle. La seule éventualité que l'État puisse à plus ou moins long terme offrir une telle protection peut conduire à l'éviction du marché, comme on l'a vu pour la dépendance par exemple. Si les agents anticipent une intervention de l'État va intervenir, ils n'ont aucune raison de souscrire à fonds perdu un contrat d'assu-

rance, sachant qu'ils pourront bénéficier de la même protection de l'État sans avoir à la payer dès à présent. C'est ainsi qu'un problème de couverture d'assurance et de prévoyance se transforme en un problème de lutte contre la pauvreté. Il ne faut pas minimiser la portée de cet argument qui joue un rôle très important dans les comportements de sous-assurance et dans le caractère auto-réalisateur des propositions d'intervention publique dès lors qu'elles sont introduites dans le débat public : les agents réagissent au débat en s'assurant moins, ce qui crée ou aggrave une exposition non ou mal couverte.

Les articles rassemblés dans ce dossier reviennent sur ces différents points. On notera que, en dépit de la diversité de leurs approches et des divergences de leurs analyses, ils convergent sur trois conclusions fortes :

- le travail, seul créateur de richesses matérielles et voie d'accès privilégiée des ménages à ces richesses, doit être prioritaire dans la définition des politiques publiques ;
- l'efficacité de la protection contre l'exclusion et la pauvreté repose sur la complémentarité forte entre assurance et assistance, marché et État, sachant que tous les dispositifs publics existants présentent des limites intrinsèques ;
- cette complémentarité doit être valorisée dans le cadre d'un partenariat public-privé qui tienne compte de la nature économique des risques couverts et de la nécessité d'une transparence des coûts pour tous les acteurs.

*Jean-Baptiste de Foucauld* souligne le caractère endogène du risque d'exclusion dans les sociétés. Il en conclut que c'est à la société elle-même de s'assurer contre ce risque dont la couverture ne doit pas être renvoyée à d'autres mécanismes aussi sophistiqués soient-ils. Mais, cela suppose de respecter les conditions de la cohésion sociale et de prévenir l'exclusion en internalisant sa prise en compte dans l'ensemble des comportements. Sachant que c'est le travail qui crée la richesse matérielle, cela suppose que l'argent

public soit mobilisé en priorité pour garantir le droit au travail.

*Alain Trannoy* démontre toutefois que la courbe en « U » des taux marginaux de prélèvements obligatoires sur les revenus d'activité (ces taux sont élevés – 40 % environ – aux deux extrémités de la distribution des revenus, en bas du fait de la dégressivité du RMI-RSA, en haut du fait de la progressivité de l'impôt sur le revenu), qui est souvent critiquée au motif qu'elle dissuaderait le retour à l'emploi des bas salaires, est cependant pertinente dans la mesure où elle permet d'inciter les classes moyennes à déployer des efforts pour se protéger des risques. Il plaide même pour une accentuation de cette courbe en période de crise (taux portés de 40 % à 60 %) parallèlement à une revalorisation temporaire du RMI.

*Matthieu Angotti* analyse les perspectives offertes par le revenu de solidarité active (RSA). Se fondant sur les expérimentations du RSA, il en souligne le mécanisme, qui garantit une allocation de subsistance à tous et complète le revenu du travail, lorsqu'il est insuffisant, par un revenu de solidarité, contribuant sans conteste à la réduction de la pauvreté, mais avec un faible espoir d'insertion durable des bénéficiaires tant que n'aura pas été décidé un budget conséquent pour l'accompagnement personnalisé des allocataires.

*Jean-François Chadelat* présente un bilan positif de la couverture maladie universelle (CMU). Celle-ci se serait traduite par un net recul du renoncement aux soins et par un accès aux soins sensiblement comparable à celui des bénéficiaires d'une assurance complémentaire traditionnelle. Il s'inquiète toutefois de la persistance d'un refus de soins de la part des professionnels de santé du secteur II qui n'ont pas le droit d'appliquer des honoraires libres aux bénéficiaires de la CMU.

*François Écalle* étudie les conséquences qu'aurait l'instauration d'un bouclier sanitaire consistant à plafonner, en fonction des revenus, les montants laissés à la charge des ménages par l'assurance maladie

obligatoire. Ce mécanisme, qui se substituerait aux plafonnements et exonérations existants, permettrait à la fois de simplifier la situation, de mettre un terme aux dérapages liés aux affections de longue durée et de résoudre le problème du refus de soins. En revanche, il évincerait largement l'assurance complémentaire chez les bas et moyens revenus et l'obligerait à pratiquer des cotisations proportionnelles au revenu.

*Yannick L'Horty* revient sur les différences entre assistance et assurance. La première est universelle, uniforme, non contributive, gérée par un monopole public financé par l'impôt ; tandis que la seconde est catégorielle, différenciée, contributive, gérée par des entités en concurrence et financée par des cotisations volontaires ou non. Mais, par-delà ces différences importantes, l'auteur souligne que les deux mécanismes sont fortement complémentaires, le premier ayant vocation à combler les vides laissés par le second.

*François-Xavier Albouy* va plus loin et affirme que l'assurance est une technique dont l'objet même est de réduire la pauvreté. Toutefois, il souligne qu'elle ne permet pas de traiter tous ses problèmes : elle prévient la pauvreté accidentelle et non la pauvreté systémique. Dès lors, il propose de limiter l'intervention publique aux risques de pauvreté systémique et de laisser les risques de pauvreté accidentelle au marché. Il constate toutefois que la mise en œuvre de cette règle pourrait se heurter au fait que la protection sociale se vit en France comme un système d'assurance, ce qui brouille les frontières entre assurance et solidarité.

*Gilles Johanet* insiste sur l'une des dimensions de l'exclusion en matière de santé trop souvent méconnue : l'inflation des dépenses de santé. Celle-ci se nourrit de l'opacité des coûts de santé et de leur complexité. Elle en rend la couverture de plus en plus onéreuse et donc de plus en plus inaccessible aux revenus modestes. Elle est donc intrinsèquement productrice d'inassurabilité et d'exclusion. Cette évolution ne peut être inversée que si l'on accepte que la ressource consacrée au système de soins soit par

construction limitée et si l'on reconnaît qu'un partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et complémentaire est plus que jamais nécessaire, dans le cadre d'un partenariat qui assure la transparence des coûts.

*Marc Nabeth* examine les cinq voies qui nous sont ouvertes pour combattre la montée des vulnérabilités effectives ou ressenties et pour améliorer la protection des Français contre la pauvreté en général, en matière d'éducation, de santé et de travail. À l'instar de Gilles Johanet, il aboutit à la conclusion forte que la protection contre la pauvreté ne peut être

durablement et substantiellement améliorée que dans le cadre d'un partenariat public-privé, en raison à la fois des ressources limitées des pouvoirs publics et de la difficile gestion de l'État providence.

*Pierre Deschamps* évoque la contribution qui peut être celle de l'entreprise à la réduction de la pauvreté, notamment par une mutualisation des risques entre les salariés de l'entreprise, en évitant les licenciements économiques, et par la détermination d'une politique des salaires et des conditions de travail qui, si elle est pertinente, permet d'éviter le phénomène des travailleurs pauvres.

# FACE AU RISQUE D'EXCLUSION : NOUVELLES APPROCHES ?

*Jean-Baptiste de Foucauld*

*Ancien commissaire au Plan*

*Président de Solidarités nouvelles face au chômage*

■ Les sociétés modernes génèrent un nouveau risque, le risque d'exclusion, dont on n'a peut-être pas encore mesuré toute la portée et dont l'analyse reste largement à faire. Cela est dû à plusieurs raisons : le lien social s'est libéré, mais se dérobe sous les pieds de ceux qui sont en difficulté, au moment où ils en ont le plus besoin ; l'accès au travail est devenu plus difficile, plus exigeant, il requiert des qualifications professionnelles et relationnelles, des qualités d'abstraction qui ne vont pas de soi, et cela quand bien même les emplois disponibles seraient en quantité suffisante, ce qui n'est pas toujours le cas. Il en résulte une fragilisation professionnelle qui se marque par l'allongement des périodes de probation, par les inégalités devant l'emploi, par une pression plus forte sur le travail qui peut perturber les responsabilités familiales, et qui s'accompagne, dans un contexte d'érosion des systèmes symboliques, par une fragilisation identitaire. De manière générale, tout progrès des connaissances, des méthodes, des techniques, toute maîtrise nouvelle crée, au moins temporairement, des exclus de cette maîtrise. Nous sommes donc en présence d'un processus général. Faut-il le traiter par des mécanismes d'assurances, facultatives ou obligatoires, mais qui ont un coût supporté par l'assuré (faut-il l'aider à cet effet) ? Ou par des mécanismes de solidarité, plus ou moins universels, mais auxquels les bénéficiaires accèdent par une contribution liée non pas au coût du fonctionnement du mécanisme, mais à leurs ressources ? Ou faut-il imaginer, face à un problème nouveau, difficile à circonscrire, des solutions nouvelles ?

## ■ **FACED WITH THE RISK OF EXCLUSION, SHOULD WE FIND NEW APPROACHES?**

*Modern societies generate a new risk, that of exclusion, whose consequences have perhaps not yet been assessed and an analysis of which remains largely incomplete. There are a number of reasons for this: the social link has been broken and is slipping away from under the feet of those in difficulty, at a time when they most need it; access to work has become more difficult and more demanding, requiring professional and relational qualifications, qualities of abstraction that are not self-evident, even if jobs are available in sufficient quantity, which is not always the case.*

*The result is an undermining of the working environment marked by the lengthening of probationary periods, employment inequalities, greater work pressures that can disrupt family responsibilities and are accompanied, as symbolic systems become eroded, by an undermining of identity.*

*Generally speaking, any advance in knowledge, methods and techniques – any new expertise – means that some people are excluded from this expertise, at least temporarily. We are therefore witnessing a general process. Should we deal with it by means of optional or mandatory insurance mechanisms, nonetheless paid for by the insured (and should they be assisted in this)? Or by means of more or less universal solidarity mechanisms, nonetheless accessed by beneficiaries via a contribution linked not to the cost of running the mechanism but to their resources? Or should we, faced with a new and insurmountable problem, find new solutions?*

**L**e problème est général, mais il se situe nationalement dans des contextes politiques et culturels différents, selon que le jeu des institutions et des acteurs économiques et sociaux est en mesure ou non d'assurer la cohésion sociale, c'est-à-dire de concilier performance économique, plein emploi, protection sociale et égalité des chances.

Face au risque d'exclusion, c'est à la société elle-même de s'assurer et de s'organiser. Elle ne peut reporter totalement le problème sur des mécanismes aussi sophistiqués soient-ils. C'est ici la cohérence du politique s'exprimant dans des politiques publiques adéquates qui est en cause.

Si l'on opte pour le modèle nordique, il faut en respecter les conditions (le collectif encadre l'individu, un haut niveau de fiscalité est accepté, le plein emploi est un objectif central de la société pris en compte par des partenaires sociaux peu nombreux, forts, responsables et aptes aux compromis positifs, les chômeurs sont soutenus mais orientés avec une certaine fermeté, bref il faut un niveau élevé de civisme organisé).

Si l'on opte pour un modèle de type libéral, il faut en accepter les règles, notamment la dérégulation du marché du travail.

Si l'on cherche une solution intermédiaire, encore faut-il qu'elle soit cohérente. Mais on ne peut, comme c'est le cas en France, rêver du modèle suédois avec l'individualisme français et les prélèvements obligatoires américains.

En un mot, il faut commencer par respecter les conditions macrosociales de la cohésion sociale par lesquelles la société s'assure elle-même contre les risques d'exclusion que son mouvement même produit.

Avant de traiter l'exclusion, la vulnérabilité, la précarité, il importe de la prévenir en internalisant le plus possible sa prise en compte dans les comportements des différents acteurs dont l'intervention structure la société. Il s'agit en somme de relever au plus haut possible le niveau de la responsabilité sociale, et de rompre avec les excès de l'individualisme auto-référencé et calculateur à court terme.

Cela dit, il ne faut pas non plus demander à l'action collective plus qu'elle ne peut donner. Il faut l'appuyer sur des institutions et des actions publiques renouvelées, permettant une meilleure prise en compte du risque d'exclusion et de vulnérabilité. Il y a là une réflexion d'ensemble à entreprendre. À ce stade, c'est moins à des conclusions ou propositions qu'à une liste des chantiers à entreprendre qu'il convient de s'attacher. On peut en dénombrer sept, sans prétendre d'ailleurs être exhaustif.

---

## Renouveler le travail social

---

**C**elui-ci ne peut plus se contenter de distribuer des prestations, il inclut nécessairement une demande d'accompagnement personnalisé, qui a toujours été présente, mais qui doit être davantage mise en valeur et reconnue (ce qui implique qu'on lui consacre du temps). Pas de prestation sans relation donc. Mais relation qui aura sans doute plus qu'auparavant un lien avec l'emploi, qu'il s'agisse d'y retourner, de le préserver ou de s'y sentir mieux ou moins mal.

Cette demande d'accompagnement ne doit-elle pas, d'ailleurs, déborder la sphère stricte du travail social et inspirer une partie du monde marchand, et plus particulièrement l'assurance classique ? N'y aura-t-il pas là, demain, un avantage comparatif à mettre en place pour compenser la standardisation et l'anonymisation des services confiés à des centres d'appel ?

---

## Qu'attendre de l'institution du RSA ?

---

**L**e revenu de solidarité active est un outil de lutte contre la pauvreté au travail et un dispositif permettant de « combiner les revenus du travail et de la solidarité », ce qui était l'une des conclusions de la commission « Familles, vulnérabilité, pauvreté » présidée

par Martin Hirsch en avril 2005. Il va simplifier et pérenniser les mécanismes d'intéressement à la reprise du travail des allocataires du RMI mis en place antérieurement et améliorer le revenu des personnes travaillant à temps partiel. Mais en dehors de ces aspects, ce n'est pas, en soi, un outil permettant de rendre les personnes moins vulnérables.

Tout dépendra du contexte dans lequel, en définitive, le RSA se mettra en place, comment les bénéficiaires seront accompagnés, comment ils accéderont aux formations dont ils ont besoin, quelles seront les possibilités existantes d'accès aux emplois à plein temps, comment les politiques d'insertion seront renouvelées.

De manière plus générale, le RSA n'aura pas les mêmes résultats selon qu'il s'ajoutera aux dispositifs redistributifs existants, eux-mêmes revalorisés, ou selon qu'il se substituera, partiellement ou non, à ces dispositifs.

---

## Universaliser l'assurance chômage

---

**C**ette mesure peut réduire la place excessive qu'ont pris peu à peu les minima sociaux. Ne faut-il pas que les fonctions publiques, peu à peu, contribuent aux ressources du système dans les conditions de droit commun (ce serait le prix à payer pour la sécurité de l'emploi) afin de mieux couvrir les vacataires et contractuels, mais également les travailleurs indépendants et les créateurs d'entreprise, les jeunes et les travailleurs précaires ; et aussi, éventuellement, afin de pouvoir étendre aux cotisations d'assurance chômage les allègements de charge qui existent en matière de sécurité sociale ?

L'amélioration des produits d'assurance chômage qui accompagnent les prêts bancaires à long terme pourrait également faire partie de ce progrès collectif.

---

## Un droit à l'emploi conditionnellement opposable

---

**P**lutôt que de gérer les contrats de travail subventionnés par l'État en fonction des fluctuations conjoncturelles du taux de chômage – alors que l'on constate, de fait, leur permanence, et leur rôle structurel –, ne pourrait-on, en s'inspirant de ce qui a été fait dans le domaine du logement, réfléchir à un droit à l'emploi conditionnellement opposable, c'est-à-dire opposable dans certaines conditions, et l'expérimenter. Par exemple chaque fois qu'un acteur serait en mesure d'organiser un travail utile confié à un demandeur d'emploi de longue durée, il aurait droit à une aide de l'État non contingentée budgétairement, car expression d'une dette sociale.

---

## Un droit d'accès aux principaux réseaux

---

**P**our faire face à la montée des charges fixes dans le budget des ménages, qui les met en difficulté lorsque leurs revenus baissent, ne faut-il pas instituer un droit d'accès aux principaux réseaux caractéristiques de la vie moderne (eau, gaz, électricité, téléphone, Internet, télévision) qui serait financé non plus par le tarif mais par un prélèvement sur le revenu, avec toutefois un plafond ? Si l'accès à ces réseaux est devenu, de fait, un droit fondamental, il faut qu'il soit assuré à tous indépendamment du niveau de revenu, et en tirer toutes les conséquences, comme on l'a fait en matière de santé.

Cela représenterait une redistribution utile et justifiée, et une réelle simplification pour des personnes actuellement obligées de négocier séparément avec chaque réseau lorsqu'elles ne sont plus à même de payer le prix qui leur est facturé. Cela mériterait des

études approfondies, notamment pour examiner comment répartir la charge entre les opérateurs et comment tarifier les consommations qu'il faudrait sans doute différencier de l'accès au réseau <sup>1</sup>.

## Peut-on mutualiser le risque d'exclusion ?

L'expérience menée depuis près de vingt-cinq ans maintenant par Solidarités nouvelles face au chômage suggère une telle démarche. Cette association <sup>2</sup> repose sur un partage de revenus permettant de créer des emplois pour des personnes qui en sont privées, et sur un partage de temps aboutissant à mettre à disposition des demandeurs d'emploi des compétences bénévoles pour un accompagnement organisé. Ses 1 200 bénévoles, regroupés dans plus de 100 groupes de solidarité, accompagnent chaque année, en binôme, 2 000 demandeurs d'emploi et créent à leur intention plus de 100 emplois de solidarité qui sont financés par 2 600 donateurs privés. Ainsi, l'association mutualise les relations entre actifs occupés (ou retraités) et actifs en recherche d'emploi. Il arrive que des personnes aidées deviennent à leur tour aidantes et, inversement, que des bénévoles connaissent le chômage et demandent à leur tour l'aide de l'association, les rôles permutant. On voit des mécanismes du même type fonctionner dans les réseaux d'échanges de savoirs et dans les dispositifs de monnaies solidaires. Ne pourrait-on institutionnaliser un peu plus ces pratiques et poser le principe général qu'une personne qui a aidé les autres acquiert de ce fait un droit à être aidée son tour ? Passer en quelque sorte du « contre don » implicite au « contre don » explicite. Faut-il aller plus loin et créer une assurance mutuelle contre l'exclusion, où les aides bénévoles seraient recensées, mesurées et génératrices d'un droit à être aidé – droit lui aussi mesuré mais garanti sous une forme ou sous une autre ?

## Une allocation universelle inconditionnelle

Cette question, d'une allocation versée à chacun, de la naissance à la mort, est posée par certains. Est-ce une bonne idée ? Ce projet suppose que l'on ait des droits sans avoir de devoirs, puisque chacun peut jouir d'une allocation sans aucune contrepartie, ce qui, à l'exception du minimum vieillesse, n'est le cas d'aucune prestation actuellement. Or, c'est le travail qui crée la richesse matérielle. L'argent public doit plutôt être mobilisé en priorité pour garantir le droit au travail et organiser cette société du plein emploi de qualité et à temps choisi qui est aujourd'hui nécessaire. Avec l'allocation universelle, le risque est réel de démissionner devant cet objectif, ambitieux mais nécessaire, à un moment où la démographie décline et où il faut travailler plus pour sauvegarder nos retraites. Ce genre de proposition peut ainsi se retourner contre la société et l'engluer dans sa fâcheuse propension à la démobilité sociale face au chômage et à l'exclusion. La vraie liberté ne se développe qu'à partir du moment où l'individu et la collectivité font face aux contraintes de la nécessité. Ainsi, plutôt qu'une rente à vie universelle, instituons un véritable droit à l'initiative, sous forme d'un « capital initiative » qui serait versé à toute personne désireuse de se lancer dans un projet créatif dûment validé, et qui serait financé par des cotisations payées par ceux qui bénéficient des initiatives des autres, dans cette logique de réciprocité qui est à la base de l'assurance sociale.

### Notes

1. Voir J.-B. de Foucauld, *Les 3 cultures du développement humain, résistance, régulation, utopie*, Odile Jacob, 2002, pp. 230 à 234.

2. [www.snc.asso.fr](http://www.snc.asso.fr).

# RMI, RSA ET CYCLE ÉCONOMIQUE : FAUT-IL DÉROGER À LA RÈGLE DES 38 % ?

*Alain Trannoy*

*Directeur d'études à l'EHESS, Greqam-Idep*

■ Les deux paramètres clés du système RMI-RSA sont la part représentée par le montant du RMI par rapport au smic et le taux de taxation marginal implicite de l'activité rémunérée. Ces deux paramètres ont été fixés au même niveau : 38 %. Nous questionnons l'optimalité de la valeur d'un tel paramètre en nous appuyant sur la théorie de l'impôt optimal dans un contexte d'incertitude en considérant d'abord un risque de type individuel, puis un risque de type macroéconomique. Pour le premier type de risque, l'importance respective du motif d'aversion au risque et de prudence est déterminante pour apprécier si un marché de travail plus aléatoire doit s'accompagner d'un relèvement des minima sociaux. Le second type de risque réduit considérablement la possibilité d'obtenir un travail et réduit donc le revenu des personnes les plus fragiles.

Nous plaçons pour une augmentation temporaire de la valeur du paramètre en période de crise économique, comme celle que nous traversons.

## ■ SOCIAL INTEGRATION-REVENUE OF ACTIVE SOLIDARITY (RMI-RSA) AND ECONOMIC CYCLE

*The two key parameters for the minimum income for social integration-revenue of active solidarity (RMI-RSA) system are the share represented by the amount of the minimum income for social integration (RMI) in relation to the statutory minimum wage (smic) and the marginal implicit tax rate on the paid activity. These two parameters have been set at the same level: 38%. We examine the optimum value for such a parameter on the basis of optimal tax theory in a context of uncertainty, considering first an individual-type risk and then a macroeconomic-type risk. For the first type of risk, the respective importance of the risk aversion and prudence motives is decisive in assessing whether a more uncertain job market must be accompanied by an increase in the social minima. The second type of risk considerably reduces the possibility of finding a job and therefore reduces the income of the most vulnerable individuals. We argue for a temporary increase in the value of the parameter during an economic crisis, such as the one we are experiencing.*

## La logique arithmétique des 38 %

**S'**assurer, c'est payer une cotisation pour obtenir un remboursement plus ou moins complet de dommages en cas de sinistre. Le concept d'assurance écarte le fait que le taux de remboursement dépende d'autre chose que du montant de cette cotisation. Par extension, le terme est parfois employé pour désigner des mécanismes

par lesquels la personne ne subit pas intégralement les pertes liées à un risque, la solidarité nationale les compensant en partie. Il est plus indiqué de parler, en l'occurrence, de mutualisation des risques. Les ressources tirées de l'impôt peuvent être envisagées comme une gigantesque tontine, chacun cotisant à travers ses impôts selon des clés de répartition. L'État puise dans cette tontine lorsque les personnes ou entreprises établies sur le territoire français et y payant des impôts subissent un dommage pour lequel il apparaît injuste de leur faire supporter la totalité des pertes. Les exemples abondent d'une telle situation

où des secteurs d'activité, des zones géographiques, des professions font appel à la solidarité nationale : catastrophe naturelle, effondrement des prix de vente, augmentation brutale de certains coûts de production, chute de la demande, fermeture d'une unité de production, etc. Les risques dont il est fait état affectent simultanément une collectivité d'individus et sont suffisamment rares pour que ces mécanismes de mutualisation soient décidés de manière ad hoc. Le risque d'épisode de chômage, malheureusement, dans notre pays, ne peut plus être qualifié de rare. Il comporte une composante individuelle, liée à la présence de handicaps d'employabilité de nature physique et psychique, à un niveau de formation ou d'expérience professionnelle insuffisant, à laquelle s'ajoute l'appartenance à des groupes culturellement minoritaires qui engendre des phénomènes de discrimination.

Le gouvernement Rocard a décidé en 1988 de compléter le dispositif d'assurance chômage par la création du revenu minimum d'insertion. Le RMI accorde aux allocataires un niveau de subsistance minimal complété par l'allocation logement et des droits connexes venus s'ajouter à l'initiative des collectivités territoriales. En complément, un dispositif d'insertion sur le marché du travail a été élaboré avec des travaux d'intérêt général et des formations, qui a fonctionné cahin-caha. Pendant la première décennie de fonctionnement du RMI, l'allocataire en perdait le bénéfice dès qu'il retrouvait un emploi. Ensuite, un système cumulant RMI et activité rémunérée s'est progressivement mis en place de manière très partielle et temporaire, jusqu'à l'aboutissement du revenu de solidarité active (RSA), qui permet de bénéficier sans limite de temps du système de solidarité et des revenus d'une activité.

Les deux paramètres essentiels de l'ensemble du système RMI-RSA sont d'un côté la part représentée par le montant du RMI par rapport au smic et de l'autre le taux de taxation marginal implicite de l'activité rémunérée. Pour un célibataire, le montant du RMI représente 38 %<sup>1</sup> du smic et l'allocataire perçoit 62 centimes de plus lorsqu'il gagne 1 euro

supplémentaire sur le marché du travail. En d'autres termes, le taux marginal d'imposition est de 38 %, d'où une valeur identique des deux paramètres. Est-ce un hasard ? Évidemment pas, car la valeur du taux marginal d'imposition a pour origine la volonté du législateur de prévoir la sortie du dispositif du RMI à peu près au niveau du smic. L'équation du premier degré livre alors la valeur de 38 %. Le système actuel combiné RMI-RSA se résume donc en un seul chiffre. Ce système pourrait se prévaloir du titre d'« aide à 38 % » ! C'était au fond déjà l'idée de l'allocation compensatrice de revenu imaginée par Roger Godino (ACR), il y a plus de dix ans. Il faut se féliciter de l'entrée en vigueur du RSA qui introduit un peu de lisibilité dans un système qui en manquait singulièrement, même si les effets de seuil de l'allocation logement et la prime pour l'emploi compliquent encore à loisir – et d'une manière inutile – le système. L'intégration, à échéance rapprochée, de ces deux mécanismes dans un RSA généralisé semble aller de soi et constitue une piste de réforme naturelle pour les années à venir.

Avant de réfléchir à l'optimalité d'un tel système et de ses paramètres dans une économie où les risques individuels et agrégés font partie intégrante du paysage économique, il faut souligner combien le RMI et le RSA sont en quelque sorte « suspendus » au smic. Cela paraît évident sur un plan arithmétique, nous venons de le montrer, mais cette complémentarité va au-delà. L'inquiétude s'est fait jour, sur les bancs de la gauche, de voir un dispositif d'impôt négatif inciter les entreprises à moins rémunérer les salariés, l'État assurant en quelque sorte une partie des fins de mois des travailleurs pauvres. Les entreprises pourraient en profiter pour reprendre d'une main ce que l'État a accordé de l'autre. Cette inquiétude, qui demanderait à être étayée par ailleurs, n'a pas lieu d'être dans un monde où le salaire minimum est fixé par celui-ci. A contrario, la disparition du smic fragiliserait le dispositif d'ensemble des minima sociaux sous ce rapport.

Il faut donc se demander si, dans un monde sans et avec incertitude, le système de minima sociaux à

38 % répond à une logique autre qu'arithmétique. Depuis les travaux pionniers de James Mirrlees (1971), Prix Nobel d'économie, les économistes ont approfondi leurs réflexions en matière d'imposition optimale. Des progrès ont été enregistrés, plus lents sans doute que nous le voudrions – il reste nombre de *terra incognita* ; néanmoins, on sait mieux désormais dans quelles directions orienter la recherche. L'état des connaissances nous permet sans doute de définir des prescriptions de nature qualitative. Commençons par évoquer un monde sans incertitude, avant d'introduire un risque de type individuel théoriquement assurable, puis un risque de type macroéconomique.

## ■ Sans incertitude

Dans un monde sans incertitude, trois paramètres gouvernent le montant de l'impôt négatif ou le niveau du minimum social<sup>2</sup>. Ces trois paramètres ont été mis en évidence par Diamond (1998). Le premier peut être qualifié d'éthique. Le deuxième quantifie la perte d'efficacité introduite par l'impôt. Le troisième est un paramètre de nature démographique.

Le premier est la préférence éthique en matière redistributive de la société. Plus la société se rapproche d'une société rawlsienne dont l'objectif est de maximiser le bien-être des plus malheureux qui sont, dans ce type d'économie, les moins productifs, plus le montant de l'impôt négatif doit être élevé. Le deuxième est un paramètre d'élasticité de l'offre du travail au taux de taxe. Quand les effets de distorsion de l'impôt sont importants par rapport à une situation de premier rang où seuls les impôts forfaitaires sont autorisés, il faut se montrer moins généreux vis-à-vis des plus démunis. En conséquence, plus l'offre de travail est sensible au taux de taxe, plus elle se contracte avec la taxe, et moins le montant de l'impôt négatif doit être élevé. Le troisième paramètre, démographique, est donné par la proportion d'individus les moins productifs dans la population. Il y a tout lieu de rapprocher cette catégorie de celle concernée par l'impôt négatif, c'est-à-dire les bénéficiaires nets. Le reste de la population est constitué par les contributeurs nets. Plus la proportion potentielle de

bénéficiaires nets des minima sociaux est importante dans la population et moins le montant de l'impôt négatif doit être élevé.

Les enseignements de ce type de modèle consistent, par exemple, toutes choses égales par ailleurs, à envisager d'accorder des minima sociaux plus élevés aux femmes avec enfant(s) qu'aux femmes célibataires, indépendamment de tout argument tenant aux besoins supplémentaires créés par la présence des enfants. En effet, il est connu que celle-ci rend l'offre de travail des femmes moins élastique aux taux de taxe, du moins lorsque les enfants sont en bas âge. On devrait aussi pouvoir conclure de ce type d'analyse que plus la proportion d'individus peu qualifiés est importante et plus le minimum social devrait être bas. Un point d'application pourrait être la comparaison des minima sociaux dans les DOM et en métropole. Si l'on garde à l'esprit le même souci égalitariste dans chacun des deux espaces et que l'on optimise séparément, c'est-à-dire sans subvention de la part de la métropole aux DOM, la théorie de l'impôt optimal nous enseigne que le niveau des minima sociaux devrait être moins élevé dans les DOM qu'en métropole. Ce résultat vaut même en l'absence de décalage dans le niveau des qualifications – à niveau de formation identique, les personnes sont également productives. La différence est due à la structure des qualifications entre les deux espaces. Cet exemple est donné à titre illustratif : des principes éthiques parfaitement défendables – par exemple, l'appartenance à une même République impliquant un droit égal pour tous – s'opposent à une optimisation séparée, mais le corollaire en est sans doute une diminution trop importante de l'offre de travail dans les DOM consécutive à l'alignement du RMI sur son niveau métropolitain. À travers ces deux exemples, nous percevons que la taxation optimale est en mesure de livrer des conclusions en termes relatifs, même si l'exercice de calibration pour livrer des recommandations quantitatives sur les niveaux reste encore hasardeux.

Toujours en termes qualitatifs, il n'aura pas échappé aux observateurs, même si cela a été peu commenté, que le taux marginal d'imposition de

38 % est pratiquement égal au taux marginal de la dernière tranche de l'impôt sur le revenu (40 %). Ainsi, la courbe des taux marginaux dans notre pays affecte, après les réformes importantes de 2006 à 2009, une courbe en U. Les taux bas et moyens sont l'apanage des classes moyennes, le bas et le haut du barème étant taxés à des taux plus élevés mais à moins de 50 %. Les simulations réalisées dans un cadre statique ont indiqué qu'une telle courbe en U pouvait, contrairement à l'intuition, se révéler optimale dans le cadre du modèle de Mirrlees. Les simulations restent assez sensibles aux hypothèses de calibration et en particulier celles concernant la distribution des salaires horaires. Néanmoins, nous serions tentés de conclure que la courbe actuelle ne reflète pas une anomalie flagrante par rapport à ce que nous pouvons considérer comme les acquis de la connaissance dans le domaine.

## ■ Avec risque diversifiable, aversion et prudence

Introduisons maintenant l'incertitude sur la rémunération d'un individu sur le marché du travail. Au moment où il fournit un effort, il connaît à peu de choses près sa productivité et sa traduction en termes de rémunération. Mais des petits chocs positifs ou négatifs peuvent affecter la matérialisation de cette rémunération. L'individu peut avoir plus ou moins de chance, et cela peut jouer par exemple sur le montant de ses primes de fin d'année. Cet exemple indique que nous nous intéressons à une incertitude diversifiable, les individus étant sujets à des chocs indépendants et identiquement distribués. L'impôt négatif couplé avec un taux marginal d'imposition constant est connu comme l'exemple le plus simple d'un impôt progressif. La *flat tax* lisse les aléas du marché du travail, elle gomme partiellement les réussites et efface en partie les échecs. Depuis Varian (1980), les économistes ont pris conscience de cet apport spécifique de l'impôt progressif dans une économie avec risque diversifiable. Cependant, ce n'est que très récemment que l'on commence à percevoir les ingrédients d'un bon impôt progressif et donc d'un impôt

négatif dans un contexte d'incertitude diversifiable. Henriot, Pintus et Trannoy (2009) ont mis à jour les ressorts de l'impôt linéaire optimal dans un tel contexte d'incertitude.

Indépendamment des paramètres exposés plus haut qui conservent toute leur pertinence, à savoir en particulier l'élasticité de l'offre de travail au taux de taxe et l'aversion à l'inégalité de la société, trois nouveaux paramètres viennent enrichir et compliquer l'analyse. Les deux premiers peuvent être anticipés sans difficulté : la variance des chocs et l'aversion au risque. Plus la variance des chocs est forte, plus l'amortisseur que représente l'impôt négatif doit être élevé avec corrélativement un taux marginal d'imposition également en hausse. L'aversion au risque joue dans le même sens. En conséquence, le mouvement d'individualisation des rémunérations devrait s'accompagner d'un relèvement des minima sociaux. Si les sociétés européennes ont plus d'aversion au risque que la société américaine, il serait également logique de constater des minima sociaux plus élevés en Europe qu'aux États-Unis.

La surprise vient de l'apparition d'un troisième facteur que ni Varian (1980) ni Mirrlees (1990) n'avaient repéré pour la bonne raison que son irruption en théorie économique est postérieure et ne date que de 1990. Le concept de prudence établi par Miles Kimball cette année-là mesure la propension à se préparer et à s'armer face à l'incertitude alors que l'aversion au risque mesure l'intensité du désir de l'éviter, si possible. Dans le contexte qui nous occupe, un comportement prudent amènera la personne à vouloir travailler davantage pour effacer les conséquences possibles d'un manque de chance dans la réalisation d'aléas entourant sa réussite au travail. Dans un contexte plus large, elle pourrait l'amener à étoffer et à diversifier ses qualifications, à investir dans la formation professionnelle. Le troisième enseignement dans un contexte de risque diversifiable de ce prolongement de l'analyse d'un impôt linéaire optimal est que le minimum social et le taux de taxe doivent être d'autant plus faibles que les individus sont prudents. Il ne faut pas que l'introduction de l'impôt progressif

empêche par trop les individus d'entreprendre des actions qui peuvent les protéger des risques. L'importance respective du motif d'aversion au risque et de prudence est déterminante pour apprécier si un marché de travail plus aléatoire doit s'accompagner d'un relèvement du taux de taxe et de l'impôt négatif. Pour juger de l'optimalité du couple RMI-RSA dans un tel contexte, il faudrait connaître la force respective du motif de prudence et d'aversion dans notre pays, un domaine où les assureurs ont des choses à nous apprendre. Des avancées importantes sont à attendre sur cette question concrète dans les années à venir, grâce en particulier à une collaboration entre professionnels et économistes spécialistes dans ce domaine.

## ■ Risque macroéconomique

Tous les risques ne sont pas diversifiables et nous en faisons collectivement l'amère expérience en ce moment. Ce type de risque est à l'origine d'une dernière complexification de l'analyse, car même si l'on recherche assidûment du travail, il peut être difficile d'en obtenir. L'obtention d'un emploi dépend d'un processus aléatoire : le taux d'arrivée des offres de travail sur le marché de l'emploi par unité de temps. Ce taux dépend notamment du cycle économique. Les offres arrivent à un rythme beaucoup plus rapide en période conjoncturelle « normale » que lors d'une récession. Comment ce nouveau paramètre doit-il impacter le niveau optimal des minima sociaux ? Un travailleur pauvre – dans le contexte de l'application du RSA en régime de croisière – voit ses moyens d'existence provenir de deux sources : le montant du RSA et les revenus d'un travail temps partiel. Dans une période de crise économique, la seconde source se tarit ainsi que le montant global de ses revenus. Comme la partie variable diminue, il faut augmenter la partie fixe afin de compenser cette perte. Ainsi, nous plaçons pour une adaptation conjoncturelle de la règle des 38 % en période de crise telle que celle que nous traversons. Si l'on pense qu'en régime permanent, une personne pauvre percevra en moyenne 200 euros de revenus d'activité<sup>3</sup>, il faut compenser la perte de ses revenus par un accroissement de l'allocation de base du RMI en la portant

de 38 % à 60 % du smic. Simultanément, il faut augmenter le taux d'imposition sur les revenus du travail de 38 % à 60 %, afin de conserver la règle « intangible » selon laquelle un smicard à temps plein n'est pas Rmiste. L'opération doit pouvoir être blanche pour les finances publiques de même qu'elle doit l'être pour le Rmiste travaillant à temps partiel qui disposerait ainsi du même niveau de ressources en temps de crise qu'en temps normal. Il nous semble être une exigence de solidarité minimale que les personnes les plus démunies soient en quelque sorte « assurées » en période de crise. On concilierait ainsi en partie le point de vue des associations qui réclament une augmentation des minima sociaux et celui des gouvernements successifs qui n'entendent pas y consentir, en faisant reconnaître qu'une voie médiane est d'adapter l'ensemble du système à la conjoncture économique.

Évidemment, un tel système suppose un consensus fort de la part des partis politiques, des syndicats et des associations : s'ils reconnaissent sans trop de difficulté que la crise économique invite à relever le niveau des minima sociaux, il leur reste à s'accorder sur un retour de ces minima au niveau d'avant la crise – une fois revenus la prospérité et un fonctionnement normal du marché du travail. Le manque de capacité d'engagement, le soupçon que certains partenaires ne respecteront pas la nécessité de revenir au régime antérieur sont cependant de nature à rendre impossible un tel accord, qui pourtant entraînerait une amélioration profitable à tous. Comme en d'autres domaines, il est à craindre que la recherche d'un optimum en matière de minima sociaux ne soit bridée par des problèmes d'économie politique.

### Notes

1. Cette valeur provient du rapport de la valeur du RMI au 1<sup>er</sup> janvier 2009 : 454 euros sur la moyenne arithmétique du smic net et brut, à savoir  $(1\,037 + 1\,321) / 2 = 1\,179$  euros. En effet, le fait de travailler ouvre des droits (retraite, allocation chômage) que l'on néglige complètement en ne retenant que le smic net. Choisir la moyenne des deux smic est une

*manière d'inclure ces avantages salariaux différés.*

*2 Nous n'établissons pas de distinguo entre ces deux expressions.*

*3 Ce chiffre, donné à titre indicatif, repose sur les premiers résultats de l'expérimentation (Bourguignon, 2008).*

### Bibliographie

BOURGUIGNON F., « Note de synthèse : rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations du RSA », Comité d'évaluation des expérimentations, Haut Commissariat aux solidarités actives, 2008.

DIAMOND P., "Optimal Income Taxation: An Example with a U-Shaped Pattern of Optimal Marginal Tax Rates", *American Economic Review*, n° 88, 1998, pp. 83-95.

HENRIET D. ; PINTUS P. ; TRANNOY A., " Idiosyncratic Income Risk and Optimal Linear Income Tax", Mimeo Greqam, 2009.

KIMBALL M. S., " Precautionary Saving in the Small and in the Large " *Econometrica*, n° 61, janv. 1990, pp. 53-73.

MIRRLEES J., " An Exploration in the Theory of Optimal Income Taxation ", *Review of Economic Studies*, n° 38, 1971, pp. 175-208.

MIRRLEES J., " Taxing Uncertain Incomes ". *Oxford Economic Papers*, n° 42, 1990, pp. 34-45.

VARIAN H., " Redistributive Taxation and Social Insurance". *Journal of Public Economics*, n° 14, 1980, pp. 49-68.

# LE REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA) : UNE GARANTIE FINANCIÈRE MAIS UN FAIBLE ESPOIR D'INSERTION DURABLE

*Matthieu Angotti*

*Directeur du département Évaluation des politiques sociales du Credoc*

■ Vingt ans après la naissance du RMI, le RSA se veut une nouvelle étape dans la prise en charge des personnes en difficulté d'insertion.

Garantissant à la fois une allocation de subsistance et la possibilité de cumuler revenus du travail et revenus de la solidarité publique, il doit tout à la fois permettre une réduction de la pauvreté et être une incitation au retour à l'emploi.

Mais les incertitudes qui pèsent quant à la qualité du suivi des bénéficiaires hypothèquent en partie ses chances de réussite.

## ■ THE REVENUE OF ACTIVE SOLIDARITY

*Twenty years after the birth of the minimum income for social integration, the revenue of active solidarity is intended as a new way of providing support to individuals struggling to achieve inclusion. The revenue of active solidarity guarantees a living allowance while permitting individuals to receive both income from their employment and income support from the public purse. It has the dual objective of reducing poverty and encouraging individuals to return to work. However, its chances of success are jeopardised in part by the doubts that prevail as to the quality of the monitoring and follow-up of the individuals who will receive this new benefit.*

## Les bénéficiaires de minima sociaux

**O**n compte en France quelque dix minima sociaux, destinés à différentes catégories de citoyens en difficulté : personnes handicapées, personnes âgées, parents isolés, chômeurs de longue durée, veufs et veuves, etc.

Parmi eux, retenons ici le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation parent isolé (API).

Le premier, créé en 1988, garantit des ressources minimales à toute personne âgée d'au moins 25 ans ou assumant la charge d'un enfant. Fin 2007, on comptait environ 1,2 millions de bénéficiaires du RMI. Pour une personne seule, le montant garanti s'élève à environ 450 euros par mois. Le second, créé en 1976, s'adresse aux personnes sans conjoint assumant seules la charge d'enfants. Fin 2007, on comptait environ 200 000 bénéficiaires de l'API. Pour une personne avec un enfant à charge, le montant garanti s'élève à environ 780 euros par mois. À titre indicatif, le seuil de pauvreté, généralement calculé à 60 % du revenu médian des Français, s'élève à 880 euros par mois pour une personne seule.

---

## Les travailleurs pauvres

---

**A**utour de 15 % des actifs occupés vivent aujourd'hui en dessous du seuil de pauvreté. Cette proportion est en augmentation et l'emploi ne protège même plus de la misère la plus extrême : selon l'Insee, environ 30 % des personnes sans domicile fixe exercent une activité professionnelle. Les nombreuses études réalisées sur ce sujet expliquent cette pauvreté essentiellement par deux facteurs : la précarité de l'emploi (temps partiel subi, faible durée du contrat de travail) et la faiblesse des rémunérations qui, même complétées par des transferts sociaux, ne permettent pas toujours d'assurer un niveau de vie décent à une famille complète. Dans un travail de recherche publié en 2006, le Credoc distinguait, parmi ces travailleurs pauvres, trois principales figures types : les familles d'ouvriers, les indépendants en difficulté et les familles monoparentales.

---

## L'impact de la crise sur les personnes en situation de pauvreté

---

**A** l'automne 2008, un baromètre social a été mis en place par le Haut Commissaire aux solidarités actives, de façon à mesurer les impacts de la crise économique actuelle sur les ménages français. Il en ressort un constat sans appel : malgré l'État providence, les familles pauvres sont nettement plus affectées que la moyenne des ménages français. Autrement dit, les filets de sécurité mis en place par la puissance publique (réglementation des licenciements, indemnisation du temps partiel, assurance chômage, primes et allocations diverses) semblent aujourd'hui peu efficaces pour amortir le choc de la crise auprès des populations les plus fragiles. Bien plus que les autres, ces dernières signalent une forte exposition au risque et d'importants changements de comportement. À titre d'exemple, en décembre 2008, 71 % des ménages pauvres avaient changé leurs

habitudes alimentaires, contre 54 % des ménages français en général. Ce baromètre a permis de mettre en évidence des facteurs de fragilité face à la crise, dont le fait d'avoir moins de 30 ans ou de vivre dans une famille monoparentale, mais aussi d'être au chômage ou de disposer de moins de 1 500 euros par mois. Dans cette frange de population, on retrouve les allocataires de minima sociaux et les travailleurs pauvres.

---

## Les objectifs du revenu de solidarité active (RSA)

---

**L**e RSA est précisément destiné à ces deux catégories de la population. D'abord, il intègre et remplace les deux minima que sont le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation parent isolé (API), en attendant éventuellement de se substituer aux autres. Ensuite, il vise les actifs occupés dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil, déterminé en fonction de la structure familiale du foyer (autour du smic mensuel pour une personne seule).

Le dispositif RSA présente trois grandes facettes. D'abord, un revenu garanti pour les personnes sans ressources. C'est le principe du minima social. Ensuite, une allocation pour les travailleurs pauvres. Celle-ci est dégressive et calculée en fonction des ressources et de la composition du ménage. C'est le principe du cumul des revenus du travail avec ceux de la redistribution publique. Enfin, un accompagnement attentif des allocataires. C'est le principe du suivi personnalisé vers l'emploi (pour les chômeurs et les inactifs) et vers un emploi de meilleure qualité (pour les travailleurs pauvres).

Le dispositif RSA poursuit deux principaux objectifs. Le premier : lutter contre la pauvreté, et notamment la pauvreté laborieuse, grâce à une allocation pour laquelle l'ensemble des travailleurs pauvres sont désormais éligibles, et non plus seulement les bénéficiaires du RMI et de l'API<sup>1</sup>. Le second : inciter les

allocataires à travailler, voire à travailler plus. Pour y parvenir, deux mécanismes doivent converger. D'abord, l'allocation complémentaire aux revenus, qui casse les « effets de seuil » : avec le RSA, il est toujours intéressant financièrement de reprendre une activité ou d'augmenter ses heures de travail. Ensuite, l'accompagnement personnalisé : ce suivi attentif permet d'aider les allocataires à franchir les obstacles qu'ils rencontrent sur le chemin de l'emploi, ou de l'emploi de qualité.

## Les premiers enseignements des expérimentations

**A**vant sa généralisation, à l'été 2009, le RSA aura été testé, dans une version expérimentale, sur des zones sélectionnées au sein de trente-quatre départements (durant dix-huit à vingt-quatre mois selon les territoires).

Cette version expérimentale du dispositif présente des différences significatives avec le futur RSA généralisé. La principale : elle ne concerne que les allocataires du RMI et de l'API qui travaillent, et non l'ensemble des travailleurs pauvres. Elle n'en reste pas moins riche d'enseignements quant au potentiel du dispositif, enseignements relevés grâce à la mise en place d'un protocole d'évaluation complet : comparaisons chiffrées entre territoires d'expérimentation et territoires témoins (notamment sur le retour à l'emploi), sondage et enquête sociologique auprès des personnes visées par le dispositif, enquête auprès des acteurs en charge de la mise en œuvre du RSA.

Les éléments de réflexion que nous présentons ici sont essentiellement issus de l'enquête sociologique auprès des personnes visées par le dispositif (c'est-à-dire des bénéficiaires du RMI ou de l'API), mais ils tiennent également compte des autres aspects du protocole d'évaluation. Relevons d'abord que ces personnes présentent les caractéristiques d'un public socialement et professionnellement fragile : bas

niveaux de qualification, fréquentes ruptures personnelles, trajectoires professionnelles chaotiques, logement précaire, isolement social marqué et précarité financière généralisée. Ces citoyens sont prisonniers d'une « économie de survie », au regard de laquelle le moindre coup de pouce financier est bienvenu, sinon nécessaire. Les personnes visées par le RSA plébiscitent ainsi sans réserve la dimension de lutte contre la pauvreté du dispositif.

Notons ensuite que ces dernières valorisent très fortement le travail pour parvenir à construire une « vie meilleure ». Refusant l'assistanat, elles désirent par-dessus tout acquérir leur autonomie par le biais d'une activité professionnelle consistante, c'est-à-dire régulière.

Le désir le plus couramment exprimé chez les personnes visées par le RSA est un désir de sortir de l'instabilité : qu'enfin leur vie soit réglée, au rythme d'un travail assuré sur le long terme. Cependant, leurs recherches d'un emploi de qualité durent des mois, sinon des années, et se révèlent fréquemment infructueuses. Et les personnes visées par le RSA, qu'elles soient ou non en emploi, ont toutes le même diagnostic : parvenir à un emploi stable exige de réunir un faisceau de circonstances favorables. Il faut une offre disponible (rare en temps de crise), une qualification adaptée à la demande, ainsi que la possibilité de résoudre une multitude d'obstacles pratiques (mobilité, santé, garde d'enfant...). Or, étant par définition fragiles, ces personnes ne peuvent réunir seules ces conditions.

Dès lors, au-delà d'un soutien financier toujours utile, un solide accompagnement s'avère indispensable. Autrement dit, du point de vue de l'incitation à travailler (ou travailler plus), la vraie plus-value du RSA se situe plutôt du côté du suivi personnalisé que de l'allocation. Du reste, quand il a été mis en place lors des expérimentations, l'accompagnement RSA (professionnel et individualisé) est présenté comme une véritable révolution par les bénéficiaires qui l'ont testé, en rupture avec le suivi traditionnel des assistantes sociales et l'indifférence de l'ANPE.

## Les enjeux de la généralisation

**D**e ces enseignements découlent deux principales observations quant à la généralisation prochaine du dispositif RSA. D'une part, le RSA apportera bien sa contribution en termes de lutte contre la pauvreté laborieuse, puisqu'il va constituer un complément de revenu pour l'ensemble des travailleurs pauvres<sup>2</sup>. Concrètement, on peut retenir l'image du « plus » dans les budgets des familles, particulièrement utile aux ménages les plus fragiles, comme les familles monoparentales. Cette image est d'autant plus pertinente que les ménages déjà concernés par les expérimentations expliquent fréquemment que l'allocation est affectée à un poste de dépense tout à fait spécifique (essence, fournitures scolaires, loyer...).

Mais, d'autre part, l'objectif de l'incitation à travailler reste largement en suspens. Comme les innombrables études réalisées sur le RMI depuis vingt ans, l'évaluation du RSA expérimental a fait la démonstration de l'importance de l'accompagnement professionnel « sur mesure » des bénéficiaires, qui constitue le levier essentiel pour le retour des chômeurs vers l'emploi et l'accroissement du temps de travail des personnes en temps partiel. Or, de ce point de vue, aucune garantie réelle n'a été apportée par la loi votée à l'automne 2008. S'il est convenu que le Pôle emploi sera la plaque tournante du suivi des allocataires du RSA (notion de référent unique), on ne sait pas précisément qui sera concerné par cet accompagnement (il ne sera pas obligatoire pour tout le monde), ni qui le mettra en œuvre, puisque le Pôle emploi sera amené à en sous-traiter une bonne partie. Surtout, personne n'est en mesure d'anticiper les moyens financiers, et donc humains, qui seront alloués à ce volet du dispositif. Or, si un budget

conséquent n'est pas attribué à l'accompagnement des allocataires, on retrouvera immanquablement les lacunes de la situation actuelle : un suivi partagé entre des agents du Pôle emploi submergés et des travailleurs sociaux peu formés aux problématiques professionnelles. Dans ce cas, crise ou pas crise, on ne peut attendre du RSA qu'une très faible plus-value en matière de lutte contre le chômage et la précarité professionnelle.

### Notes

1. Depuis plusieurs années, ceux-ci bénéficient en effet d'un mécanisme d'intéressement leur permettant de cumuler, pendant un an, allocation et revenus d'activité.

2. Notons cependant que le RSA n'apporte aucune plus-value en termes de minima sociaux (les barèmes RMI et API n'en sont pas affectés). En outre, il est synonyme de disparition de la prime de retour à l'emploi (1 000 euros), attribuée jusque-là aux bénéficiaires du RMI et de l'allocation de parent isolé (API) lorsque ceux-ci débutaient ou reprenaient une activité professionnelle.

### Bibliographie

S. MATHERN, « Les allocataires de minima sociaux en 2007 », *Études et résultats*, Drees, 2009.

M.-O. SIMON ; E. DAVID ; A. DUJIN ; C. OLM, « Les actifs en situation de pauvreté : quelles expériences de la pauvreté ? » Credoc, cahier de recherche n° C227, 2006.

M. ANGOTTI ; M. DENIZEAU ; C. OLM, « Les conséquences de la crise auprès des ménages et plus particulièrement des plus pauvres », étude du Credoc pour le Haut Commissaire aux solidarités actives, 2008.

Comité d'évaluation des expérimentations, « Rapport sur l'évaluation des expérimentations RSA », prévu pour juin 2009.

# L'ASSURANCE CONTRE LE RISQUE MALADIE DES POPULATIONS EN SITUATION DE PAUVRETÉ

*Jean-François Chadelat*

*Inspecteur général des Affaires sociales*

*Directeur du fonds CMU*

■ La fraction la plus pauvre de la population voit son revenu disponible constitué à hauteur de 42 % par des transferts sociaux. La France a développé des minima sociaux. Le plus ancien est le minimum vieillesse (1956), le plus emblématique est le RMI (1988). Au 1<sup>er</sup> juin 2009 le revenu de solidarité active (RSA) sera mis en place.

Avoir un système de protection sociale est un « devoir d'État », comme l'affirme le préambule de la Constitution française. N'assurant à son origine (après la Seconde guerre mondiale) qu'une protection sociale limitée, la Sécurité sociale s'est depuis développée grâce à la croissance économique des Trente Glorieuses.

Elle a également évolué : liée autrefois à une activité professionnelle, elle s'est généralisée et protège désormais tous les résidents. Il n'en reste pas moins que l'accès aux soins en France ne fonctionne bien, du moins pour la fraction la plus pauvre de la population, qu'en associant à la Sécurité sociale de base une assurance complémentaire. La grande novation de la loi de juillet 1999 créant la CMU-C est que, pour la première fois, les pouvoirs publics reconnaissent explicitement la nécessité d'une couverture complémentaire maladie. La CMU-C est une complémentaire offerte aux plus démunis, assurant une gratuité totale des soins, tiers payant compris.

La France peut s'enorgueillir d'un système de protection sociale de très haut niveau, dont les indicateurs sanitaires attestent l'efficacité, et qui a su prendre en charge ses résidents les plus modestes.

## ■ HEALTH INSURANCE FOR POPULATIONS IN POVERTY

*42% of the disposable income of the poorest fraction of the population is made up of social transfers. France has developed social minima. The first to be introduced was the minimum old age pension (1956); the most emblematic is the minimum income for social integration, RMI (1988). An earned income supplement, the revenue of active solidarity, the (revenu de solidarité active, RSA), will be brought in on 1 June 2009. According to the preamble to the French Constitution, the State has a duty to provide a system of social welfare. At first (after the Second World War), the social security system provided only limited social welfare, before expanding thanks to the economic growth of the thirty years from 1945 to 1975. It also evolved; originally linked to employment, it has been widened to protect all residents. However, it remains the case that access to health care in France works well, at least for the poorest fraction of the population, only when the basic social security is combined with supplementary insurance. The great innovation of the law of July 1999 that created the supplementary universal health cover (CMU-C) was that, for the first time, the public authorities explicitly acknowledged the need for supplementary health cover. Supplementary universal health cover is a supplementary cover offered to the poorest, providing totally free care, including direct payment by insurers of medical expenses (tiers payant).*

*France can be proud of its very high quality social welfare system. The effectiveness of this system is attested by health indicators and the system has been able to support the country's least well-off residents.*

---

## La pauvreté en France

---

**L**a situation de pauvreté est définie, selon les intervenants, par des revenus inférieurs à un seuil se situant soit à 50 % soit à 60 % du revenu médian. En 2005, le seuil de pauvreté relative à 50 % se situait, pour une personne seule, à 681 euros par mois et il visait 3 730 000 personnes, soit 6,6 % de la population. Si on retient le seuil de 60 %, c'est 7 130 000 personnes et 12,1 % de la population qui sont concernés, adultes, conjoints et enfants à charge. La position de la France n'est certes pas particulièrement mauvaise si l'on considère l'ensemble des pays de la planète ; il n'en demeure pas moins qu'une fraction très importante des habitants de notre pays voit ses conditions d'existence au quotidien gravement affectées par un niveau de ressources du foyer particulièrement faible.

Depuis plusieurs décennies tous les gouvernements successifs, quelle que soit leur couleur politique, se sont penchés sur cette question. Des instances spécifiques ont été créées : Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Le taux de pauvreté a sensiblement baissé. Entre 1970 et 2001, la pauvreté au seuil de 50 % est passée de 15 % à 6 %, mais depuis ces dernières années le niveau de pauvreté ne recule plus.

---

## La protection sociale française : un rempart contre la pauvreté

---

**U**ne étude de l'Insee de 2006 fait apparaître que le revenu disponible des 10 % les plus pauvres de la population est constitué à 42 % de transferts sociaux. Des minima sociaux ont été instaurés. Le plus ancien est le « minimum vieillesse » mis en place en 1956 pour

garantir, via l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité, un minimum de ressources aux personnes âgées. Il est vrai qu'à l'époque les retraites étaient extrêmement faibles, et le vieux retraité et surtout la vieille veuve étaient l'archétype de la grande misère.

La création, par la loi du 1<sup>er</sup> décembre 1988, du revenu minimum d'insertion (RMI) est sans doute la mesure la plus célèbre et la plus emblématique.

Dès son élection au printemps 2007, le président de la République Nicolas Sarkozy a fixé comme objectif de son quinquennat la réduction d'un tiers du taux de pauvreté en France. Il a créé un poste à rang ministériel de Haut Commissaire aux Solidarités Actives contre la pauvreté, qu'il a confié à Martin Hirsch.

Il faut noter que ce dernier, prenant acte de ce que le RMI n'avait pas totalement rempli son rôle dans la partie « I » du RMI c'est-à-dire dans l'insertion, a proposé et fait adopter par le Parlement la création du revenu de solidarité active (RSA).

Le RSA s'inscrit totalement dans la démarche présidentielle de revalorisation du travail. Il est logique et nécessaire que celui qui prend ou reprend un travail en tire un avantage financier. Les minima sociaux ne doivent plus être des trappes à pauvreté, où le bénéficiaire serait perdant en cas de réinsertion dans le monde du travail.

---

## La protection sociale, un devoir constitutionnel de l'État

---

**L**e système français de protection sociale s'est progressivement mis en place au cours des décennies passées, mais sa véritable naissance peut être datée de l'ordonnance du 4 octobre 1945. Le préambule de la Constitution de 1946, qui a par ailleurs été repris dans le préambule de la Constitution de 1958, pose une affirmation très forte que l'on retrouve dans la Déclaration universelle

des droits de l'homme, à savoir que c'est le devoir d'un État que d'assurer la protection de ses citoyens contre les risques majeurs de l'existence.

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, Article 11 : « *La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* »

Il faut prendre conscience que ce système obligatoire, dont l'État est le responsable et le garant, a été créé à l'origine sur une base très basse. En effet, la France en 1945 sortait de quatre années de guerre et d'occupation, c'était un pays ruiné. Dès lors, les gouvernements ont favorisé la mise en œuvre de systèmes complémentaires – la retraite des cadres, Agirc, date du 14 mars 1947. Dans les décennies 1950 et 1960, c'est toute la prévoyance facultative qui s'est développée : incapacité, invalidité, décès, etc. Mais la croissance économique des Trente Glorieuses a permis à la Sécurité sociale obligatoire de se développer tant en niveau qu'en étendue (agriculteurs en 1948, non salariés non agricoles en 1948 pour la vieillesse et en 1966 pour la maladie) pour atteindre son très haut niveau actuel.

---

## Généralisation de la Sécurité sociale dans le domaine de l'assurance maladie

---

**A** l'origine, la protection obligatoire couvrait les salariés. En particulier dans le domaine de l'assurance maladie, c'est l'occupation d'un emploi qui garantissait les personnes. Les plus démunis, généralement sans travail, se trouvaient dans une situation qui aurait pu être dramatique si les mécanismes de l'aide sociale ne s'étaient pas trouvés là pour leur garantir une protection du risque santé. Avec la forte montée du chômage qui a débuté dans la deuxième moitié des années 1970

après le premier choc pétrolier, il est apparu nécessaire de mieux harmoniser, en termes de protection, ce binôme Sécurité sociale-Aide sociale.

Les lois de 1975 et 1978 ont généralisé la Sécurité sociale ; ainsi, en particulier dans le domaine de l'assurance maladie, le lien entre travail et couverture sociale a disparu. Il a été totalement supprimé avec la loi du 27 juillet 1999 créant une couverture maladie universelle (CMU). La seule condition désormais posée est celle de résidence sur le territoire national.

Les pauvres n'ont pas ou peu de revenus tirés du travail ; quant à rechercher une protection à titre individuel de leurs propres deniers, rares sont ceux qui font un arbitrage en ce sens.

La faiblesse des ressources conduit inéluctablement à faire des arbitrages, en termes de dépenses, que connaissent moins, voire ne connaissent pas, ceux qui se trouvent dans des situations moins défavorables.

La loi vient suppléer à cette carence, dont les conséquences pourraient être très graves, en leur offrant une protection obligatoire.

Le système américain Medicaid pourrait d'une certaine façon correspondre, en bien moins généreux, à la CMU française. Mais le drame, aux États-Unis, se trouve chez les quelque 50 millions de personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil d'allocation. Les déclarations du nouveau président américain Barack Obama laissent espérer que ce pays pourrait enfin répondre à cette situation particulièrement dommageable et qui se mesure, en termes d'espérance de vie, par des chiffres particulièrement médiocres.

---

## La création de la CMU : un tournant particulièrement novateur

---

**S**i la loi du 27 juillet 1999 est, avec dix ans de recul, saluée unanimement comme une très grande loi, ce n'est pas parce qu'elle a généralisé une protection obligatoire maladie, qui

était déjà généralisée, c'est parce qu'elle comportait un volet bien plus important et bien plus novateur : celui d'offrir une assurance complémentaire santé à la fraction la plus pauvre de la population.

Le ticket modérateur de la Sécurité sociale a été mis en œuvre dès la création de cette dernière en 1945. À cela se sont ajoutés des tarifs de remboursement non réévalués, comme c'est le cas dans les domaines de l'optique, de l'audition, des appareillages ou des prothèses dentaires – ainsi, par exemple, pour ces dernières les bases de remboursement n'ont pas évolué depuis trente ans. La création du secteur II et la multiplication des dépassements d'honoraires, décrits dans un très récent rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales, sont venus augmenter la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages.

Dans ces conditions, il n'est guère surprenant que l'assurance complémentaire santé se soit développée. En 1960, seuls 31 % des Français étaient couverts par une assurance complémentaire du risque maladie ; ce pourcentage passait à 49 % en 1970, à 69 % en 1980, à 83 % en 1990 et à 86 % en 2000, date d'entrée en vigueur de la CMU-complémentaire.

Ce qui rend la loi du 27 juillet 1999 particulièrement novatrice est que pour la première fois les pouvoirs publics reconnaissaient explicitement que, pour avoir accès aux soins, il fallait disposer d'une assurance de base – la Sécurité sociale, ainsi que d'une assurance complémentaire santé, (jusque-là inaccessible pour la fraction la plus pauvre de la population).

Aujourd'hui, alors que la loi CMU va fêter son dixième anniversaire, on estime à 92 % la population couverte par une complémentaire santé. Les 8 % n'en disposant pas se répartissent à peu près à parts égales entre ceux qui considèrent ne pas avoir les moyens d'en souscrire une et ceux qui, ayant fait un calcul économique, préfèrent faire de l'auto-assurance.

La CMU-C a remplacé l'aide médicale des départements et de l'État ; ce qui n'empêche pas telle collectivité territoriale ou telle caisse de Sécurité sociale, sur

ses budgets d'action sanitaire et sociale, de compléter ponctuellement la CMU par ses propres actions.

L'idée forte de la CMU est de traiter ses bénéficiaires exactement de la même façon que les autres assurés sociaux. Leur accès aux soins est, du moins en théorie, le même dans les deux cas. Pour ce faire, la loi CMU a défini un panier de soins à tarifs opposables ; dès lors, les bénéficiaires de la CMU, dont il faut rappeler qu'ils correspondent à la fraction des 10 % les plus pauvres de la population, obtiennent des soins totalement gratuits en tiers payant.

La conséquence est qu'un médecin du secteur II n'a pas le droit de réclamer des honoraires libres à un Cmuiste ; de même, les prothèses dentaires ou les lunettes sont payées au professionnel de santé au tarif CMU fixé par arrêté. En cas d'exigence particulière du bénéficiaire, il est possible de sortir de ces tarifs, la différence étant à la charge du Cmuiste.

La mise en œuvre de ce dispositif a eu plusieurs conséquences. D'abord, les enquêtes santé ont fait apparaître, chez ces très pauvres, un très net recul du renoncement aux soins ; en second lieu, une étude du service statistique du ministère de la Santé (Drees) a montré que l'accès aux soins du bénéficiaire d'une assurance privée et de celui de la CMU est désormais sensiblement comparable. Seuls ceux qui n'ont aucune complémentaire santé ont un taux de renoncement aux soins nettement supérieur.

Tout est-il complètement résolu dans la protection maladie des plus pauvres ? Il existe encore des zones d'ombre. La plus criante est ce que l'on appelle le « refus de soins ».

Les professionnels de santé – médecin à honoraires libres, chirurgien-dentiste pour les prothèses – ne voient pas toujours d'un très bon œil le bénéficiaire de la CMU : ce dernier est un patient moins rentable. Cette attitude, bien qu'unaniment condamnée et surtout proscrite par les codes de déontologie, existe toujours. La loi HPST actuellement en discussion devant le Parlement introduit des sanctions financières en cas de refus de soins.

## Conclusion

**L**a France peut s'enorgueillir d'un taux de couverture sociale maximal. Elle a su mettre en place un système d'assurance maladie de très haut niveau. Il n'y a pas de mystère en la matière, et si l'espérance de vie et les taux de mortalité infantile sont parmi les meilleurs du monde, c'est par la construction de ces dispositifs originaux et par ce souci de ne pas oublier les plus pauvres.

# LE BOUCLIER SANITAIRE

*François Écalle*

*Économiste, Université Paris I*

■ Au printemps 2007, le projet d'instauration de nouvelles franchises sur le remboursement des dépenses de santé a provoqué de véhémentes protestations. Martin Hirsch a alors proposé la mise en place d'un « bouclier sanitaire » consistant à plafonner les montants laissés par l'assurance maladie obligatoire à la charge des ménages en fonction de leur revenu <sup>1</sup>.

Ce dispositif est présenté ici en examinant son équité, son efficacité et son impact sur les finances publiques ainsi que sur l'organisation de l'assurance maladie.

## ■ THE CAP ON OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENSES

*In the spring of 2007, the proposed introduction of new excesses on the reimbursement of health costs provoked strong protests. Martin Hirsch then proposed the introduction of a cap (the bouclier sanitaire) on those costs that are not covered by compulsory health insurance but are payable by households; the cap would kick in at a level determined by household income. This paper looks at this mechanism, its fairness, its effectiveness and its impact on the public finances and on the way health insurance is organised.*

---

## Le dispositif proposé

---

**I**l existe depuis longtemps des forfaits, franchises et tickets modérateurs qui réduisent le taux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie et, depuis presque aussi longtemps, des mécanismes de plafonnement et d'exonération de ces dispositifs qui atténuent leur impact sur les ménages les plus pauvres. Le plus important permet aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) d'être remboursées à 100 % pour les soins requis par cette affection.

L'instauration du bouclier sanitaire consisterait à supprimer tous ces mécanismes de plafonnement et d'exonération et à les remplacer par une disposition législative unique. Celle-ci prévoirait un remboursement

des dépenses de santé reconnues par l'assurance maladie à 100 % dès que le montant laissé à la charge de l'assuré, le reste à charge, dépasse x % de son revenu, en cumul depuis le début de l'année. Autrement dit, chacun serait assuré que les dépenses de santé laissées à sa charge ne dépasseraient jamais x % de son revenu.

Une variante pourrait consister à remplacer les tickets modérateurs, forfaits et franchises actuels par une unique franchise annuelle <sup>2</sup> qui serait fixée pour chaque ménage proportionnellement à son revenu, le remboursement étant intégral au-delà.

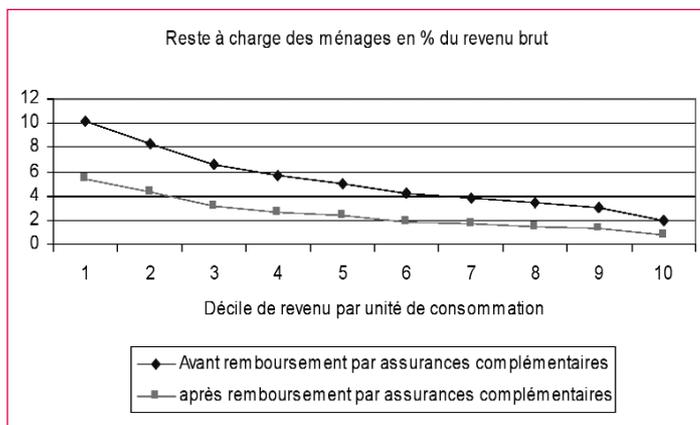
Un bouclier existe en Allemagne où la valeur de x est fixée à 2 %. En Belgique, un reste à charge maximal par tranche de revenus est fixé en euros et, dans un rapport au ministre de la Santé, R. Briet

et B. Fragonard ont analysé les effets du bouclier sanitaire en prenant ce modèle pour leurs simulations <sup>3</sup>. Ils ont aussi estimé que les problèmes techniques (adaptation du système informatique des caisses, transferts des données sur les revenus fiscaux...) pouvaient être résolus en deux ans, une fois la décision prise.

## Une plus grande justice sociale

Les principaux mécanismes de plafonnement et d'exonération des forfaits, franchises et tickets modérateurs ont pour caractéristique d'être fixés en euros pour les plafonds, ou en fonction de la maladie subie (ALD) pour les exonérations. Ils ne tiennent aucun compte des capacités contributives des assurés.

En valeur absolue, le reste à charge est ainsi indépendant du revenu. Pour les seuls soins de ville et hors dépassements d'honoraires, il est de l'ordre de 240 euros par an et par personne ; mais pour 1 % de la population il est de 2 700 euros en cas de ALD et de 1 500 euros hors cas de ALD <sup>4</sup>. Pour les soins hospitaliers, il est en moyenne de l'ordre de 50 euros par personne mais il est supérieur à 1 000 euros pour 9 % des personnes hospitalisées.



Source : « Plafonner les franchises et tickets modérateurs en fonction du revenu », F. Écalle, *Sociétal*, 2007.

Rapporté au revenu des ménages par unité de consommation et pour l'ensemble des dépenses de santé, remboursables ou non, le reste à charge est fortement décroissant avec ce revenu, avant ou après remboursement par les assurances complémentaires (cf. graphique).

Il est souvent couvert par des assurances complémentaires mais 9 % des Français n'ont pas de couverture complémentaire (22 % de ceux qui sont au-dessous du seuil de pauvreté). De plus, les remboursements des assurances complémentaires ne tiennent pas compte non plus de la capacité contributive des ménages.

En conséquence, la probabilité de renoncement aux soins pour des raisons financières augmente de manière significative lorsque le revenu diminue, et les plus pauvres vont moins souvent chez le médecin alors qu'ils sont plus nombreux à souffrir de certaines pathologies <sup>5</sup>.

En faisant en sorte que le reste à charge maximal soit proportionné au revenu, dans un pourcentage qui ne devrait sans doute pas dépasser 3 à 5 % du revenu, le bouclier sanitaire contribuerait donc à une plus grande justice sociale.

Les problèmes financiers d'accès aux soins tiennent toutefois aussi à l'importance des dépassements d'honoraires et à la prépondérance des médecins autorisés à les pratiquer dans certaines zones. Or le bouclier, dans sa présentation usuelle, ne concerne que les dépenses de santé remboursables par la Sécurité sociale. Il a toutefois vocation à s'appliquer aux dépenses de santé reconnues comme nécessaires et pourrait s'étendre aux dépassements inévitables pour les patients.

L'instauration du bouclier sanitaire entraînerait forcément des transferts de revenus. D'une part, les ménages les plus pauvres seraient plus vite remboursés à 100 % et, d'autre part, les plus aisés seraient plus fortement touchés par la suppression des mécanismes d'exonération et de plafonnement. Les transferts

induits ne se limiteraient cependant pas à une redistribution verticale des revenus, et les personnes en ALD dont les soins sont limités à cette ALD seraient ainsi pénalisées. Le rapport de R. Briet et B. Fragonard montre cependant que les transferts induits par différents barèmes de bouclier à remboursements totaux constants seraient relativement faibles.

Ils contribueraient néanmoins à renforcer la redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire. Le bouclier sanitaire pourrait alors présenter un risque de remise en cause de celle-ci par des assurés estimant « payer pour rien ». Ce risque est cependant faible dans la mesure où tous les assurés continueront à être remboursés<sup>6</sup>. Il convient en outre de considérer le problème du niveau de redistribution de manière globale en intégrant l'ensemble des prélèvements obligatoires et prestations sociales. Si cette redistribution est considérée comme excessive ou insuffisante, il existe d'autres instruments pour la corriger, à commencer par l'impôt sur le revenu.

---

## Une mesure de simplification

---

L'empilement des mesures visant à augmenter la participation financière des assurés et à en atténuer aussitôt les effets a conduit à un système très compliqué. Le cumul des forfaits de 1 euro est ainsi plafonné à 50 euros par an et les assurés exonérés au titre des actes techniques les plus lourds se voient appliquer un forfait de 18 euros, sauf exception... Les trois nouvelles franchises sont globalement plafonnées à 50 euros par an, mais les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, les enfants et les femmes enceintes en sont exonérés.

Le dispositif des ALD suppose de bien distinguer, dans les soins reçus par un assuré, ceux qui relèvent de son ALD et les autres. Cette distinction repose sur un protocole de soins établi lors de l'admission en ALD et opposable au médecin consulté, ainsi que sur un « ordonnancier bizona » permettant, à chaque consultation, de distinguer les soins relevant du protocole et les autres. Il en résulte une accumulation

d'exigences bureaucratiques qui n'améliore en rien la qualité des soins et dont le contrôle occupe le quart du temps de travail des médecins-conseils des caisses – contrôle au demeurant peu efficace et qui nuit fortement à la qualité des relations entre médecins de ville et médecins-conseils, la frontière entre les soins relevant de l'ALD et les autres étant très artificielle<sup>7</sup>.

En remplaçant tous les dispositifs de plafonnement et d'exonération, le bouclier constituerait une mesure de simplification très utile.

---

## Un faible impact sur l'efficacité du système de santé

---

Le bouclier sanitaire n'aurait pas d'impact significatif sur l'efficacité du système de santé, mais ce n'est pas son but. L'offre de soins ne serait pas modifiée et seule la demande pourrait être affectée. D'un côté, la hausse des tickets modérateurs, à travers la suppression des exonérations actuelles, contribuerait à modérer la demande de soins ; d'un autre côté, le remboursement à 100 % des dépenses au-delà de x % du revenu contribuerait à la stimuler. La résultante de ces mouvements opposés est difficile à estimer mais elle est probablement assez faible. La consommation de soins des ménages est certes sensible à leur participation financière et les dépenses de médecine ambulatoire sont ainsi significativement plus élevées lorsqu'ils disposent d'une assurance complémentaire<sup>8</sup>. Elle reste néanmoins surtout déterminée par leur état de santé et par les prescriptions médicales, notamment lorsque les affections concernées sont graves. Le bouclier n'étant activé qu'au-delà d'un montant significatif de dépenses, on peut penser qu'il s'appliquera plutôt à de telles affections.

Le bouclier sanitaire serait en outre compatible avec toutes les réformes envisageables pour améliorer l'efficacité du système de santé.

## Un nouveau moyen de redresser les comptes de l'assurance maladie

**L**e déficit de l'assurance maladie s'est élevé à près de 5 milliards d'euros en 2008 et pourrait doubler en 2009. L'efficacité du système de santé français peut certainement être améliorée et des économies considérables peuvent être réalisées. Il y a donc encore beaucoup de réformes à faire, mais on peut néanmoins craindre qu'elles soient insuffisantes pour faire disparaître ce déficit. Dans ces conditions, il faudra se résigner, lorsque la croissance aura repris, soit à augmenter le taux de la CSG – mais le niveau déjà très élevé du taux global des prélèvements obligatoires en France nous laisse peu de marge –, soit à réduire le taux de remboursement moyen des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire.

Les tickets modérateurs, forfaits et franchises y contribuent mais leur impact sur les comptes est globalement compensé par celui des mécanismes de plafonnement et d'exonération, si bien que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé est à peu près la même, autour de 77 %, depuis 1970.

La mise en place du bouclier sanitaire ouvrirait de nouvelles perspectives. À partir du moment où chacun est assuré de ne pas avoir à payer pour sa santé plus qu'une fraction raisonnable de ses revenus, il est possible d'augmenter beaucoup plus fortement les tickets modérateurs et franchises sans que cela pose de problèmes sociaux. Il est aussi possible de relever le seuil en pourcentage des revenus au-delà duquel les dépenses sont remboursées à 100 %. Le bouclier sanitaire donne donc de nouveaux leviers pour équilibrer les comptes de l'assurance maladie. On pourrait même ajuster automatiquement le ticket modérateur ou le seuil de remboursement à 100 % pour résorber les déficits.

Le bouclier sanitaire permettrait notamment de supprimer le dispositif spécifique aux ALD qui est un des principaux facteurs de dérive des dépenses de santé. La part des assurés sociaux en ALD pourrait en effet augmenter de 42 % d'ici 2015, ce qui entraînerait une augmentation de plus de deux points du taux de remboursement moyen de la Sécurité sociale<sup>9</sup> (soit 3 milliards d'euros). Pour maîtriser le coût des ALD, les gouvernements et la Cnam ont jusqu'ici surtout essayé de mieux délimiter médicalement le périmètre des affections « longues et coûteuses », mais cette approche n'a obtenu aucun résultat et s'avère sans issue, toute sortie d'une maladie de la liste des ALD s'exposant à une contestation politiquement irrésistible.

## Un défi pour les assurances complémentaires

**L**es restes à charge supplémentaires induits par cette réforme pour certains ménages seraient souvent remboursés par des assurances complémentaires, tandis que les restes à charge économisés par d'autres ménages entraîneraient une réduction des remboursements complémentaires. On pourrait en conclure que cette réforme aurait surtout un effet de vases communicants entre la Sécurité sociale et les assurances complémentaires. Ses conséquences seraient en réalité beaucoup plus importantes.

D'abord, le bouclier sanitaire apporterait un avantage sensible aux 9 % de Français qui n'ont pas de couverture complémentaire, avantage certes payé, à remboursements totaux de la Sécurité sociale constants, par la hausse des tickets modérateurs et franchises sur les autres assurés et donc, in fine, en partie par les assureurs complémentaires.

Toutefois, le bouclier sanitaire entraînerait en fait une profonde révision des modes de tarification des assureurs complémentaires. En simplifiant, un ménage à bas revenu serait vite protégé par le bouclier, c'est-à-dire pour une consommation de soins limitée, au

contraire d'un ménage à hauts revenus. Le risque pour les assureurs complémentaires deviendrait donc une fonction du niveau de revenus, et il est donc fort probable qu'ils rendent alors leurs cotisations beaucoup plus progressives avec le revenu <sup>10</sup>.

Le bouclier sanitaire permettant, une fois mis en place, de réduire le taux de remboursement moyen de la Sécurité sociale sans limiter l'accès aux soins des plus démunis, les assureurs complémentaires devraient bénéficier d'un marché plus important. Toutefois, en sens inverse, le bouclier réduirait significativement l'intérêt même d'une couverture complémentaire. Si le reste à charge maximal est égal, par exemple, à 3 % du revenu, quel est l'intérêt d'une assurance complémentaire ? Ce deuxième effet serait sans doute beaucoup plus fort.

## Un retour aux principes de base de la Sécurité sociale

Le bouclier sanitaire est parfois perçu comme contraire au principe de base de l'assurance maladie obligatoire selon lequel « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Il ne changerait pas la nature des prélèvements obligatoires affectés à l'assurance maladie mais modifierait les modalités de remboursement des soins. Cette modification serait toutefois en pratique d'ampleur limitée. Avec le bouclier, chacun continuerait à être remboursé selon ses besoins sanitaires, quel que soit son revenu. La différence tient seulement à ce que les ménages à bas revenus bénéficieraient plus vite d'un remboursement à 100 %.

Surtout, le bouclier sanitaire permettrait en fait de vraiment respecter le principe selon lequel chacun reçoit selon ses besoins, ce qui signifie que la Sécurité sociale doit faire en sorte que personne ne renonce à des soins essentiels pour des raisons financières. Or ce principe a été perdu de vue depuis longtemps. En effet, d'une part les tickets modérateurs, franchises et forfaits le remettent clairement en cause dans la

mesure où ils imposent aux ménages une participation indépendante de leurs revenus et potentiellement incompatible avec ces revenus. D'autre part, les exonérations et plafonnements instaurés pour résoudre ce problème n'y sont pas parvenus. Seul le bouclier sanitaire permettrait de respecter les principes de base de l'assurance maladie obligatoire.

### Notes

1. Sur la genèse de cette proposition et les réactions qu'elle a entraînées, voir « Le bouclier sanitaire en France », F. Écalle, Futuribles, avril 2008.

2. Comme celle proposée dans « Assurance maladie : osons la franchise », J. Simon, Sociétal, 2009.

3. R. Briet ; B. Fragonard, Rapport de la mission bouclier sanitaire, La Documentation française, septembre 2007.

4. Les bénéficiaires du dispositif ALD ne sont remboursés à 100 % que pour les soins en relation avec leur maladie. Comme ils ont souvent d'autres pathologies, leur reste à charge est souvent plus élevé.

5. D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Études et résultats, Drees, 2005. T. de Saint Pol, « La santé des plus pauvres », Insee Première, 2007.

6. Il serait plus grand dans la variante avec franchise en base annuelle.

7. P.-L. Bras ; E. Grass ; O. Obrecht, « En finir avec les affections de longue durée, plafonner les restes à charge », Droit social, avril 2007.

8. D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Études et résultats, Drees, 2005.

9. R. Briet ; B. Fragonard, « Mission bouclier sanitaire », La Documentation française, 2007.

10. Il faudrait que les assureurs connaissent les revenus des assurés mais ils les ont déjà pour certaines formes d'assurance (crédits immobiliers...), comme les banquiers ou les sociétés de gestion de portefeuille.

# ASSISTANCE ET ASSURANCE : UNE FORTE COMPLÉMENTARITÉ

*Yannick L'Horty*

*Professeur d'économie à l'Université d'Évry-Val d'Essonne,  
EPEE, CEE et TEPP-CNRS*

■ Les prestations de solidarité, comme les prestations d'assurance, ont pour objectif de compenser l'absence de ressources des ménages confrontés à la réalisation d'un risque. Le risque couvert est celui d'être exposé à la pauvreté et il se réalise le plus souvent à la suite d'un accident de la vie qui conduit à un éloignement prolongé de l'emploi stable. A priori, il s'agit bien d'un risque assurable. Les proximités sont donc plus importantes qu'il n'y paraît entre l'assistance et l'assurance, qui fonctionnent l'une et l'autre selon un principe de mutualisation et de couverture du risque. La frontière n'est d'ailleurs pas toujours évidente à tracer entre les deux mondes, et elle peut se déplacer selon les pays et selon les périodes. Les prestations de solidarité relèvent en France d'une logique beveridgienne. Elles sont d'un montant faible, financé par l'impôt, et sont offertes à tous sous condition de citoyenneté. Les prestations d'assurance sociale, dans le domaine de la retraite, de la santé, du chômage et de la famille, relèvent quant à elles d'une logique bismarckienne. Elles sont liées à la situation d'emploi présente ou antérieure et sont principalement financées par des prélèvements sur les revenus du travail. Quelles justifications économiques peuvent être données à la singularité des prestations de solidarité ? Pourquoi, au sein des mécanismes d'assurance, et plus particulièrement au sein des mécanismes de l'assurance sociale, réserver un statut particulier aux prestations d'assistance ? Comment fonder le caractère exceptionnel de l'assistance ?

## ■ WELFARE AND INSURANCE: HIGHLY COMPLEMENTARY

*The purpose of welfare benefits is the same as that of insurance payments, i.e. to compensate households for their lack of resources following the materialisation of a risk. The risk covered is the risk of being exposed to poverty and it materialises most often following a personal accident that leads to a prolonged period without steady employment. A priori, this is an insurable risk. As a result, the similarities between welfare and insurance are more significant than they might seem; both function according to the principle of pooling and covering the risk. The dividing line between the two is not always clear and can move depending on the country and the period in question.*

*Welfare benefits in France follow a Beveridge-type approach. These payments are low, funded by tax and available to everyone who holds citizenship. Social insurance payments, in the areas of pensions, health, unemployment and the family, follow a Bismarckian approach. They are related to present or previous employment and are mainly funded by pay-roll deductions.*

*How can the different nature of welfare benefits be justified from an economic point of view? Why, among insurance mechanisms, and more particularly social insurance mechanisms, reserve a special status for welfare benefits? On what is the exceptional nature of welfare based?*

---

## Le coût de la solidarité : 60 milliards d'euros, 3 points de PIB

---

**E**n France, les prestations de solidarité rassemblent un grand nombre de dispositifs : revenu minimum d'insertion (RMI), couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), allocations de chômage au titre du régime de solidarité (ASS), allocations logement (APL et ALS), aide sociale à l'enfance (ASE), allocation aux adultes handicapés (AAH), garantie de ressources et allocation compensatrice pour les personnes handicapées, allocation personnalisée d'autonomie (APA)... Elles constituent l'essentiel des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics avec lesquels l'État et les collectivités locales développent des actions de solidarité nationale en faveur de certaines populations prioritaires (familles, personnes âgées, personnes handicapées, victimes de la pauvreté ou de l'exclusion sociale...) au travers de prestations spécifiques.

Ces prestations représentent au total 10,9 % des dépenses de protection sociale en 2007, soit une masse budgétaire de 60 milliards d'euros correspondant à près de 3 points de PIB. Même en retenant une définition large de la lutte contre l'exclusion, on atteint des montants qui, pour être importants dans l'absolu, restent modestes tant au regard du volume total des dépenses de protection sociale que relativement au nombre de bénéficiaires concernés. Selon les comptes de la protection sociale<sup>1</sup>, qui permettent une décomposition des prestations selon une nomenclature cohérente avec les comptes nationaux, les quatre cinquièmes des prestations de protection sociale (sur un total de 549,6 milliards d'euros en 2007) correspondent aux dépenses des régimes d'assurance sociale qui ont un rôle prépondérant au sein de la protection sociale. Ces régimes couvrent les risques vieillesse, santé, chômage et famille et interviennent pour tous les risques de la protection sociale, à l'exception de l'exclusion sociale.

Les prestations de solidarité ont un statut assez

exceptionnel dans cet ensemble. D'un côté, elles sont totalement financées par l'impôt, alors que l'essentiel des dépenses des régimes d'assurance sont financées par des cotisations sociales. D'un autre côté, ces dépenses sont principalement effectuées à un niveau décentralisé, par les collectivités locales. Cette caractéristique se renforce : depuis 2001, la part des dépenses des collectivités locales a doublé dans l'ensemble des dépenses, pour atteindre 5,9 % en 2007, dont l'essentiel est le fait des dépenses de solidarité des départements.

---

## L'analyse économique de l'assurance sociale

---

**L**es prestations d'assurance sociale, comme les prestations de solidarité, diffèrent des autres prestations d'assurance par leur caractère obligatoire et collectif. Pour toutes les prestations sociales, le montant des cotisations n'est pas modulé en fonction du risque. Il y a mutualisation complète du risque. Tandis que, selon une logique assurantielle stricte, le montant de la cotisation est fixé individuellement en fonction des caractéristiques de l'assuré et du niveau de couverture souhaité. Le contrat d'assurance classique est individualisé alors que le contrat d'assurance sociale est... socialisé.

Pour justifier cet état de fait, l'argumentation économique classique peut être mobilisée. Il y a une asymétrie d'information entre l'assureur et l'assuré social sur son degré d'exposition au risque. L'assuré dispose d'informations privées qui ont trait à son risque de santé ou d'exposition au chômage. Dans ce contexte, si l'on proposait une pluralité de contrats ou des contrats individualisés, il y aurait à la fois des phénomènes d'anti-sélection et d'aléa moral. D'un côté, les personnes les moins exposées chercheraient la couverture et les cotisations les plus faibles, ce qui poserait des difficultés de financement. D'un autre côté, les contrats les plus généreux pourraient inciter les assurés à se surexposer au risque. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir un contrat unique, c'est-à-dire

un contrat collectif, et de lui donner une dimension obligatoire.

On le voit, les arguments classiques permettent de fonder économiquement l'assurance sociale. Toutefois, ces arguments ne permettent pas de comprendre pourquoi, parmi les prestations sociales organisées selon un principe collectif et obligatoire, certaines relèvent de l'assurance et d'autres de l'assistance.

## La solidarité est universelle, l'assurance est catégorielle

Pour distinguer assurance et assistance sociale, le premier constat qui doit être posé est que l'assurance mutualise le coût du risque au sein d'un échantillon d'assurés et que cet échantillon ne recouvre jamais l'ensemble de la population. Cela est évident pour les contrats d'assurance individuels et facultatifs qui ont toujours une dimension personnelle. Mais c'est le cas aussi pour tous les dispositifs collectifs et obligatoires de l'assurance sociale associée aux grands régimes (Cnam, Cnav, Cnaf et indemnisation du chômage). Ces dispositifs assuranciers ont la couverture la plus large mais ne concernent jamais la totalité des résidents sur le territoire national. Le régime général des retraites ne couvre pas les bénéficiaires du minimum vieillesse. L'assurance chômage n'indemnise qu'un demandeur d'emploi sur deux et ne concerne pas les non-salariés. L'assurance maladie, qui est sans doute le mécanisme assuranciel dont la couverture est la plus large, est aujourd'hui assortie de dispositifs complémentaires, tels que la couverture maladie universelle et sa complémentaire, sans lesquels plusieurs millions de ménages n'auraient pas accès à la prise en charge des soins. Dans tous ces cas, les mécanismes assuranciers offrent une couverture partielle de la population potentiellement éligible.

Les prestations de solidarité, au premier rang desquelles viennent les minima sociaux, sont en revanche ouvertes à tous de façon quasi inconditionnelle<sup>2</sup>.

Elles ne profitent pas à tous de façon effective, et concernent donc toujours des publics particuliers, mais elles peuvent potentiellement profiter à tous, dans la mesure où chaque personne résidente en France a un risque non nul durant toute sa vie de recourir un jour à ces prestations de solidarité. En ce sens, il s'agit de prestations à caractère universel.

Fondamentalement, le rôle de ces prestations est de combler les manques de l'assurance. C'est dans cette perspective qu'elles proposent des montants d'aide plus faibles mais avec une couverture beaucoup plus large. Le RMI, en particulier, a été conçu dès sa mise en œuvre avec la loi de 1988 comme un filet de dernier secours destiné à combler les vides de la protection sociale dans un contexte de persistance du chômage et d'allongement de sa durée. Pour remplir son rôle, ce filet devait être le plus large possible de façon à rattraper tous les exclus des assurances privées et sociales. Le montant monétaire de la prestation est faible dans l'absolu mais sa couverture s'étend à tous les bénéficiaires potentiels.

C'est bien cette accessibilité universelle qui différencie fondamentalement les prestations de solidarité et les prestations d'assurance. Le principe d'universalité domine ontologiquement tous les autres aspects du hiatus apparent entre assurance et assistance, au sens où les autres différences entre ces deux mondes en sont les conséquences logiques. On peut présenter une à une ces spécificités induites.

## Les spécificités induites des prestations de solidarité

En pratique, l'ouverture du droit d'accès à des prestations d'assurance est conditionnée par une certaine antériorité de cotisations. Les prestations de solidarité sont quant à elles non contributives. Tous les résidents y ont accès, indépendamment de leur position professionnelle, de leur situation d'activité et de leur antériorité de cotisation. Les seules conditions pour en bénéficier

tiennent au lieu de résidence, au niveau des ressources et à l'âge du bénéficiaire. Le RMI par exemple est accordé aux résidents en France, sans condition de nationalité, dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil modulé en fonction de la taille du ménage, et âgés d'au moins 25 ans sauf s'ils sont chargés de famille. Il en ira de même pour le RSA. Le même type de conditions s'applique dans tous les pays d'Europe où existe un mécanisme de revenu garanti.

Comme les prestations de solidarité sont universelles et non contributives, elles sont financées par l'impôt. Tous les résidents y contribuent. Ce financement par l'impôt associé au caractère universel de ces prestations fait qu'elles ont une dimension nécessairement redistributive. Augmenter le budget consacré à ces prestations rend la société moins inégalitaire. Ce constat ne vaut pas pour les prestations d'assurance, dont les effets sont théoriquement neutres sur les disparités de revenus.

Dès lors que les prestations de solidarité sont universelles, leur montant est le plus souvent unique. Elles sont attribuées – au moins pour ce qui concerne les minima sociaux qui en constituent la composante principale, nationale et légale – selon un barème indifférencié sur tout le territoire métropolitain. Cette uniformité tranche nettement avec la diversité extrême des contrats d'assurance. Cela a force d'évidence s'agissant des contrats individuels et facultatifs, mais reste également vrai pour les régimes d'assurance, même obligatoires et collectifs. L'assurance chômage est organisée autour de plusieurs filières d'indemnisation. Les régimes de retraite se distinguent selon qu'il s'agisse du secteur privé ou public, ils comportent plusieurs régimes spéciaux et s'organisent sur plusieurs étages. Il en va de même pour l'assurance maladie, dont le régime de base de la Sécurité sociale est complété par les mutuelles. Cette architecture compliquée et différenciée dans l'espace contraste nettement avec celle de la solidarité qui est celle d'une maison à un seul étage, dont les plans ont en quelque sorte été dupliqués sur tout le territoire.

Puisque les prestations de solidarité, qui ont un

caractère national et légal, sont indifférenciées sur tout le territoire, il paraît économiquement cohérent qu'un monopole de distribution soit mis en place. Le coût marginal du dossier additionnel est presque nul lorsque tous les traitements sont informatisés, ce qui place la gestion de la solidarité dans une situation de monopole naturel. Comme ces prestations sont de surcroît financées par l'impôt, ce monopole a définitivement un caractère public. En pratique, le monopole public est confié à la Caisse nationale d'allocations familiales pour la gestion du RMI, et demain pour celle du RSA. Cette unité de gestion contraste aussi avec la grande diversité de gestion des prestations d'assurance dans lesquelles coexistent un grand nombre d'opérateurs, tant publics que privés.

En outre, parce que la pauvreté se définit au niveau du ménage et non de la personne, les prestations de solidarité sont allouées au ménage. Et parce que la pauvreté est un phénomène multidimensionnel, qui se définit par un ensemble de privations, par l'impossibilité de satisfaire des besoins jugés élémentaires ou fondamentaux, les prestations de solidarité remplissent des fonctions multiples : secours d'urgence, aide alimentaire, revenu minimum, prestations logement, aide sociale à l'enfance, aide aux vacances, aide à la mobilité, etc. Or, dans chacune des dimensions de la pauvreté, le niveau de privation, pour un même niveau donné de revenu, peut être très différent d'une localité à une autre. Ces différences reflètent l'ampleur des disparités locales sur les marchés des biens et services, de l'immobilier, et du travail, etc.

Compte tenu de ces disparités locales, il semble donc souhaitable que les prestations de solidarité soient différenciées selon les villes. Pour que cette contrainte soit compatible avec les précédentes, il faut donc un système de prestations en plusieurs étages : un premier niveau, principal, avec un caractère indifférencié, national et légal ; un deuxième niveau, accessoire, avec une finalité correctrice, de portée locale et extra-légale. Cela définit bien le système français de prestation de solidarité, où une couche locale, accessoire et extra-légale a pour finalité de corriger les effets du système national et légal<sup>3</sup>.

## Conclusion

**E**n bref, à y regarder de près, les différences ne manquent pas entre assistance et assurance. Les prestations de solidarité sont universelles, uniformes, financées par l'impôt, non contributives, gérées sans concession par un monopole public, tout en étant complétées par un ensemble de prestations locales à caractère accessoire et facultatif. Les prestations d'assurance sociale sont catégorielles, différenciées, contributives, financées par des cotisations volontaires ou non, et gérées par une pluralité d'organismes aux statuts variés, privés et publics.

Toutes ces différences ne doivent cependant pas masquer la relation de forte complémentarité qui unit l'assistance et l'assurance sociale. Les prestations de solidarité constituent un filet de dernier secours

permettant de combler les vides laissés par la protection sociale de façon à ne laisser aucun exclu potentiel des assurances sociales et privées.

### Notes

1. Drees, « *Les comptes de la protection sociale en 2007* », Études et résultats, n° 667, octobre 2008.

2. *Nous ne discutons pas ici des conditionnalités liées à l'acceptation d'un emploi, qui conduisent à distinguer le Welfare State (État providence), du Welfare to Work (passer de l'assistance à l'emploi) et du Workfare (travailler pour être aidé). Pour une discussion récente de ces questions, voir Jacques Delors et Michel Dollé, Investir dans le social, Odile Jacob, 2009.*

3. Y. L'Horty, « *Les politiques sociales locales : que font les villes pour les familles pauvres ?* », Informations sociales, n° 130, décembre 2005.

# L'ASSURANCE, CELA SERT D'ABORD À RÉDUIRE LA PAUVRETÉ

*François-Xavier Albouy*

*Directeur du CREA - Université Paris Dauphine*

« Pour résumer, une mesure de la pauvreté est la vulnérabilité ». Pourquoi êtes-vous pauvres ?  
William T Volmann

■ Devant les conséquences en termes de pauvreté de la crise économique globale, il est utile de rappeler que la littérature moderne accorde dans l'analyse de la pauvreté une part considérable aux destins individuels, aux trajectoires de vie et à la vulnérabilité des personnes, plus qu'à la seule faiblesse des revenus. Ces constats permettent de rappeler que l'assurance est une technique sociale dont l'objet même est de réduire la pauvreté. Combien de nouveaux pauvres, si l'assurance devait disparaître ? Mais l'assurance ne prévient que la pauvreté accidentelle, et non pas la pauvreté systémique, laquelle relève des transferts sociaux. Dès lors, une règle simple en France consisterait à limiter l'intervention de la protection sociale aux risques systémiques et à mettre en avant les opérateurs de marché pour la gestion des risques accidentels. Cette règle simple se heurte à deux obstacles, celui de la protection sociale qui se vit en France comme un système d'assurance, et celui plus récent de la crédibilité des opérateurs d'assurance après la crise. Réinventer l'assurance en rappelant son objectif premier de lutte contre la pauvreté est peut-être l'occasion de pérenniser le système et de lui donner plus d'efficacité et de capacité d'évolution.

## ■ INSURANCE, ITS FIRST OBJECTIVE IS TO REDUCE POVERTY

*Faced with the consequences of the global economic crisis in terms of poverty, it should be borne in mind that, when analysing poverty, modern literature places considerable emphasis on individuals' destinies, life trajectories and people vulnerability, rather than simply on low income. This reminds us that insurance is a social technique the very purpose of which is to reduce poverty. How many people would fall into poverty if insurance were to disappear? However, insurance provides only against accidental poverty, not systemic poverty; systemic poverty requires social transfers.*

*Therefore, a simple rule in France would be to limit social welfare to systemic risks and use market operators to manage accidental risks. There are two obstacles to this simple rule. The first is the fact that social welfare in France operates as an insurance system; the second, more recent, is the credibility of insurance companies following the crisis. Reinventing insurance while keeping in mind its initial objective of combating poverty may provide the opportunity to achieve a sustainable system that is more effective and has a greater ability to evolve.*

---

## Crise et origines de la pauvreté

---

**S**elon la Banque mondiale, la crise actuelle plonge désormais 53 millions de personnes dans la pauvreté, qui s'ajoutent aux 100 millions de pauvres engendrés par la montée des prix de l'énergie et des matières premières avant la crise. Ces

chiffres sont à rapprocher des 3 milliards de personnes qui vivent sur notre planète avec moins de 2 dollars par mois. Cette réalité est notre part maudite. Elle est connue, mais elle est toujours oubliée ; et probablement notre incapacité à surmonter ce problème – avec tout ce qu'elle implique de mauvaise conscience, de peur et d'irréalisme dans les politiques internationales – constituera, pour les générations futures, la meilleure définition des limites conceptuelles de notre époque.

Les effets des crises sont par ailleurs connus et brutaux. Ainsi, les périodes de récession ou de croissance de l'économie ont des impacts immédiats en termes d'espérance de vie, comme on peut le constater dans les conclusions du modèle développé par Arbache et Page, pour l'Afrique sub-saharienne :

Effets des périodes de récession  
sur les économies sub-sahariennes, 1975-2005

	Périodes de croissance économique	Périodes de récession
Espérance de vie (années)	51,3	48,1
Mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)	145,8	187,1
Mortalité infantile (pour 1000)	84,3	113,2
Aide internationale par habitant en US\$	68,3	41,5

Source : Arbache et Page (2007)

Pour autant, cette lecture des phénomènes de pauvreté est réductrice. Elle tend à faire croire que les solutions à la pauvreté sont nécessairement globales et relèvent de dispositions étatiques ou internationales.

En fait, la littérature moderne considère que la pauvreté doit d'abord s'analyser à partir des trajectoires individuelles, qu'elle peut se définir non pas en niveau de revenus, mais en niveau de vulnérabilité, et que les grandes ruptures dans des situations de pauvreté endémique sont toujours liées à des progrès technologiques.

Deux sources récentes témoignent d'un nouveau regard sur les analyses de la pauvreté et permettent de mieux appréhender son origine.

La première est la remarquable enquête du romancier américain William T. Vollmann dans son dernier livre, *Pourquoi êtes-vous pauvres ?* La seconde est le dernier rapport de la Banque mondiale sur la pauvreté " *The Moving Out of Poverty : Success from the Bottom Up* ", de mars 2009.

Les deux sources entrent en résonance. L'une est littéraire et vise à une description factuelle et

poignante de ce qu'est la condition humaine sur la planète au début du XXI<sup>e</sup> siècle : des sans-abri de Paris aux retraités de Saint-Pétersbourg ou de Tokyo, en passant par les mendiants de la gare de Bombay, les bidonvilles de Dacca ou les zonards de Los Angeles, on tire de la lecture de cet ouvrage foisonnant, que l'on reçoit comme une claque, une leçon qui a force d'évidence : dans les histoires individuelles, c'est toujours la vulnérabilité qui revient comme cause de la pauvreté. Un accident, un incendie, une maladie, une disparition sont toujours les raisons qui expliquent que dans un contexte de pauvreté on puisse tomber dans la misère, ou que dans un environnement développé on tombe dans la pauvreté.

Quant à l'étude de la Banque mondiale, menée à partir d'entretiens auprès de 60 000 personnes dans quinze pays, elle présente un tableau complet des contraintes auxquelles sont soumises les populations démunies pour sortir de la misère.

Le message le plus important de cette étude est que si les conditions macroéconomiques apparaissent comme des causes de pauvreté, leur incidence est plus faible que celle des accidents individuels. Ainsi, pour 22 % des personnes interrogées dans l'étude de la Banque mondiale, la chute dans la pauvreté s'explique par une crise locale ou nationale. Les catastrophes naturelles sont aussi en partie à l'origine de la pauvreté. Mais ces causes macroéconomiques sont largement supplantées par les causes individuelles : accident, problèmes de santé ou familiaux... Ces causes microéconomiques ou microsociologiques expliquent toujours en premier lieu la chute dans la pauvreté et les difficultés à en sortir.

En fait, le livre de Vollmann et l'étude de la Banque mondiale délivrent le même message. La pauvreté peut s'expliquer par des raisons globales, mais qui sont rarement vécues comme telles par les gens ; et, surtout, sortir de la pauvreté exige des efforts individuels indépendants de la réactivité des États et des politiques générales.

Le paysage est campé : dans un pays pauvre, un accident, une catastrophe ou une maladie vont faire

passer une famille de la pauvreté à la misère. Dans un pays riche, les mêmes causes expliquent le glissement de la classe moyenne vers la pauvreté. On peut alors à bon droit parler de « trappe à pauvreté », c'est-à-dire l'incapacité de répondre à une insécurité aujourd'hui autrement qu'en compromettant les chances d'accumulation de demain.

---

## Les systèmes d'assurance sont des réducteurs de la pauvreté

---

**D'**un côté, donc, une crise dont les effets ne font que commencer, mais qui fragilise immédiatement les populations et qui s'accompagne de records dans la montée du chômage, le nombre de sans-abri et l'importance désormais visible au cœur des villes de la pauvreté et de la précarité.

De l'autre, des plans de sauvetage des banques et compagnies financières qui engloutissent des sommes effarantes, pour convaincre d'un retour à la confiance. Et de fait, après l'affaire d'AIG un doute est émis quant à la fiabilité et à l'utilité collective de toutes les industries financières et, plus concrètement, quant à la pérennité des géants de l'assurance.

Il est dès lors essentiel de rappeler cette évidence : dans une économie moderne, l'assurance sert d'abord à réduire la pauvreté.

Cela signifie qu'elle ne sert pas d'abord à distribuer des stock-options, à générer des profits mirifiques sur des opérations financières complexes, à contrôler des secteurs industriels et des pans entiers de l'économie, à tirer parti d'un catastrophisme ambiant pour lever des cotisations sur des événements prétendus apocalyptiques qui ne se réalisent jamais, à valider des modèles de gestion des risques financiers incompréhensibles au commun des mortels...

L'assurance sert d'abord à réduire la pauvreté des ménages. C'est pour cette raison qu'elle a été créée et c'est pour cette raison qu'elle s'est développée dans l'histoire économique moderne.

Sans assurance, les familles qui subissent un événement tragique – un décès dans un accident automobile (40 000 par an en Europe), un accident du travail (700 000 accidents par an en France, avec 50 000 incapacités permanentes et 600 décès, largement pris en charge par un régime assurantiel public, mais avec des compléments importants apportés par les garanties prévoyance), un décès ou une invalidité/incapacité prises en charge par des contrats de prévoyance, l'incendie de leur logement (260 000 sinistres par an et 10 000 victimes) – seraient jetées dans la pauvreté, à moins de posséder un patrimoine suffisant qui leur permettrait de résister à ces aléas. En fait, la répartition des patrimoines dans notre pays est telle que, sans système d'assurance la plupart des familles seraient très certainement paupérisées après un accident.

Quant aux entreprises qui subissent un accident dans une chaîne de production, l'incendie d'un local ou d'un entrepôt, ou dont la responsabilité est engagée dans un sinistre, sans les systèmes d'assurance de pertes d'exploitation, d'IARD et de responsabilité civile elles tomberaient en faillite et devraient licencier leurs salariés.

Il est difficile de dire combien il y aurait de nouveaux pauvres sans l'assurance. Une recherche rigoureuse mériterait d'être commanditée par les fédérations professionnelles de l'assurance pour modéliser l'utilité sociale de cette activité. Mais, à n'en pas douter, si les sociétés d'assurances devaient tomber en faillite et ne pas tenir leurs engagements, si les systèmes de réassurance devaient s'écrouler, le résultat net en termes de politique sociale serait un flux additionnel de plusieurs dizaines de milliers, voire des centaines de milliers de nouveaux pauvres par an dans un pays comme la France ; et ce sans compter les effets induits sur les familles, les communautés et les collectivités locales.

L'assurance est d'abord un système de répartition qui bénéficie aux victimes d'aléas et d'accidents non économiques ou non systémiques. L'assurance ne peut pas réduire toutes les causes de pauvreté. Son champ d'intervention est strictement celui des nouveaux pauvres, victimes d'accidents. Elle ne peut pas réduire ou diminuer les risques économiques qu'affrontent les populations, étant elle-même plongée dans le cycle économique.

Au-delà d'être un formidable instrument de réduction de la pauvreté non systémique, peut-elle faire plus?

## Le débat en France

**E**n France, le débat sur la pauvreté et l'assurance s'articule autour de deux thèmes :  
- la perception du risque de tomber dans la pauvreté y est la plus forte en Europe, alors même que notre système de protection sociale est très développé ;  
- le système de protection sociale qui, dans l'imaginaire collectif, est censé être un bouclier contre la pauvreté, revendique son caractère assurantiel, ce qui en fait l'empêche de se concentrer sur ce qu'il sait faire : lutter efficacement contre la pauvreté systémique.

Les enquêtes européennes montrent régulièrement que la peur de la pauvreté est plus forte en France que dans tous les autres pays de l'Union. Ainsi, l'Eurobaromètre 2007 montre que 87 % des Français pensent « *qu'il peut arriver à n'importe qui de devenir sans-abri* ». Ce chiffre est très éloigné de la moyenne européenne, qui est de 62 %. Les Français se sentent plus vulnérables et ce de manière paradoxale, alors même que les filets de la protection sociale sont probablement plus développés qu'ailleurs.

C'est d'autant plus étonnant que le système de protection sociale est particulièrement efficace pour réduire la pauvreté. Selon Eurostat, le taux de

pauvreté monétaire (pauvreté définie à 60 % du revenu médian) était en 2005 de 25 % avant transferts, il n'était plus que de 13 % après transferts sociaux, ce qui est l'un des taux de pauvreté les plus bas d'Europe.

Par ailleurs, le taux de pauvreté a diminué d'un tiers depuis 1970 et s'est stabilisé dans les dernières années. En 2005, on comptait 7 millions de pauvres au seuil de 60 % du revenu médian.

Trois éléments permettent de comprendre pourquoi il y a en France une incohérence entre le risque réel de pauvreté, qui diminue, et la perception de ce risque, qui augmente paradoxalement.

Le premier élément tient aux mutations sociologiques de la pauvreté. Le rajeunissement, la féminisation et l'urbanisation des populations pauvres sont des phénomènes connus. S'y ajoute maintenant un chômage de longue durée qui frappe les jeunes et l'éventualité, après avoir été salarié, de devenir pauvre. Les pauvres ne sont plus des marginaux, ce sont aujourd'hui les victimes aléatoires des mutations de la société.

Le second élément vient peut-être de ce que l'on répète aux Français depuis près de trente ans que leur système de protection sociale est dans sa forme actuelle intenable de par les déficits qu'il entraîne et les déséquilibres entre générations qu'il provoque. Il en résulte une incertitude qui engendre un stress et une peur généralisés : « Et si demain, j'ai une maladie grave et que l'assurance maladie ne me garantit plus l'accès aux meilleurs soins ? Si demain je tombe au chômage et ne retrouve rien ? Si demain mon épargne s'est dévalorisée de moitié et que le niveau des retraites obligatoires baisse ? ».

Les Français ont peut-être plus peur qu'on ne le pense d'un effondrement général du système. Ces incertitudes individuelles sont très proches d'une certitude collective. À système égal et inchangé, nous sommes collectivement placés devant la certitude d'une peau de chagrin à partager. Et la peur qu'entraîne cette perspective pourrait bloquer toute adaptation du système.

Un troisième élément est lié au caractère assuranciel de la protection sociale. Le système de protection sociale en France est une cathédrale assurancielle. La définition de grandes branches qui sont des risques bien identifiés, le principe de la cotisation qui entraîne une prestation sont les témoins de ce type de gestion des risques. En fait, le système de protection sociale français est une gigantesque compagnie d'assurances qui ne pratique pas la segmentation des portefeuilles et qui subit un « hasard moral » systémique. Cela complique singulièrement sa lisibilité pour les citoyens et ne le rend pas plus efficace dans la gestion du risque de pauvreté.

Une règle de décision simple consisterait à déclarer que les risques systémiques de pauvreté relèvent de la protection sociale et des revenus de transfert, alors que les risques individuels aléatoires sont du ressort de l'assurance. Cette règle de décision simplifierait considérablement le système et pourrait redonner de la confiance.

Pour autant, elle se heurte à beaucoup de résistances : le poids de l'histoire, les antagonismes politiques, la lourdeur des systèmes qui la rendent utopique ou inapplicable à court terme. Développer une économie de l'assurance contre la pauvreté et définir les seuils d'intervention qui respectent les principes de l'assurance et ceux de la protection sociale permettrait d'évoluer vers cet équilibre entre l'intervention de la collectivité publique et le jeu des opérateurs de marché.

Deux chantiers de lutte contre la pauvreté sont importants pour l'assurance. Le premier est celui de la microassurance, le second est celui de la crédibilité des opérateurs d'assurance.

## ■ Adapter les concepts de la microassurance

La microassurance est un phénomène mondial qui s'est développé depuis plus de dix ans autour du mouvement de la microfinance. Pour la revue *Sigma* de la Swiss Re, elle constitue le potentiel de croissance le plus important des marchés d'assurance. On considère

habituellement qu'il y a 150 millions d'entrepreneurs financés dans le monde par des opérations de microfinance, parmi lesquels seuls 80 millions bénéficient de microassurance. La microassurance permet de garantir l'emprunteur d'un microcrédit pour des risques de santé et de prévoyance. Elle s'inscrit donc dans cette forme de lutte qui vise à sortir de la trappe à pauvreté. Par ailleurs, elle permet aux institutions de microcrédit d'élargir qualitativement et quantitativement leurs bases de refinancement.

Le développement des opérations de microassurance en France reste marginal, alors même que malgré tous les efforts déployés, l'accès des personnes les plus modestes à des garanties simples comme les complémentaires santé ou la prévoyance est très insatisfaisant. En effet, les solutions de microassurance ne sont pas immédiatement transposables car elles se sont développées dans des pays où la densité de population et la culture communautaire sont fortes ; où un secteur d'activité informel échappant à tout droit social est largement répandu ; et où les fonds à réunir pour monter une entreprise sont très modiques.

Pourtant, si la duplication du modèle est inappropriée, de nombreux enseignements sont à retirer des mécanismes de microassurance et peuvent être applicables en France :

- le service économique rendu est à très haute valeur ajoutée : les garanties *low-cost* portent sur des besoins réels, tangibles et immédiats des assurés ;
- les systèmes de distribution à fort contenu technologique privilégient la rapidité et le faible coût des transactions : *mobile-banking*, puces, Internet, codes barres... Ces méthodes de contractualisation sont peu coûteuses et performantes ;
- la gestion des contrats et des recours est simplifiée, car la relation de confiance porte sur le principal, c'est-à-dire l'opération de crédit.

Cette nouvelle forme de production de garanties pourrait être retenue et transposée à des situations concrètes, comme celle des auto-entrepreneurs, tels qu'ils sont définis par les dispositions de la loi de modernisation de l'économie ; ou pourrait encore se

traduire par la création de « mutuelles de quartier », boutiques de microassurance, réassurées par des opérateurs traditionnels, qui permettraient de réinvestir institutionnellement des territoires difficiles où les modèles d'assurance classiques sont abandonnés.

## ■ Renforcer la crédibilité des opérateurs d'assurance :

Si l'on retient la thèse selon laquelle on améliore la lutte contre la pauvreté en séparant ce qui relève de l'accident individuel (dont la gestion serait confiée aux assureurs) de ce qui relève du risque systémique (où les transferts sociaux sont à privilégier), alors renforcer la crédibilité des opérateurs d'assurance devient une priorité.

L'évolution du système demandera une confiance retrouvée, après la crise, dans la pérennité et surtout dans la gouvernance des opérateurs d'assurance, confiance qui ne sera pas facile à reconquérir.

Cette évolution devrait amener ces derniers à

adopter des statuts hybrides – entre répartition pure et capitalisation exclusive, entre mutuelle, groupe paritaire et société anonyme – et à définir des règles de gouvernance entre droits des assurés et droits des actionnaires.

C'est peut-être l'occasion de réinventer le modèle de l'assurance dans des sociétés post-crisis, et le faire dans une perspective de développement durable ne sera possible, que si le principe de la fonction première de l'assurance – vaincre la pauvreté – est réaffirmé.

### Bibliographie

ARBACHE J. S. ; PAGE J., « *More growth or fewer collapses ? A new look at long run growth in Sub-Saharan Africa* », *Policy Research Working Paper Series* n° 4384, The World Bank, 2007.

VOLLMANN W. T., *Pourquoi êtes-vous pauvres ? Actes Sud*, 2008.

The World Bank *The Moving Out of Poverty : Success from the Bottom Up March 2009*

# ASSURANCE SANTÉ ET PAUVRETÉ : AGIR MAINTENANT

*Gilles Johanet*

*Directeur général adjoint des AGF*

*Président du comité maladie de la FFSA*

■ En ses trois dimensions – l'accès, la dispensation et la prise en charge – le système de soins est tenu à une triple performance, médicale, financière et sociale. La première est là, la seconde hors d'atteinte ; qu'en est-il alors de la troisième, et quel rôle la complémentaire santé peut-elle jouer pour l'améliorer ?

La réforme progressive du système de soins a fait émerger le débat sur l'universalité de la complémentaire santé puisque 7 % des Français en seraient dépourvus.

Cette préoccupation nouvelle est logique, résultant de la reconnaissance – théorique pour l'instant – du rôle indispensable de l'assurance maladie complémentaire (AMC) dans la couverture des frais de santé.

L'aide à la complémentaire santé (ACS), après avoir connu un démarrage timide, paraît constituer une réponse, en partie du moins, puisque est en jeu l'accession à l'AMC des revenus situés au-dessus du seuil d'octroi de la CMU complémentaire, tant il est vrai que l'universalité de l'AMC est limitée principalement par la pauvreté-précarité d'une fraction de la population.

Constater l'efficacité des remèdes que constituent la CMU.C et l'ACS n'interdit pas de s'interroger, toutefois, sur les racines de l'exclusion et sur la capacité de notre système de soins à assurer l'accessibilité de tous à ses prestations. Le fait est – mesuré et analysé – que le système de soins éprouve de grandes difficultés à réduire les inégalités devant la maladie et la mort, et, en amont, les inégalités d'accès aux soins. L'AMC peut contribuer à moderniser les fondamentaux du système de soins afin d'accroître son niveau de performance sociale, en agissant en liaison avec ses deux partenaires naturels, l'État et l'assurance maladie obligatoire.

## ■ POVERTY AND HEALTH INSURANCE: ACT NOW

*With its three dimensions (access, delivery and meeting costs) the health care system must perform in three areas: medical, financial and social. The first is already being achieved, while the second is out of reach. So what about the third? And what role can supplementary health insurance play in improving it?*

*The gradual reform of the health care system has led to the debate on the universal nature of supplementary health insurance, since as many as 7% of French people may not have this.*

*This most recent concern is logical and is the result of the recognition (for the moment in theory only) of the essential role that supplementary health insurance plays in covering health costs.*

*After a tentative start, financial support for supplementary health insurance (aide à la complémentaire santé), which is intended to provide access to supplementary health insurance for those with income situated above the level at which supplementary universal health cover (CMU complémentaire) is granted, seems to offer a response. It will, though, provide only a partial solution, as universal access to supplementary health insurance is limited mainly by the poverty/insecurity of a fraction of the population.*

*However, recognising the effectiveness of the remedies represented by supplementary universal health cover (CMU.C) and financial support for supplementary health insurance (ACS) does not remove the need to explore the root causes of exclusion and the capacity of our health care system to provide access for all to its services. The fact is that measurement and analysis show the health care system to be experiencing great difficulty in reducing inequalities in terms of sickness and death and, upstream, inequalities in access to health care. Supplementary health insurance can contribute to modernising the fundamentals of the health care system in order to increase its social performance, acting together with its two natural partners – the State and compulsory health insurance.*

## Les moteurs de l'exclusion

**N**otre système de soins fonctionne mal, comme en témoignent l'inquiétude grandissante des assurés et le mécontentement des professionnels de santé.

L'insatisfaction augmente aussi vite que les dépenses, ce qui est le propre d'une situation inflationniste puisque la croissance des ressources affectées à la santé – plus de 11 % du PIB aujourd'hui – ne trouve pas sa contrepartie en termes de satisfaction des producteurs comme des consommateurs.

Tout se passe donc comme si nous connaissions, dans un nombre grandissant de segments de l'offre de soins, des rendements décroissants : l'inorganisation est telle, le saupoudrage des moyens si fort, que l'accroissement des ressources crée de la non-qualité, notamment par le développement d'extraordinaires disparités de consommations de soins en fonction du lieu de résidence et de la catégorie socioprofessionnelle. Ces discriminants se croisent étroitement : la densité de pédiatres libéraux, par exemple, est en relation inverse avec celle des enfants.

Il est vrai que si l'enfant est un « bien durable supérieur » pour la théorie économique, il n'entrera pleinement en cette qualité dans la sphère marchande que si la fratrie est réduite et le pouvoir d'achat des parents disponible. Il en va d'ailleurs de même pour les mères puisque la gynécologie médicale, préservée au nom du droit des femmes, n'a qu'une présence symbolique dans plus de soixante départements qui ne sont naturellement pas les plus riches. Faute d'autres critères, c'est l'intérêt financier du professionnel de santé qui détermine la répartition de l'offre de soins, dont la localisation est donc corrélée au potentiel fiscal de la zone et non aux besoins de soins.

Ces discriminants n'ont même pas à jouer quand le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) joue lui-même le rôle de facteur d'exclusion. S'agissant par exemple des soins dentaires, leur prise en charge à 34 % par l'AMO est, par construction, financée par tous, mais une fraction

seulement des cotisants aura accès aux remboursements dentaires, les autres étant exclus en raison du reste à charge trop lourd pour leurs revenus. C'est alors l'AMC qui assure un rééquilibrage de l'accès aux soins.

Une première approche, financière, aboutit donc à constater que le niveau très élevé de coûts de l'AMO et la mauvaise répartition de l'offre et de ses coûts ont un effet d'éviction sur la demande de soins.

Mais c'est probablement l'opacité qui constitue le moteur le plus puissant et le plus discret de l'exclusion : quel que soit le coût d'un soin, son intérêt est d'être pertinent et de qualité ; or nous ne disposons toujours pas de mesure de la qualité ni de la pertinence. Il en résulte que la recherche par le patient du soignant le plus adéquat relève du oui-dire. Selon que sa parentèle, ses amis l'introduisent de façon avertie ou pas, il bénéficiera, par l'effet d'un choix et non du hasard, du soignant le plus adéquat. Cette carence, résultant de la difficulté que nous éprouvons à mettre en place une évaluation périodique des compétences, exerce ses effets délétères avec d'autant plus de force que le niveau socioculturel du patient est faible. Il en va naturellement de même en ce qui concerne le niveau d'équipement des hôpitaux par exemple : l'absence d'un classement des salles d'opérations en fonction de leur niveau d'équipement empêchera de relever les carences affectant le maillage territorial de l'offre de pointe. Pour vivre heureux vivons ignorants...

La complexité est également un moteur de l'exclusion : complexité tarifaire difficilement maîtrisable par les praticiens et pas du tout par les patients, complexité de l'ouverture des droits puis du niveau de prise en charge en fonction du statut du patient, de sa pathologie, de son régime de Sécurité sociale, de son niveau de protection complémentaire...

Constatons enfin que l'action des moteurs de l'exclusion est systémique : c'est l'opacité qui permettra l'inflation des dépenses et rendra le patient ignorant donc irresponsable. C'est la complexité qui nourrit

l'opacité. C'est la lutte contre l'inflation aux marges et non au cœur du système qui accroît la complexité... Alors, tel Sisyphé, les pouvoirs publics définissent un nouveau programme de lutte contre l'exclusion qui permettra de réduire la population restée à l'écart, mais au prix d'une complexité accrue...

Au total, la pauvreté fait obstacle à l'accès à l'assurance santé dès lors qu'une partie des coûts est non justifiée ; cette faiblesse est aggravée par une répartition très inégalitaire de l'offre en fonction justement du degré de richesse des populations consommandes et non de leurs besoins de soins. Enfin, l'opacité affectant le système de soins entretient les rentes de situation et crée une forte barrière socioculturelle étouffant la capacité des « moins-sachants » à s'orienter de façon optimale dans l'univers des soins.

## Efficienc e et transparence

**D**e Raymond Barre à Jean-Claude Trichet, en passant par Pierre Bérégovoy, le constat est sans appel : c'est en éradiquant l'inflation qu'on préservera le pouvoir d'achat et d'abord celui des plus modestes. Ceci vaut-il pour l'inflation des dépenses de santé ? Peut-on définir une politique d'efficience et de transparence améliorant l'accès des revenus modestes à l'assurance santé ? Et l'AMC peut-elle y contribuer ?

Au fil des ans, l'amélioration de l'efficience du système de soins est devenue la priorité des pouvoirs publics, actionnant simultanément le levier de l'évaluation de l'utilité et de la qualité des soins et celui de la maîtrise des coûts. Cette action se heurte naturellement à la défense des avantages acquis. Comment expliquer autrement le fait que, via la CMU, la France soit le seul pays au monde à rembourser à 100 % l'homéopathie à plusieurs millions de ses ressortissants ? Néanmoins, cette priorité accordée à l'efficience s'impose progressivement. Le vieux paradigme de 1945, suivant lequel la ressource humaine et financière consacrée à la santé est illimitée car toute

dépense sociale supplémentaire est un progrès social, est réévalué et vu pour ce qu'il est : un droit permanent au gaspillage.

Constater toutefois que la ressource est rare doit nous conduire à en tirer les conséquences : aucune assurance maladie obligatoire au monde, fusse-t-elle optimale, ne peut tout rembourser. Et l'assurance maladie complémentaire ne le peut pas plus... L'extension continue – et heureuse – de la gamme des prestations sanitaires oblige donc à faire en permanence des choix pour maintenir ou accroître le niveau de performance du système de soins.

Nous prenons conscience de cette double contrainte, mais pas encore au point d'accepter la nécessité et même l'utilité de transferts de charges entre l'AMO et l'AMC, d'une « respiration » de ces deux assurances, qui ne peuvent indéfiniment élargir le panier des soins qu'elles prennent en charge.

Les transferts entre l'AMO et l'AMC existent depuis le premier grand plan de rééquilibrage de la Sécurité sociale en 1948. Ils ont de tout temps été présentés comme l'expression d'une défaite, d'une incapacité à maîtriser le dispositif. Mais la succession impressionnante de plans de rééquilibrage depuis soixante ans n'a nullement conduit à ce que se réalisent les sombres prédictions, maintes fois répétées, sur l'abandon, le désengagement voire la privatisation de la Sécurité sociale.

En fait, l'échec ou l'impuissance qu'expriment les plans de déremboursement et les transferts réside dans leur tardiveté, une fois le déficit installé, et non dans leur principe. Conçus alors dans l'urgence et destinés à rétablir l'équilibre au plus vite, les plans se concentrent sur les déremboursements simples et pratiques, indépendamment de l'utilité médicale des prestations concernées, indépendamment aussi des conséquences qui en résultent pour les offreurs de soins comme pour l'assurance maladie complémentaire, appelée à prendre soudainement le relais. Autrement dit, le mythe de la ressource illimitée rend le transfert illégitime, donc tardif, donc mal conçu –

c'est-à-dire peu efficace et fort mal accueilli par les soignants et les soignés.

Accepter aujourd'hui que la ressource consacrée au système de soins soit par construction limitée doit nous conduire à reconsidérer le principe et, partant, le contenu des transferts entre AMO et AMC. De même, l'AMC doit se reconnaître comme un partenaire indispensable de l'AMO mais non comme le remède illimité aux maux financiers de l'AMO. Cette double reconnaissance de la réalité doit se traduire par une gestion concertée des transferts afin de leur assurer une efficacité optimale. En l'occurrence, l'enjeu s'exprime ultimement en termes de performance médicale tout d'abord : accepte-t-on de privilégier l'utilité médicale – plutôt que la préservation des rentes de situation ou l'aménagement du territoire par exemple ? En termes de performance financière ensuite : va-t-on permettre à l'AMC de sélectionner ce qu'elle rembourse pour se concentrer sur l'essentiel et réduire ainsi le reste à charge des assurés ? In fine, c'est le niveau de performance sociale qui est en cause et ce, d'abord pour les assurés pauvres, ceux sur qui l'éparpillement de la prise en charge et le gaspillage pèsent le plus lourd.

L'efficacité est le prérequis d'une solidarité forte et d'une mutualisation du risque par l'AMC acceptée par tous. Mais comment obtenir l'efficacité quand la loi organise la paralysie de deux assurances ? L'AMO, en effet, a conquis de haute lutte, durant les années 1990, le droit de savoir ce qu'elle rembourse mais n'a pas le droit de définir ce qu'elle rembourse : le conventionnement des offreurs de soins est automatique. L'AMC a naturellement le droit de définir ce qu'elle prend en charge mais la loi lui interdit de savoir ce qu'elle rembourse... Cette règle française, unique au monde, du «  $1 + 1 = 0$  » étouffe évidemment toute ambition d'efficacité. Accepter que l'AMC sache ce qu'elle finance pour qu'elle puisse gérer le risque santé, dans le respect des lois assurant la non-sélection des assurés ainsi que la protection de leur vie privée, est le prérequis d'un haut niveau de performance médicale, financière et sociale.

Mais il n'est pas d'efficacité sans transparence, et l'assurance maladie complémentaire propose d'agir dans le domaine particulièrement sensible des dépassements d'honoraires. L'anarchie tarifaire y est totale et le développement du secteur 2, dit à honoraires libres, repose sur une double irresponsabilité du consommateur de soins puisqu'il ignore à l'avance tant le montant, d'ailleurs variable, du dépassement qu'il devra acquitter que la contrepartie en termes de qualité et/ou de service justifiant ce dépassement. Symbole le plus accompli de l'économie de rente qui est celle du système de soins, le secteur 2 est aussi l'expression la plus achevée de l'exclusion en fonction du revenu et du niveau culturel.

Les assureurs santé ont donc proposé aux pouvoirs publics d'agir. D'une part, en autorisant les complémentaires santé à utiliser les données disponibles aujourd'hui dans leurs systèmes d'information et relatives aux dépassements pour réguler leur croissance et leur niveau par un échange direct avec les praticiens du secteur 2. Cette prise de responsabilité serait d'autant plus significative qu'elle n'entraînerait aucun désengagement de la Sécurité sociale, argument systématiquement opposé à toute proposition des complémentaires santé. Elle permettrait de réduire la fracture sociale en matière d'accès aux soins. Le passage à l'acte est certes difficile, parce que la prise de conscience de la nécessité d'agir, et d'agir de concert, est incomplète.

Par ailleurs, l'assurance maladie complémentaire a, depuis mars 2008, rendu publique son analyse du contenu d'un secteur optionnel viable : des compléments d'honoraires dont le montant serait défini avec des contreparties en termes de qualité qui soient mesurables par le consommateur de soins. La différence avec le secteur 2 serait radicale, d'abord parce que ces compléments seraient pris en charge par l'AMC, mais surtout parce que le consommateur de soins y gagnerait une capacité d'arbitrage par le prix et par la qualité. La transparence est indissociable de la responsabilité : celle du soignant, invité à justifier son prix, celle du soigné, invité à quitter son statut de consommateur aveugle.

Force est de constater que ces propositions, qui participent du changement de paradigme évoqué ci-dessus, n'ont pas recueilli un écho suffisant auprès des pouvoirs publics. L'ampleur du changement fait sans doute peur en même temps que s'expriment des doutes sur la capacité des complémentaires santé à gérer ce segment du risque. Mais, là encore, les faux-semblants ne sont plus de mise. Les résultats obtenus en gestion des risques, en optique et dentaire notamment, par les plates-formes telle que Santéclair, réunissant des assureurs et de grandes mutuelles comme AGF, Covea et la MNT, démontrent la double capacité des complémentaires santé à s'unir et à agir.

---

## Conclusion

---

**A**u début des années 1980, en pleine crise économique, le déficit cumulé de l'AMO représentait deux à trois jours de prestations. Aujourd'hui, il représente plus de huit mois de dépenses et la crise actuelle va encore aggraver ce déséquilibre. Cette dégradation vertigineuse nimbe d'une coloration particulière le

fréquent reproche fait aujourd'hui aux complémentaires santé d'être en équilibre voire profitables. Celles-ci ne sont pas à l'abri de tout reproche : leurs frais de gestion devraient encore se réduire et un effort considérable doit être fait pour rendre transparent le contenu des contrats complémentaires santé afin d'accroître la capacité d'arbitrage de l'assuré. Mais, au-delà, le temps est venu de savoir si l'AMC va être reconnue véritablement comme un partenaire de l'État et de l'AMO dans la recherche de l'efficacité du système de soins, sans laquelle l'accès aux soins des plus pauvres sera toujours un leurre coûteux. Ce partenariat a été posé dans son principe par loi du 13 août 2004. Il est resté purement théorique, comme le démontre le fait que la lutte contre la fraude engagée par l'AMO n'associe aucunement les assureurs santé malgré leurs demandes réitérées. Le grand débat, annoncé par le président Sarkozy à l'automne 2007, sur le partage des rôles entre l'AMO et l'AMC est donc plus que jamais nécessaire. Les assureurs santé y sont prêts. Ils savent d'expérience que la mutualisation des dépenses de soins qu'ils réalisent ne sera efficace, donc acceptée par tous, que si la solidarité mise en œuvre par l'AMO est elle-même optimale. Dans les deux cas l'exclusion reculera.

# L'ASSURANCE FACE AUX NOUVEAUX VISAGES DE LA VULNÉRABILITÉ \*

*Marc Nabeth*

*Consultant assurance et microassurance chez CGSI Consulting et  
chercheur associé à l'Institut Thomas More*

■ On constate en France un décalage important entre une pauvreté mesurée – en baisse depuis 1970 puis stable depuis 2002 – et une pauvreté ressentie comme plus inquiétante par les Français. Souligner ce contraste ne signifie pas que l'insécurité sociale soit le fruit d'une paranoïa collective. Si la société française reste toujours une société assurancielles, son système de protection sociale ne répond plus forcément aux réalités ou aux aspirations d'une société « post-industrielle ».

Trajectoires personnelles, professionnelles ou familiales bien plus individualisées, cycle de vie classique (éducation, travail, retraite) qui aurait vécu, crainte de déqualification ou ascenseur social en panne sont autant d'éléments qui incitent à regarder la pauvreté non plus sous l'angle unique d'une situation statique et purement monétaire, mais à travers le prisme multidimensionnel de la vulnérabilité. Que peuvent faire l'État et les industriels de l'assurance face à ce décalage entre une individualisation des trajectoires subie ou assumée, et une peur collective réelle ou fantasmée de la précarité ? L'article revient sur cinq pistes d'assurances individuelles ou collectives actuellement explorées techniquement et financièrement. Ces dernières seront cependant d'autant plus partielles qu'elles ignoreront une réflexion plus globale sur la société. L'assurance, construction sociale, identitaire, économique, financière et politique n'est d'ailleurs que le reflet de choix collectifs et individuels, un choix de société.

## ■ INSURANCE AND THE NEW FACES OF VULNERABILITY

*In France a significant discrepancy can be observed between measured poverty – which fell from 1970 and then remained stable from 2002 – and the increased sense of concern that the French feel about poverty. This contrast does not mean that social insecurity is the result of a collective paranoia. While France remains an insurance society, its system of social welfare inevitably no longer matches the realities or aspirations of a “post-industrial” society.*

*Personal, professional or family trajectories that are much more individualised, a traditional life cycle (education, work, retirement) that appears to be a thing of the past, individuals' fear of being unable to find a job to match their qualifications and the failure of upward social mobility are factors that lead people to view poverty no longer simply as a static and purely monetary situation but rather through the multi-dimensional prism of vulnerability. What can the State and the insurance industry do in the face of this discrepancy between an imposed or accepted individualization of trajectories and a real or imagined collective fear of insecurity? This article considers five ways forward for individual or collective insurance that are currently being explored from the technical and financial points of view. These will, however, provide only a partial solution if they ignore a more comprehensive consideration of society. Insurance, which is a social, identity, economic, financial and political construct, is simply the reflection of collective and individual choices, a social choice.*

## Une schizophrénie française ?

**D**ans un essai autobiographique, le politologue Ezra Suleiman, qui dirige le Centre d'études européennes de l'Université de Princeton, revient sur une « schizophrénie française » : « *En France [...] il y a une guerre en cours entre les idées et la réalité. Combien de fois a-t-on dit à la France qu'elle était en plein déclin, au bord de l'effondrement, qu'elle souffrait d'un vieillissement contre lequel il n'était aucun remède – la France qui tombe, la société bloquée, le mal français... Les auteurs de ces diagnostics pessimistes récurrents sont toujours des Français. Il faut souvent que ce soit un étranger qui dise aux Français qu'ils ne s'en sortent pas trop mal.* »<sup>1</sup>

Le propos, que certains jugeront sévère, d'autres pertinent, invite dans tous les cas à fuir les réponses faciles et définitives sur la problématique entre autres de la protection sociale, de l'aide sociale et du rôle des assureurs contre la pauvreté. La complexité est réelle et invite à dépasser le cadre réducteur et polémique d'un modèle social français, réel ou fantasmé.

Pour aborder cette problématique, il faut comprendre cette autre singularité, soulignée comme telle par la sociologue Anne-Marie Guillemard, d'une société française marquée par un fort sentiment d'insécurité et d'érosion de sa protection sociale, alors même que la France voit ses dépenses sociales croître régulièrement et y consacre une part de son PIB plus importante que nombre de ses pays voisins : « *Les données de l'Eurobaromètre 2006, analysées par le Centre d'analyse stratégique (2007), mettent en évidence ce paradoxe français d'un fort sentiment d'insécurité dans le contexte d'une protection sociale qui demeure comparativement relativement généreuse et réductrice des inégalités. Ainsi, 86 % des Français contre 62 % pour la moyenne dans l'Europe des Vingt-Cinq pensent qu'il peut arriver à n'importe qui de tomber dans la pauvreté, 13 % pensent qu'ils pourraient même devenir un jour des sans-abri, contre 1 % des Danois ou*

*Néerlandais, 2 % des Allemands et 8 % des Britanniques. Pourtant la France a des dépenses sociales supérieures de 4 points à la moyenne européenne (31,2 % du PIB contre 27,3 %)* ». Dans son dernier rapport de 2009, l'Observatoire des inégalités en France évoque également un décalage manifeste entre une pauvreté mesurée qui baisse depuis 1970 (et se stabilise relativement depuis 2002) et une pauvreté ressentie comme plus présente et plus menaçante. Les personnes vivant en France seraient ainsi les premières en Europe à craindre la pauvreté, et les troisièmes en ce qui concerne la crainte de se retrouver sans abri<sup>2</sup>.

On pourrait expliquer une telle insécurité par la crainte d'une évaporation progressive de la protection sociale, face aux difficultés croissantes de son financement sur fond d'un chômage de masse non résorbé, d'une augmentation des dépenses de santé, de l'allongement de la vie et d'une retraite plus longue pour toute une génération de papy-boomers – l'augmentation de cette protection sociale dans la part du PIB n'étant qu'au fond le chant du cygne. Certains dénonceront les biais introduits par les enquêteurs, en fonction de leurs préoccupations et de leurs propres concepts de la pauvreté<sup>3</sup>. D'autres rappelleront que la perception de la pauvreté peut s'avérer différente « *selon le type de développement économique et le niveau de protection sociale [...] du pays* »<sup>4</sup>.

Il reste que contester les indicateurs et les mesures ou dénoncer un comportement râleur ou pessimiste des Français ne permet pas de comprendre « *cette importante diffraction entre la pauvreté ressentie et la pauvreté mesurée* », selon l'expression du politologue Julien Damon<sup>5</sup>.

Si la pauvreté à changé de visage depuis les années 1970, il s'agit d'interroger les politiques sociales et assurancielles mises en place pour répondre à ce changement, d'essayer de comprendre les éventuels éléments laissés de côté et, à cette lumière, d'explorer de nouvelles voies possibles...

## Le nouveau visage de la pauvreté

L'insécurité sociale n'est pas le fruit d'une paranoïa collective. Certes, le sociologue Robert Castel rappelle à juste titre qu'en termes de couverture contre les principaux risques susceptibles d'entraîner une dégradation de la situation des individus – comme la maladie, l'accident, la vieillesse impécunieuse, les aléas de l'existence pouvant induire une déchéance sociale –, nous vivons de fait dans des sociétés parmi les plus sûres qui aient jamais existé, du moins dans les pays développés, « à tel point que l'on a pu décrire ce type de sociétés comme des sociétés assurancielles »<sup>6</sup>. Depuis les politiques relevant de l'assistance (RMI, RSA, multiplication des minima sociaux ouvrant des droits, CMU, etc.) jusqu'aux assurances de marché proprement dites (93 % des Français bénéficient aujourd'hui d'une complémentaire santé), force est de constater que les français sont dans l'ensemble encore bien protégés.

Pourtant, la crainte de déclassement, de marginalisation semble se généraliser, comme en témoignent les enquêtes citées plus haut, avec ce sentiment d'être de trop, inutile, d'être le semblable de ce vagabond du XV<sup>e</sup> siècle condamné à mort et « *digne de mourir comme inutile au monde, c'est assavoir estre pendu comme larron* »<sup>7</sup>. Le surnuméraire peut se lire non plus sous l'angle de la démographie ou d'un vagabondage promis à la mort ou plus tard à l'enfermement, mais à travers l'emploi, c'est-à-dire le chômage ou le retour d'emplois paupérisants. Pour l'économiste Denis Clerc, la pauvreté se serait ainsi rapprochée du salariat, interrogeant par là-même notre actuelle protection sociale : « *La pauvreté "d'avant" était liée à la faiblesse de la protection sociale pour les exclus ou les oubliés de la modernité : un minimum vieillesse dramatiquement insuffisant, une allocation adulte handicapé trop chiche, une assurance maladie qui n'était pas universelle. C'est encore le cas pour une*

*part, bien sûr. Mais la pauvreté d'aujourd'hui – ou la paupérisation, c'est-à-dire la dynamique régressive en termes de niveau de vie – concerne largement le monde du travail, et la protection sociale se révèle impuissante à y faire face.* »<sup>8</sup> Cette focalisation sur le monde du travail et du salariat peut s'expliquer par le fait que 90 % des emplois sont actuellement salariés, avec des statuts néanmoins très divers : des cadres dirigeants d'une multinationale aux salariés des services à la personne n'ayant « *qu'un accès réduit à la protection sociale parce qu'ils ne bénéficient d'aucune visite médicale et que l'Inspection du travail n'a pas accès au lieu de travail (domicile des particuliers)* »<sup>9</sup>, l'exposition à la paupérisation n'est pas la même.

Néanmoins, le regard porté sur la pauvreté peut être plus panoramique et suivre en ce sens celui de l'Observatoire des inégalités évoquant une pauvreté qui se diffuse : « *Il ne faut pas oublier que 6 millions de Français vivent toujours des minima sociaux, qu'il s'agisse des Rmistes, des chômeurs en fin de droit, des adultes handicapés, des femmes seules avec enfants ou des personnes âgées. Ce qui frappe les associations d'aide aux plus démunis, c'est le changement du visage de la pauvreté, qui touche davantage les jeunes, les actifs et surtout les chômeurs mal indemnisés. Et encore, on mesure souvent mal l'impact de la pauvreté, qui ne se résume pas aux faibles niveaux de vie. Mal-logement, difficile accès aux soins, aux loisirs, inégalités scolaires sont des éléments constitutifs de la pauvreté dans un pays riche.* »<sup>10</sup> La pauvreté si peu visible des années 1970, qui était en grande majorité celle des personnes âgées, dont la retraite insuffisante ou inexistante était complétée par un minimum vieillesse particulièrement faible (moins des deux tiers du seuil de pauvreté pour une personne seule), s'est ainsi métamorphosée en transcendant les âges et les situations. Ce constat est en phase avec un état des lieux récent des potentialités de la microassurance en France qui interrogeait les assureurs et l'État sur les nouvelles formes d'assurance à concevoir dans des lieux de vulnérabilité socioéconomique (travailleurs sociaux et intermédiaires de santé, étudiants, travailleurs pauvres ou classes moyennes en phase de déqualification) et/ou territoriale (zones

franches urbaines (ZFU), zones urbaines sensibles, quartiers populaires, zones rurales, Dom-Tom)<sup>11</sup>. Ce ciblage est symptomatique des politiques actuelles de protection sociale.

## De nouvelles politiques sociales ciblées.

### **V**a-t-on d'une protection sociale généralisée vers de nouvelles politiques ciblées, et d'une société industrielle vers une société post-industrielle ?

L'État providence ou social n'est pas né par la grâce des ordonnances de 1945 avec l'instauration de la Sécurité sociale. André Gueslin rappelle que l'État providence ne date pas de cette époque mais s'enracinerait dans une histoire séculaire. : « *Au-delà des brusques incendies qui caractérisent l'histoire de ce pays, c'est la continuité qui l'emporte, ce qui ne signifie pas l'immobilisme. La vraie question qui se pose est de savoir si, à force de modifications par petites touches, l'État de la fin du XX<sup>e</sup> siècle n'a pas pris "un visage" totalement différent de celui du début du XX<sup>e</sup> siècle. La réponse est certainement oui.* »<sup>12</sup>

Cette évolution de l'État français – qualifié parfois d'État assureur, social ou providentiel – se retrouve naturellement au sein des mutations des protections sociales. En 1945, la Sécurité sociale vise à garantir « *à chacun, qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes* ». Pour autant, les concepteurs de la Sécurité sociale, Pierre Laroque en tête, ne parlaient pas d'assistanat : « *L'assistance avilit intellectuellement et moralement en déshabituant l'assisté de l'effort, en le condamnant à croupir dans la misère, en lui interdisant tout espoir d'élévation dans l'échelle sociale. [...] Elle ne fournit au problème social que des solutions partielles et fort imparfaites* », écrivait ainsi Pierre Laroque dès 1934<sup>13</sup>. La protection sociale permettant à chacun de « *disposer des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes* »<sup>14</sup> s'inscrivait au contraire dans

une logique de protection du revenu de ceux qui travaillent lorsqu'ils ne le peuvent pas ou plus (en cas de maladie, d'accident du travail, d'invalidité, de vieillissement, de chômage), avec trois objectifs essentiels : réduire la pauvreté, la plus visible étant celle des personnes âgées, améliorer l'état de santé de la population et soutenir les familles nombreuses<sup>15</sup>. Comme l'explique Anne-Marie Guillemard, la société industrielle « salariale » se caractérisait par un couplage indissociable entre un statut d'activité du salarié subordonné à l'employeur et la protection sociale extensive contre les risques qui lui était accordée en retour. Le modèle assuranciel français glissa pourtant subrepticement vers des politiques d'insertion ciblées fondées sur l'assistance plutôt que sur l'assurance, assistance qui devient un nouveau pilier de la protection sociale : « *le pilier de base, celui qui prend en charge ceux dont les assurances sociales ne veulent plus* », note ainsi Bruno Palier, chercheur CNRS au Cevipof (Centre d'études de la vie politique française)<sup>16</sup>. Les politiques d'insertion axées sur des contrats professionnels sur mesure et souvent précaires s'imposent peu à peu dès les années 1980 (emplois jeunes, par exemple, RSA plus récemment). La microassurance fut elle-même initiée avec la même philosophie que celle du microcrédit, ciblant les créateurs d'entreprise issus du RMI, du chômage et des minima sociaux. La logique est compréhensible, l'une des principales causes de pauvreté étant liée à l'absence de travail et donc de revenus.

Cette évolution de la protection sociale permet-elle de lutter contre la pauvreté ? Probablement, puisque supprimer ces politiques d'insertion et/ou d'aide sociale pourrait conduire à une aggravation de la situation de personnes ou de ménages suffisamment nombreux pour ne pas l'envisager. Environ 10 % de la population française vivrait ainsi grâce aux minima sociaux. Il reste que ces politiques sont insuffisantes pour juguler la pauvreté ou la crainte d'être déclassé financièrement, professionnellement ou socialement. Cette situation n'est pas l'apanage des classes « moyennes » ou « populaires ». Nous la retrouvons parmi les bénéficiaires des politiques d'insertion, soumis aux interminables mouvements d'oscillographe des entrées et sorties de dispositifs précaires, selon la juste

expression de Cyprien Avenel. Ce dernier, sociologue des quartiers populaires, note : « *Les aides sont bien plus vécues comme un aménagement de la pauvreté, faisant basculer dans le monde de l'insertion et de la dépendance à l'égard des services sociaux. À terme, les bénéficiaires peuvent se sentir d'autant plus "réduits" à la dépendance qu'ils sont dans une société où les individus se définissent comme les auteurs de leur propre vie. D'où les ressentiments, mais aussi parfois la violence à l'égard des services publics et sociaux, notamment chez les jeunes les plus en difficulté qui optent pour un mode de conduite "anti-institutionnelle"* ». »<sup>17</sup>

Ces éléments nous renvoient aux fonctions de la société assurancielle et de la mutualisation qu'elle implique, aux dépassements des lignes de pauvreté monétaires et autres seuils – bref, à un monde aux inclusions plus larges. Comme le souligne par ailleurs Robert Castel : « *Il faut rappeler avec fermeté que la protection sociale n'est pas seulement l'octroi de secours en faveur des plus démunis pour leur éviter une déchéance totale. Au sens fort du mot, elle est pour tous la condition de base pour qu'ils puissent continuer d'appartenir à une société de semblables.* »<sup>18</sup>

Aussi s'agirait-il probablement plus opportun de s'interroger sur des enjeux plus conséquents, sur fond de trajectoires personnelles, professionnelles ou familiales bien plus diversifiées et individualisées, plus incertaines également, voire anxiogènes. Le cycle de vie classique – éducation, travail, retraite –, facilement identifiable dans le cadre d'une société industrialisée et salariale, aurait vécu. Tel est l'analyse de nombreux sociologues, estimant que « *la notion de cycle[s] de vie est un analyseur précieux pour comprendre les désagencements/réagencements à l'œuvre entre marché du travail et protection sociale et analyser leurs conséquences sur l'émergence de nouveaux risques individuels et sociaux appelant en retour l'invention de nouvelles politiques de protection sociale* »<sup>19</sup>.

La notion de parcours individuel, et plus généralement d'individualisation, nous semble ici un élément-clé, à la fois comme cause et conséquence de vulnérabilité, et comme cible logique des politiques de protection sociale.

## Vulnérabilité, individualisation et crainte de déqualification

**L'**insécurité moderne ne serait pas l'absence de protection. [...] Parce que l'individu est survalorisé et qu'il se sent en même temps fragile et vulnérable, il exige de l'État qu'il le protège. »<sup>20</sup> Cette analyse de Robert Castel invite à voir dans l'individualisation de la société l'un des facteurs explicatifs de cette vulnérabilité diffuse au sein de la société française dans son ensemble, et non plus seulement aux marges. Le paradoxe est là encore redoutable, comme nous le rappelle Cyprien Avenel dans une sociologie des quartiers sensibles : « *On vit dans une société où les individus sont invités à être pleinement responsables d'eux-mêmes. Ils sont "contraints" d'être libres et autonomes quelle que soit l'échelle de ressources. Cela est à la fois un désir personnel et un impératif social. Cet idéal de vie, toutefois, peut se transformer en sentiment d'être méprisé pour celui qui se trouve en situation d'échec. Il s'agit là, en quelque sorte, de la part maudite de l'individualisation. Les problèmes sociaux se transforment en problème personnel à défaut d'une mobilisation collective improbable.* »<sup>21</sup>

Cette perception de vulnérabilité n'est pas fantasmagorique et nombre d'études sur les trajectoires d'exclusion sociale convergeraient pour montrer le rôle fréquent d'« accidents biographiques » tels qu'accident, maladie, rupture familiale, dans l'accélération de la fragilisation des individus qui conduit à des situations d'exclusion<sup>22</sup>. La protection sociale, l'emploi, la famille, les liens de solidarité apparaissent comme des filets de sécurité aux mailles de plus en plus larges, de moins en moins sûrs.

L'éclatement des parcours professionnels ou personnels inciterait dès lors à regarder la pauvreté non plus sous l'angle unique d'une situation statique et purement monétaire, mais à travers le prisme multidimensionnel de la vulnérabilité, et à distinguer dès lors pauvretés transitoires et pauvretés récurrentes. Catherine Pollack et Bernard Gazier mentionnent

ainsi qu'aujourd'hui, en Europe, un tiers environ de la population fait, sur cinq ans, l'expérience de la pauvreté : « *La pauvreté est surtout transitoire et la majorité de ses épisodes sont de courte durée : les études montrent en général qu'un tiers des personnes qui se trouvent en dessous du seuil de pauvreté n'y sont plus l'année suivante* ». Et réciproquement, puisque « *certaines périodes (chômage, naissance d'un enfant, maladie...)* peuvent être des occasions soudaines d'entrée dans la pauvreté [...] »<sup>23</sup>

Les seuils de pauvreté semblent ainsi particulièrement inopérants pour mesurer l'incidence, la réalité et la diversité des pauvretés. Faut-il pour autant sombrer dans un imaginaire social plongeant le cadre supérieur, la diplômée des grandes écoles, l'habitant d'un quartier huppé dans le même univers de précarité que le travailleur non qualifié, le jeune adulte en échec scolaire, ou l'habitant d'une zone urbaine sensible ? Cette confusion serait un déni des réalités. Pour autant – et là se trouve peut-être l'une des premières clés d'explication de cette crainte diffuse de tomber dans la pauvreté –, les uns et les autres partagent bel et bien le sentiment d'être dans un ascenseur social non plus seulement en panne mais qui descend : « *Si on adopte une perspective historique, la part des individus immobiles (qui demeurent dans le même groupe social que leurs parents) reste remarquablement stable, autour de 38 %. Par contre, parmi les individus mobiles, les trajectoires ascendantes deviennent moins nombreuses, alors que les trajectoires descendantes connaissent une augmentation sensible. Pour les individus issus de milieux populaires, s'élever au-dessus de la condition de ses parents devient de plus en plus difficile et, au milieu des années 2000, les enfants d'ouvriers ne sont pas plus nombreux à quitter la classe ouvrière que dans la France des années 1970. Pour les enfants issus des milieux favorisés, les risques de mobilité sociale descendante sont sévèrement accrus : plus d'un enfant de cadre sur quatre né au tournant des années 1960 occupe, la quarantaine passée, un emploi d'ouvrier ou d'employé. [...] Pour les enfants des classes populaires, l'ascenseur social est en panne. Pour ceux issus des milieux favorisés, il descend de plus en plus fréquemment* », souligne ainsi Camille Peugny du Centre de recherche en économie et statistiques<sup>24</sup>. La revue

*Regards croisés sur l'économie* note pour sa part que la tendance longue à la baisse de la pauvreté et des inégalités s'est arrêtée depuis 2002, avec quelques faits marquants au-delà de l'hétérogénéité des expériences de la pauvreté : la hausse du surendettement, la baisse du pouvoir d'achat des minima sociaux, les phénomènes de reproduction entre générations, et – transformation majeure depuis les Trente Glorieuses – l'apparition, dans les pays riches, des travailleurs pauvres. Ce qui n'est pas sans provoquer des douleurs, des ressentiments.

Une question se pose à ce stade : que peuvent l'État et les industriels de l'assurance (assureurs, mutuelles, institutions de prévoyance) face à ce constat assez pathologique : une individualisation des trajectoires, une peur collective où l'avenir ne serait qu'obscurité ou ressentiment ? Des pistes techniques sont déjà envisagées. Elles ne seront néanmoins que partielles. L'enjeu est une nouvelle fois probablement plus complexe et finalement plus engageant.

---

## Quelles voies possibles ?

---

**L**a croissance des dépenses sociales (chômage massif non résolu, augmentation des dépenses de santé, précarisation de situations professionnelles, personnelles ou familiales, etc.), la contrainte du pacte de stabilité et de croissance (certains analystes considèrent que le « pacte d'imbécillité » reste stable)<sup>25</sup> et la difficile gestion de l'État providence invitent à explorer plusieurs voies.

**La première piste** fut tracée par des économistes influents et iconoclastes comme Robert J. Shiller : « *Certains théoriciens de la finance proposent de concevoir autant de produits financiers qu'il est nécessaire pour combler les lacunes des institutions contemporaines héritées du passé, largement idiosyncrasiques. C'est ainsi que Robert Shiller propose d'étendre les produits financiers à des assurances couvrant les aléas macroéconomiques, les risques d'inégalité, les déséquilibres intergénérationnels au sein des systèmes de sécurité sociale ou encore les risques globaux qui s'expriment au niveau du système international* », notent ainsi Robert Boyer,

Mario Dehove et Dominique Plihon<sup>26</sup>. La vision de Shiller<sup>27</sup> est stimulante, mais elle n'est probablement que théorique. La contestation actuelle de la titrisation n'en est pas la cause – nous savons que celle-ci a son utilité et que la crise actuelle, aux origines multiples, relève bien plus d'une titrisation de la peur que de celle des risques<sup>28</sup>. La proposition de Shiller nous semble par contre bien plus contestable par l'utopie qu'elle sous-tend : celle d'un marché parfaitement régulé et transparent qui abolirait autant les contingences géopolitiques que les spécificités socioculturelles des populations.

**Une seconde piste**, moins ambitieuse que celle proposée par Shiller mais s'en inspirant en partie, se devine à travers l'offre de contrats individualisés, tenant compte des trajectoires individuelles fragilisées et des fluctuations de revenus. Le développement actuel de produits d'assurance « pertes de revenus », couvrant ce risque occasionné par le chômage, l'arrêt maladie ou le non versement de pension alimentaire (avec également un accompagnement – protection juridique, assistance, etc. – en rapport avec le sinistre), s'inscrit dans cette évolution sociétale. Il reste que ces produits, de par leurs durées de garantie, leurs délais de carence, leurs niveaux de cotisation et de prestation, leurs critères d'éligibilité, ciblent presque exclusivement des salariés « modèles » selon des critères initiaux de pure rentabilité, ni trop vieux, ni précaires. Reste à savoir si cela permettra d'atteindre un périmètre de mutualisation suffisamment large pour être viable, à défaut d'être trop social. Cette seconde piste se trouve également limitée par le coût des contrats individuels, bien plus chers et moins avantageux que les contrats collectifs d'entreprise.

**Une troisième piste**, en cours de réalisation, se dessine à travers une privatisation partielle plus importante de la protection sociale<sup>29</sup>. La pointe de l'iceberg apparaît à travers la progression du chiffre d'affaires des complémentaires santé (+ 55,8 % en 2007 pour atteindre 27,4 milliards d'euros), toutes familles réunies (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances). L'économiste Pierre-Yves Geoffard prévient cependant : « Notons d'emblée que le désengagement de

*la Sécurité sociale peut se traduire de deux manières distinctes, dont les effets sur les assurés et, in fine, sur le fonctionnement du système sont radicalement différents. Premier cas de figure : les assurances complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) compensent le désengagement en prenant à leur charge ces dépenses. En ce cas, elles ne manqueront pas de répercuter ce coût supplémentaire sur le prix des contrats. Second cas de figure, prévu notamment pour le forfait d'un euro par consultation : les complémentaires ne couvrent pas cette dépense ; elle reste donc à la charge du patient, qui est un peu moins bien assuré. »*<sup>30</sup> La baisse du pouvoir d'achat se traduit de fait actuellement par la seconde réalité, comme le décrypte l'Irdes dans son étude de mai 2008<sup>31</sup>. Commentant les données de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), les auteurs rappellent que le taux d'effort (part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire) varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C) : « Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés ». Ce qui conduit à terme certains ménages à renoncer à une couverture complémentaire, puis à renoncer aux soins : « En 2006, un Français métropolitain sur sept déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près d'un renoncement sur cinq est déclaré comme définitif, les autres étant reportés »<sup>32</sup>. Le taux de renoncement varie notamment selon le revenu des ménages (24 % pour la première tranche contre 7,4 % pour la dernière) et selon le milieu social : les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent renoncer le plus (respectivement 21 %, 19 % et 19 %) ; les cadres et les agriculteurs le moins (respectivement 9 % et 5,4 %) <sup>33</sup>.

Le consultant Hubert Clerbois conclut pour sa part, non sans inquiétude : « Le coût de la complémentaire est devenu un réel enjeu pour les familles qui, pour certaines d'entre elles, choisissent de ne pas s'assurer et préfèrent parfois avoir recours aux crédits pour financer les coups durs. Il en est de même pour les entreprises, en

*particulier les PME. Cette tendance risque sans doute de s'amplifier car, dans ce domaine de la consommation médicale et des désengagements de la Sécurité sociale, il semble malheureusement que le pire soit encore à venir.* »<sup>34</sup>

Ces analyses ne sauraient se limiter au domaine de la santé. Georges Gloukoviezoïff, membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, relève en effet que si les prises de crédit de la période des Trente Glorieuses s'effectuaient principalement pour la satisfaction du besoin de promotion (développement de la consommation de masse et équipement des ménages en biens durables), le recours au crédit pour satisfaire le besoin de protection s'affirmait depuis les années 1980 comme une finalité majeure. Le développement de produits crédit-santé en constitue une récente illustration.

Cette évolution traduirait l'individualisation des trajectoires professionnelles et probablement son corollaire, une individualisation des protections, à travers un crédit devenu beaucoup plus accessible<sup>35</sup>. La tentation, pour ne pas dire la facilité, serait de contrôler alors drastiquement l'accès au crédit, en faisant l'économie de la réflexion sur les conséquences de telles mesures. Car comment se protéger, dès lors que les prestations sociales se sont réduites, que les assurances privées sont difficilement accessibles et le crédit bloqué ?

Le low-cost et un retour aux basiques (des garanties simples, limitées et une assurance pour le strict nécessaire) sont alors parfois évoqués comme étant une des réponses possibles. Mais comment définir ce qu'est le « strict nécessaire » et mesurer ses conséquences ? À titre d'exemple, le fait que certains produits low-cost santé excluent à présent le remboursement du reste à charge pour les consultations en médecine de ville (6,60 euros pour une consultation de généraliste à 22 euros, sans oublier la franchise de 1 euro) en privilégiant les « gros risques » hospitaliers, a des impacts directs sur le comportement des ménages à l'égard de leur propre vulnérabilité.

Jocelyn Galland, adjoint au directeur des partenariats politiques de la Macif, rappelle enfin pour sa part la situation des microentrepreneurs peu ou mal assurés, tant par méconnaissance des risques que faute d'offre

adéquate et accessible. « *Même s'ils sont conscients des risques, les microentrepreneurs ne trouvent pas forcément sur le marché des produits adaptés.* »<sup>36</sup>. Sans oublier la difficulté de certaines personnes à s'assurer à cause d'un handicap qui est plutôt du côté de l'assureur. Le témoignage, dans L'Argus de l'assurance, de cette personne handicapée, éducatrice sportive des métiers de la forme (techniques relaxantes, prévention des chutes et des fractures), à présent assurée grâce au développement de la microassurance, est à ce titre édifiant : « *Avant de démarrer mon activité de gymnastique, à domicile, j'ai pensé à la prévoyance : à cause de mon invalidité, aucun assureur ne voulait me prendre en charge.* »<sup>37</sup>

**Une quatrième piste**, basée sur le monde de l'entreprise, nous renvoie à la fois aux compromis historiques des partenaires sociaux à la base de la Sécurité sociale, à la modernisation du marché du travail sur fond de flexisécurité, et également à certaines assurances d'outre-Atlantique. Il s'agit précisément de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail. Cet article, devant entrer en vigueur en mai 2009, s'adresse aux salariés dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à une allocation d'assurance chômage, à l'exception des salariés licenciés pour faute lourde. Toute personne venant de perdre son emploi et qui bénéficiait d'une couverture complémentaire (santé et prévoyance) au sein de son entreprise pourra ainsi continuer à en bénéficier pendant une période de trois à douze mois. Cette mesure, qui vise à garantir « l'accès à la portabilité de certains droits », est intéressante, mais des difficultés d'application et de financement du dispositif apparaissent aussitôt. L'accord stipule en effet que le mécanisme de financement de ces couvertures, donc l'abondement de l'entreprise (entre 40 % et 50 % de la cotisation en moyenne), est maintenu pour l'ex-salarié. Ce qui signifie pour ce dernier qu'il devra prendre à sa charge, s'il le souhaite, une part de cotisation identique à celle qu'il acquittait en tant que salarié de l'entreprise, malgré une perte de revenu important. La difficulté du financement se retrouve également au niveau de l'entreprise, comme nous

rappelle Géraldine Vial, du journal Les Echos : « Mettre en place un mécanisme de mutualisation, théoriquement réservé aux accords collectifs, reviendrait à faire payer un supplément de cotisations ? potentiellement conséquent ? aux salariés. [...] Dans le cas contraire, cela supposerait que l'organisme complémentaire [l'assureur] aille recouvrer la cotisation auprès de l'ancien salarié ? qui n'a désormais plus de fiche de paie. »<sup>38</sup>

Cette mesure devra aussi et surtout trouver son articulation avec l'article 4 de la loi Evin, qui détermine les conditions de couverture des anciens salariés (retraités, chômeurs, invalides) dans le cadre des régimes dits de « sortie de groupe ». Or, une jurisprudence récente<sup>39</sup> impose, pour la première fois, une lecture stricte de cet article, et donc de la notion de « maintien de couverture » pour les ex-salariés. Cette jurisprudence met de facto hors la loi toute une série de pratiques qui s'étaient généralisées entre les entreprises et leurs assureurs pour gérer le cas des retraités, comme celle de « proposer des contrats santé individuels sans lien avec le contrat groupe initial. Et sous couvert de leur proposer des garanties plus adaptées à leur situation, les assureurs s'exonéraient ainsi de la limite tarifaire réglementaire de 150 %, jugée inadaptée à la réalité économique »<sup>40</sup>. Cette jurisprudence crée dès lors un risque de contentieux important sur le stock de contrats, car qui assumera ce qui s'apparente ni plus ni moins à des passifs sociaux ? Ainsi, entre l'article 14 de l'ANI et cette lecture plus stricte de la loi Evin, le modèle économique et social de la prévoyance et de la santé collective pourrait être aujourd'hui menacé et de moins en moins capable d'assumer la solidarité inter-générationnelle.

Au-delà de la problématique majeure du financement et de ses impacts, cette quatrième piste est également contestée par le fait qu'elle continue de suivre le modèle d'une société salariale industrialisée, celle des grandes entreprises, en déconnexion avec la réalité des TPME, des microentreprises, des TNS (travailleurs non salariés) et des services à la personne, catégories particulièrement exposées à la précarité. Les analyses de Rober Castel finiraient enfin d'épuiser le modèle, à savoir : « De toute manière, chercher le salut par l'entreprise, c'est se tromper de registre. L'entreprise exprime

*une logique de marché, de l'économie, qui est le champ institutionnel des seules entreprises. Sur ce plan, la marge de manœuvre est étroite car (le désastre des pays du "socialisme réel" le montre) une société ne peut pas plus ignorer le marché que la physique ne peut ignorer la loi de la gravitation universelle », avant de rappeler cependant : « S'il est suicidaire d'être "contre" le marché, il n'en résulte pas qu'il faille s'abandonner à lui. La problématique de la cohésion sociale n'est pas celle du marché, la solidarité ne se construit pas en termes de compétitivité et de rentabilité. Ces deux logiques sont-elles compatibles ? »<sup>41</sup> La question mérite en effet d'être posée et incite alors des spécialistes de la protection sociale à défendre l'idée de la piste suivante.*

**Cinquième piste**, celle d'un État providence moteur. Bruno Palier et Gøsta Esping-Andersen plaident ainsi pour un investissement social public qui serait plus efficace et plus juste que le recours au marché ou aux familles : « [Il faut] penser autrement certaines dépenses sociales : non pas comme un coût qui entraverait la croissance économique, mais comme un investissement qui accompagne et soutient la transition vers l'économie de la connaissance. Aider les enfants à acquérir les compétences adaptées aux activités de pointe, permettre aux femmes de travailler : autant de garanties d'une croissance plus forte et de meilleurs revenus pour l'État providence. Les politiques sociales peuvent retrouver une utilité économique, si elles sont conçues non plus comme une dépense (un coût) qui intervient après la croissance économique, mais comme un facteur de richesses futures. Pourquoi encore compter sur l'État ? Confier la protection sociale au secteur et aux financements privés ne serait-il pas moins coûteux et plus efficace ? Privatiser ne fera ni disparaître les besoins, ni même baisser la facture. Il faudra de toute façon couvrir les besoins des personnes âgées, besoins de revenus, de santé, de prise en charge de la dépendance. »<sup>42</sup>

Le propos est audacieux, car il est à rebours des discours sur les limites ou incompétences de l'État providence. Il est parfaitement audible au regard de l'influence considérable de l'éducation, de la santé, de l'emploi, de l'habitation et de l'âge sur les vulnérabilités. Il reste que le financement de tels dispositifs se pose, alors même que le déficit public est déjà considérable

et que la société française est traversée par des processus d'individualisation majeure et d'éclatement des parcours de vie, peu propices à un effort commun : « Chaque citoyen a sa propre conception de l'État, fondée sur ses intérêts propres et beaucoup moins sur l'intérêt général, avec des paradoxes évidents. L'idéologie sécuritaire porte ainsi ses propres contradictions : la présence de la police peut ainsi être souhaitée puis critiquée successivement par les mêmes ; la protection de l'emploi peut être à la fois revendiquée pour soi-même et refusée à d'autres ; les atteintes à la protection sociale sont stigmatisées mais les cotisations sociale et les impôts perçus comme trop lourds... Et l'on accuse la mauvaise gestion de l'État et l'on recherche des boucs émissaires, notamment les travailleurs immigrés accusés de tous les maux »<sup>43</sup>, remarque, non sans ironie, André Gueslin.

## Au-delà des certitudes civilisationnelles, le rôle des assureurs

**O**n pourrait conclure sur l'idée que la protection contre la pauvreté n'est finalement possible que dans le cadre d'un partenariat public-privé. Ceci nous semble de fait incontournable, mais probablement encore insuffisant. D'un côté, un marché de plus en plus tourné vers le court-termisme et la sirène du ROE (Return on Equity) à 15 %, de l'autre un État assureur doublement en crise, comme nous le rappelle Philippe Trainar : « La crise de l'État assureur n'est pas seulement financière. Elle se lit aussi dans le désintérêt paradoxalement croissant de l'État pour la couverture des risques qui ne sont pas assurables par le marché et son intérêt croissant pour la couverture des risques rentables (cf. la nationalisation récente de la couverture santé des exploitants agricoles). Plus précisément, l'État ne s'intéresse à l'assurance que si elle peut apporter des gains politiques, en servant la redistribution, ou des gains financiers, en étant profitable. À l'inverse, l'État cherche assez systématiquement à reporter sur le marché la couverture des risques politiques (cf. indemnités des

victimes d'émeutes) ou d'hypercenterrorisme (cf. les pressions des États sur l'industrie à la suite du 11-Septembre), alors même que ces risques relèvent de la responsabilité principale – si ce n'est exclusive – des États. Il s'agit là d'un échange de rôles totalement inefficace et sous-optimal entre le marché et l'État »<sup>44</sup>. La nouvelle taxe sur le chiffre d'affaires des complémentaires santé (mutuelles, instituts de prévoyance et assureurs), d'un montant qui devrait avoisiner un milliard d'euros pour l'assurance maladie, pourrait illustrer ce propos. Aucune concertation. Aucun souci de mesurer les conséquences en termes de répercussion de cette taxe sur les tarifs pour les assurés.

L'évocation des limites et paradoxes des possibilités explorées plus haut ne doit pas pour autant dériver vers un rejet total des solutions et un dépit fataliste. Le développement de produits d'assurance adaptés aux fluctuations de revenus, la politique sociale d'un État, la synthèse d'un système basé à la fois sur les principes de répartition (collectif) et de capitalisation (individuel), la concertation et la concrétisation de partenariats public-privé sont plus que nécessaires. Les défis sont immenses. Les enjeux tout autant. Le sentiment pour quelqu'un d'être « inutile au monde », aux yeux du politique ou des institutions de réduction de risques, conduit à l'insécurité totale, au ressentiment, à la peur, comme cela peut être le cas dans certaines zones urbaines sensibles : « Malgré tout ce qui est fait pour eux, ces habitants des quartiers ont l'impression qu'on les a abandonnés, parce qu'ils vivent de plus en plus en état d'insécurité. C'est pourquoi ils ont peur. Or, la peur, qui favorise les mouvements extrémistes ou asociaux, est le pire ennemi de la démocratie. »<sup>45</sup> Prédire le pire, passe-temps somme toute peu risqué, n'est pas ici notre propos : après tout, l'histoire n'est pas mécanique et les cassandres ont souvent tendance à oublier que le présent n'est qu'un possible qui a eu de la chance. Il est plus utile de nous interroger sur le présent et de mesurer la qualité d'une société. La réflexion sur l'individualisation de la société, la non-inscription des êtres dans des histoires générationnelles, la disparition des rites, l'expulsion de la mort du champ de la collectivité – expression paroxysmique d'une société paradoxale qui se voudrait invulnérable mais qui est incapable de regarder ses fragilités

en face –, la perte de confiance dans l'éducation et la culture comme vecteur d'ascension sociale, la difficile acceptation dans le monde du travail de profils professionnels changeants au gré des crises et des maturités, tout cela invite à porter un regard plus large, plus complexe sur la société. Reste à savoir si les assureurs souhaitent encore participer à cette réflexion sociétale engageante, au-delà du « pur technique » ou « financier » bien sûr nécessaire. Car l'assurance devrait être perçue comme un filet de sécurité permettant d'oser le risque ou d'atténuer les fluctuations déstabilisantes. Penser que l'assurance relèverait de l'assistance dès lors qu'on parle de lutte contre la pauvreté apparaît pourtant comme une certitude. Et les civilisations meurent de certitude<sup>46</sup>.

#### Notes

\* L'auteur remercie Géraldine Vial, membre du CHEA et journaliste aux Echos pour l'avoir précieusement aidé dans la réflexion sur l'évolution de la protection sociale en France.

1. E. Suleiman, *Schizophrénies françaises*, Grasset, 2008. Voir également Ph. d'Iribarne, *L'Étrangeté française*, Seuil, 2006.

2. D'après les sondages BVA-Emmaüs publiés en 2006 et 2007 indiquant que 48 % des Français craignent de devenir un jour sans abri, et deux enquêtes Eurobaromètres de 2006 et de 2007.

3. M. Lelart, *De la finance informelle à la microfinance, Édition des archives contemporaines*, 2007. Voir également sur les limites des indicateurs : M. Nabeth, « La microassurance en Afrique ou la construction d'assurances modernes au-delà des apparences », *L'Assureur africain*, à paraître.

4. S. Paugam, « Les formes de la pauvreté en Europe » in revue *Regards croisés sur l'économie* ; Pour en finir avec la pauvreté – mesures, mécanismes et politiques, *La Découverte*, n° 4, septembre 2008. L'auteur remercie Alexandra Roulet, chercheur associée à l'Institut Thomas More et membre du comité de rédaction de la revue *Regards croisés sur l'économie*, pour lui avoir communiqué son point de vue ainsi que cette publication.

5. J. Damon, « Exclusion et sentiment d'exclusion : le grand écart » in *Observatoire des inégalités. (Collectif), L'État des inégalités en France 2009 – Données et Analyses*, Belin, 2008.

6. R. Castel, *L'insécurité sociale – Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Seuil, 2003.

7. Phrase citée dans la conclusion de l'ouvrage de Bronislaw Geremek, *Les marginaux parisiens aux XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles*, coll. « *Champs Histoire* », Flammarion, 2009 (réédition).

8. D. Clerc, *La France des travailleurs pauvres*, Grasset, 2008.

9. F. Jany-Catrice, « Services à la personne : la double inégalité » in *Observatoire des inégalités. (Collectif), L'État des inégalités en France 2009 – Données et analyses*, Belin, 2008.

10. J. Nguyen, *Revenus, Patrimoine, Pauvreté* in *Observatoire des inégalités (collectif), L'État des inégalités en France 2009 – Données et analyses*, Belin, 2008.

11. M. Nabeth, « Les nouvelles voies de la microassurance en France », *Working Papers*, N° 20/FR – Programme d'études Vivre l'Europe, série *Enjeux économiques européens*, Institut Thomas More, septembre 2008.

12. A. Gueslin, *L'État, l'économie et la société française XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, coll. « *Carré Histoire* », Hachette Éducation, 2007.

13. P. Laroque, *L'Homme nouveau*, n° 1, janvier 1934, cité dans R. Castel, *L'insécurité sociale*, Seuil, 2003.

14. *Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945*.

15. *L'heure était après tout à la reconstruction, et le poids démographique d'une population saine permettait à moyen terme d'augmenter la productivité. Certes, la Sécurité sociale ne concernait dans un premier temps que les salariés, soit un Français sur deux, mais l'horizon anticipé par ses concepteurs était bien celui du salariat industriel massif (au-delà même des risques de réactions qui en découleraient ; le poujadisme en fut l'un des avatars), d'une Sécurité sociale globale, d'une société assurancielle généralisée.*

16. B. Palier, « Du Welfare au Workfare : les transformations des politiques de lutte contre la pauvreté » in revue *Regards croisés sur l'économie*. « Pour en finir avec la pauvreté –

mesures, mécanismes et politiques », *La Découverte*, no 4, septembre 2008.

17. C. Avenel, *Sociologie des quartiers sensibles*, Armand Colin, 2007.

18. R. Castel, *L'insécurité sociale – Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Seuil, 2003.

19. A.-M. Guillemand, « Un cours de vie plus flexible, de nouveaux profils de risques, enjeux pour la protection sociale in. A.-M. Guillemand (dir.), *Où va la protection sociale ?*, Presses Universitaires de France, 2008.

20. R. Castel, *L'insécurité sociale*, *op. cit.*

21. C. Avenel, *Sociologie des quartiers sensibles*, *op. cit.*

22. H. Hirata ; E. Préteceille, « Exclusion, précarité, insécurité socioéconomique (apports et débats des sciences sociales en France). La prise en compte de l'insécurité socioéconomique dans les grandes enquêtes statistiques en France », *Bureau international du travail*, Genève, avril 2002.

23. C. Pollack ; B. Gazier, « Que sait-on des trajectoires de pauvreté dans les pays riches ? » in revue *Regards croisés sur l'économie*, *op. cit.*

24. C. Peugny, « Quand l'ascenseur social descend », in *Observatoire des inégalités*, *op. cit.*

25. Le dossier de *La Documentation française*, « Le pacte de stabilité en débat. Réformer le pacte de stabilité et de croissance : les principales propositions » (2005) évoque pour sa part quelques réformes possibles comme : a) la prise en compte à la fois du critère de déficit et du critère de dette – la prise en compte d'un critère de dette par rapport au PIB pourrait être plus pertinente que celle du seul déficit public ; b) la récompense pour les politiques prudentes – les pays menant une politique prudente ou dégageant des surplus en période de bonne conjoncture pourraient se voir accorder la possibilité d'un déficit supplémentaire. Il serait envisageable que ce critère qualitatif concerne également des investissements publics, des politiques de restructuration ou la baisse des impôts ; c) l'établissement d'un véritable fédéralisme budgétaire : actuellement, il est limité à la politique agricole commune et aux fonds structurels. La politique monétaire commune pourrait alors être complétée par un véritable système de péréquation financière prenant la forme de transferts conjoncturels entre États.

26. R. Boyer ; M. Dehove ; D. Plihon (dir.), *Les crises financières*, Conseil d'analyse économique, *La Documentation française*, 2004.

27. Voir notamment R. J. Shiller, *The New Financial Order: Risk in the 21st Century*, *Princeton University Press*, 2003.

28. Dans la revue *Risques*, « Crise financière : analyses et proposition », n° 73-74, juin 2008, Jacques de Larosière revient, dans un article intitulé « La crise financière actuelle. Pourquoi le système a-t-il déraillé ? Réflexion sur la titrisation », sur le propos suivant de l'économiste Claudio Borio : « La titrisation, supposée être un modèle destiné à mieux distribuer le risque et la sécurité, a finalement distribué la peur ».

29. L'auteur remercie Anne-Laure Janeczek et Didier Ambroise de CGSI Santé pour leur apport concernant les éléments traitant de la santé dans ce paragraphe.

30. P.-Y. Geoffard, « La régulation des dépenses de santé : comment faire ? » in Ph. Askenazy et D. Cohen (dir.), *Vingt-sept questions d'économie contemporaine*, Albin Michel, 2008.

31. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*.

32. *Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important : parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins, 63 % citent les soins bucco-dentaires, 25 % les lunettes et 16 % les soins de spécialistes.*

33. B. Kambia-Chopin ; M. Perronnin ; A. Pierre ; T. Rochereau, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », résultats de l'enquête santé protection sociale 2006 (ESPS 2006), *Questions d'économie de la santé*, n° 132, mai 2008.

34. H. Clerbois, « Panorama des offres et des garanties en santé » in *L'Argus de l'assurance*, *Les cahiers pratiques : santé et prévoyance*, n° 7093, 24 octobre 2008.

35. Gloukoviezoff, « La pauvreté dans les sociétés financiarisées » in revue *Regards croisés sur l'économie*, *op. cit.*

36. G. Vial, « La microassurance veut élargir son public », *Les Échos*, 4 mars 2009.

37. F. Bozzo, dossier « La microassurance », L'Argus de l'assurance, n° 7100, 12 décembre 2008. Cette éducatrice, interviewée par la journaliste Floriane Bozzo de L'Argus de l'assurance, est à présent assurée chez *Entrepreneurs de la cité*. Il existe actuellement deux programmes de microassurance en France : celui d'*Entrepreneurs de la cité* (April Group, AG2R-La Mondiale, CNP assurances, CFDP, Matmut) et celui relevant d'un partenariat entre AXA et la Macif.
38. G. Vial, « Les employeurs contraints de maintenir les couvertures de leurs ex-salariés », Les Échos, 22 décembre 2008.
39. Cour d'appel du Lyon du 13 janvier 2009, confirmant un jugement de la Cour de cassation du 7 février 2008.
40. G. Vial, « Coup de tonnerre sur les mutuelles santé d'entreprise », Les Échos, 15 janvier 2009.
41. R. Castel, Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat, coll. « Folio », Gallimard, 1999.
42. G. Esping-Andersen ; B. Palier, Trois leçons sur l'État providence, coll. « La République des idées », Seuil, 2008.
43. A. Gueslin, L'État, l'économie et la société française XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle, *op.cité*.
44. Ph. Trainar, « L'interface public/privé, répartition des tâches et complémentarités », in revue Risques, dossier « Partenariats public/privé, mythes et réalités », n° 64, octobre-décembre 2005.
45. V. Le Goaziou ; C. Rojzman, Les Banlieues, coll. « Idées reçues », Le Cavalier bleu, 2006.
46. Allusion à Paul Valéry.

# QUEL RÔLE POUR LES ENTREPRISES DANS LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ ?

*Pierre Deschamps*

*Président des EDC, Entrepreneurs et Dirigeants Chrétiens*

■ Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'économie libérale a généré de grands progrès matériels et une hausse significative des niveaux de vie, dans les pays occidentaux d'abord, dans les pays émergents ensuite. Mais, dans le même temps, la pauvreté n'a cessé de progresser.

La responsabilité des entreprises vis-à-vis de la pauvreté trouve son origine dans le choix de sa finalité : est-ce la maximisation du profit ou bien est-ce sa mission sociétale ? En optant pour cette seconde mission, sans renoncer au profit comme levier et non comme objectif, l'entreprise peut combattre la pauvreté : en évitant le recours au temps partiel imposé, en instaurant des conditions de travail décentes et, surtout, en anticipant les difficultés économiques afin de ne déclencher des licenciements économiques qu'en tout dernier ressort.

En associant responsabilité sociale et économie libérale, les entreprises prennent ainsi leur part dans la réduction de la pauvreté.

**D**ans son acception première, la pauvreté signifie l'insuffisance des ressources matérielles requises pour mener une vie, individuelle et familiale, normale. Progressivement, la notion de pauvreté s'est étendue pour qualifier l'état d'une personne qui, bien que disposant des ressources minimum, a perdu les ressorts moraux et psychologiques lui permettant de « sur-vivre », en particulier dans l'environnement professionnel. Selon leurs politiques sociales, les entreprises peuvent contribuer à atténuer ou, au contraire,

## ■ WHAT IS THE ROLE OF BUSINESSES IN POVERTY REDUCTION?

*Since the end of the 19th century, free market economics have generated great material progress and a significant increase in standards of living, firstly in the West and then in the emerging countries. However, at the same time poverty has continued to grow.*

*Corporate responsibility in the face of poverty lies in the choice of the goal a business sets itself—profit maximisation or social mission? By choosing the second, without renouncing profit as a lever rather as an end in itself, businesses can combat poverty: by avoiding the imposition of part time working, by putting in place decent working conditions and, above all, by anticipating and preparing for economic difficulties so as to resort to redundancies only as a last resort.*

*In this way, by combining social responsibility with free market economics, businesses can play their part in reducing poverty.*

à accentuer le risque de voir leurs salariés atteints par l'une ou l'autre de ces pauvretés.

Pour saint Jean Chrysostome, docteur de l'Église, les richesses sont un bien qui vient de Dieu : ceux qui les possèdent doivent les utiliser et les faire circuler, de sorte que les nécessiteux aussi puissent en jouir.

La croissance économique, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, a permis des progrès matériels considérables dans les pays occidentaux, progrès qui deviennent désormais accessibles à de nouveaux pays, dans lesquels de plus en plus de personnes voient croître leurs niveaux de vie. Et pourtant, cette croissance n'a pas empêché que

l'écart entre les plus riches et les plus pauvres, qu'il s'agisse des pays ou des individus, ne cesse de se creuser. Les États tentent de corriger ces écarts en édictant des lois de régulation et, surtout, de redistribution. Certains promeuvent des modèles alternatifs au système capitaliste, tels l'entrepreneuriat social ou le *social business* décrit par Muhammad Yunus dans *Vers un nouveau capitalisme* (JC Lattès). Mais ces modèles, adaptés à des situations particulières, ne peuvent être généralisés à cause de l'absence de valorisation des entreprises, interdisant les rapprochements et les acquisitions. En effet, la valorisation des entreprises constitue le moteur principal des investisseurs.

Grâce à la démarche de la responsabilité sociale des entreprises (RSE), beaucoup de dirigeants prennent maintenant en compte la dimension sociale (et la dimension environnementale) de leurs décisions, à côté de la dimension économique, qui leur est spontanément plus familière. Comme l'écrit Muhammad Yunus, on observe deux attitudes face à la RSE : l'attitude minimaliste consistant « à ne pas nuire aux personnes », et l'attitude constructive visant à « faire du bien aux hommes », qui rejoint l'objectif de lutte contre la pauvreté.

Toutes ces initiatives, aussi louables soient-elles, n'ont que très peu contribué à combattre la pauvreté. Que leur a-t-il donc manqué ? Toute entreprise a le choix entre deux priorités quant à sa finalité : soit la priorité financière, consistant à maximiser son profit, soit la priorité sociale – ou sociétale – consistant à produire et vendre des biens ou des services. La priorité financière ne concerne qu'une infime minorité de personnes, qui peuvent être tentées d'utiliser l'entreprise pour servir leurs seuls intérêts et, donc, accroître leurs revenus et leur patrimoine au détriment des autres. La priorité sociétale, elle, s'applique au plus grand nombre. Laquelle de ces deux priorités doit l'emporter sur l'autre ? La réponse la plus répandue des chefs d'entreprise, y compris les partisans de la RSE, est d'affirmer haut et fort que la priorité financière est au premier rang. Et s'ils optaient pour la priorité sociétale ? Le but premier de chaque entreprise résiderait dans son projet sociétal, le profit constituant

un levier au service de ce projet, en même temps qu'un facteur de viabilité et de pérennité. Il ne s'agit pas de renoncer au profit, qui demeure indispensable au développement des entreprises. Il s'agit de le positionner à sa juste place, qui est celle d'une condition et non d'un objectif.

Dès lors, le rôle des entreprises au regard de la pauvreté se dévoile : non pas sous forme d'actions de type assistance aux plus démunis, car ce n'est pas leur fonction, même si certaines s'y engagent dans le cadre de projets de mécénat humanitaire. En revanche, on peut demander aux entreprises, spécialement celles ayant choisi la priorité sociétale, de ne pas être génératrices de situations de pauvreté. De telles situations peuvent résulter soit de salaires insuffisants, soit de conditions de travail dévalorisantes, soit de l'absence de travail.

Concernant les salaires, l'existence du smic pourrait laisser penser qu'en France il n'existerait pas de salariés pauvres. Or, tel n'est pas le cas à cause du recours trop fréquent, dans certains secteurs, au temps partiel contraint. Convierait-il de fixer un smic mensuel ? Pour les conditions de travail, il arrive qu'elles conduisent des salariés vers une pauvreté morale, souvent difficile à discerner. La non-perception de ces situations constituant un facteur aggravant, le chef d'entreprise doit être très vigilant au regard des conséquences des conditions de travail sur les salariés les plus fragiles. Enfin, s'agissant du chômage, le système français permet une indemnisation satisfaisante, au moins pendant un certain temps. Mais la pauvreté induite par le chômage est moins d'ordre matériel que d'ordre psychologique : c'est la dignité de la personne qui est en jeu. C'est pourquoi les entreprises doivent tout mettre en œuvre pour éviter les licenciements économiques, ce qui devient, reconnaissons-le, une gageure compte tenu de la crise actuelle. Des pistes méritent néanmoins d'être explorées.

Si la situation à laquelle est confrontée l'entreprise procède de motifs structurels, sans perspective de reprise, le plan social est inévitable, mais il doit être conduit de manière à viser un minimum de salariés se

retrouvant sans emploi. Pour cela, les entreprises doivent s'engager à reclasser toutes les personnes licenciées sur des emplois équivalents. L'expérience montre que cet objectif est atteignable, sur une période de plusieurs mois s'il le faut, dès lors que le chef d'entreprise s'implique personnellement, qu'une vraie collaboration existe au sein des bassins d'emploi et que ces suppressions de postes ont été anticipées par la reconversion des salariés dont la qualification devient obsolète. L'État, de son côté, devrait instituer des mesures plus incitatives en matière de financement et de mise en œuvre des plans sociaux, destinées aux entreprises qui prendraient un tel engagement.

Dans les autres cas, où la reprise est prévisible à terme de plusieurs mois, les chefs d'entreprise doivent s'engager à ne procéder à aucun licenciement collectif. En contrepartie de l'engagement de ne pas déclencher de plans sociaux, le recours au chômage partiel

devrait être étendu et facilité. L'État devrait s'engager à garantir le salaire net des personnels concernés, en utilisant les fonds de l'assurance chômage. Maintenir le lien entre les salariés et leur entreprise signifie pour ceux-ci conserver leur statut, avec les avantages associés, tant matériels que moraux, au lieu de basculer dans le statut de chômeur. Pour les entreprises, c'est disposer, au moment de la reprise, du personnel nécessaire. Pour les salariés concernés, afin que la situation d'inactivité temporaire ne soit pas mal vécue, des séances de formation leur seraient dispensées.

Ces approches d'une vraie responsabilité sociale des entreprises feront évoluer notre système libéral vers un modèle plus solidaire, au sein duquel la liberté d'entreprendre, indispensable à la croissance et à l'innovation, ira de pair avec la volonté de servir les autres, particulièrement les plus vulnérables.

# 4.

## Études et livres

---

■ Marc-Éric Bellot

*Qu'est-ce que la sinistralité de mauvaise conjoncture ?*

■ Ali Jaghdam

*Les conditions d'assurabilité des cyber-risques*

■ Régis de Larouillère

*La crise financière : d'un Glass-Steagall Act revisité à un soutien de groupe amélioré ?*

■ Pierre Martin

*Mutuelles d'assurances et marché : un capitalisme pertinent ?*

■ Côme Segretain

*La procyclicité et la responsabilité de la juste valeur dans la crise en question*

## Livres

Christophe MARTIN et Franck GUARNIERI

*Pratiques de prévention des risques professionnels dans les PME-PMI*  
par Frédéric Gudin du Pavillon

Roland PORTAIT et Patrice PONCET

*Finance de marché : instruments de base, produits dérivés, portefeuilles et risques*  
par Carlos Pardo

Alain BORDERIE

*Financer les champions de demain. Siparex 1977-2008 : pour un private equity éthique et performant*  
par Pierre Bollon



# Qu'est-ce que la sinistralité de mauvaise conjoncture ?

*Marc-Éric Bellot*

*IARD E-P. Coordination Offre-Produits aux AGF*

**P**rolongeant des travaux réalisés entre 2002 et 2006 au sein d'AGF\*, cet article a pour objet de recenser, par le raisonnement, tous les types de sinistres IARD des entreprises favorisés par la dégradation de la conjoncture économique et ses conséquences sociales. Il vise à préciser certaines notions en complément des études statistiques et du retour d'information des sinistres graves et des missions de prévention.

\* Merci à Olivier, Maxime, Sylvain, Alain et Dominique-Lucy pour leurs éclairantes remarques.

En 2009, l'économie française est entrée en récession. Il s'agit d'une situation caractérisée de mauvaise conjoncture<sup>1</sup>. Il existe, dans la profession de l'assurance IARD, une idée largement répandue selon laquelle les périodes de mauvaise conjoncture économique sont accompagnées de sinistres d'une nature spécifique : les sinistres de conjoncture ou plus précisément de mauvaise conjoncture<sup>2</sup>.

## ■ Les sinistres de dommages aux biens

Pour identifier les sinistres de dommages aux biens, particulièrement concernés par le ralentissement économique, nous nous appuyerons sur une typologie qui distingue les sinistres volontaires (ou intentionnels) qui résultent d'une volonté : celle de l'assuré lui-même – il s'agit alors d'une fraude, celle d'un tiers lié ou non à l'entreprise touchée ; et les sinistres non volontaires que l'on peut aussi appeler, mais avec moins de précision, accidentels.

## ◆ Les sinistres volontaires de dommages aux biens

Ce sont les événements que l'on associe le plus spontanément aux périodes de récession. Il s'agit le plus souvent de sinistres de forte charge, ce qui traduit la volonté de destruction de leurs auteurs.

### • du fait de l'assuré

Ils sont également nommés « sinistres

de réalisation » et constituent une fraude consistant à détruire des biens garantis afin de percevoir l'indemnité correspondante, qui n'est naturellement pas due quand la fraude est prouvée, ce qui est rare.

Ces fraudes prennent principalement la forme d'incendie – dont la capacité de destruction est maximale et qui rend difficile l'identification des causes –, mais elles peuvent également se matérialiser en vols – pour les équipements mobiles ou facilement déplaçables, les véhicules et les engins – voire en dégâts des eaux, efficaces pour « réaliser » des biens sensibles à l'humidité.

On peut distinguer deux motivations à frauder :

- percevoir la valeur d'assurance quand la valeur d'usage ou la valeur vénale des biens détruits est estimée par l'assuré inférieure à l'indemnité qu'il peut ainsi recevoir ;
- obtenir par l'indemnisation des liquidités jugées indispensables.

Ce tableau montre les liens entre ces motivations et la dégradation de la conjoncture économique et ses conséquences à l'intérieur de l'entreprise.

Motivations des fraudeurs	Causes économiques	Causes internes
Percevoir la valeur d'indemnisation	Baisse de la consommation Déstockage des distributeurs	Augmentation des stocks amont (matière première, produits intermédiaires inutilisés) ou aval (produits finaux invendus) Équipements productifs en sous-utilisation
Obtenir des liquidités	Diminution des financements bancaires ou des possibilités d'augmentation de capital Augmentation du nombre de cessations de paiements	Défaut de trésorerie : baisse de CA, augmentation des impayés commerciaux

Il est à noter, indépendamment du contexte économique, que l'on rapproche parfois la survenance de ces sinistres de réalisation de secteurs d'activité particuliers, de profils de manager ou de natures d'actionariat particuliers<sup>3</sup>.

#### • du fait de tiers

Il faut ici distinguer les tiers liés à l'entreprise – notamment les salariés et anciens salariés – des tiers non liés à l'entreprise.

#### - du fait de salariés et d'anciens salariés

Les événements de dommages qui apparaissent le plus directement liés à la conjoncture sont les destructions des biens de l'entreprise par des salariés, et plus encore par d'anciens salariés licenciés qui souhaitent ainsi se venger de l'entreprise par qui ils estiment avoir été mal traités.

Ces événements sont favorisés, d'une manière générale, par la dégradation du climat social au sein des entreprises et, plus précisément,

par l'augmentation des licenciements qui caractérise les périodes de récession économique. Toutefois, cette tendance peut être atténuée par un moindre sentiment d'illégitimité du licenciement lorsque celui-ci se produit dans un contexte, notamment sectoriel, de crise aggravée.

Ces actes de vengeance sont le plus souvent le fait d'un seul individu ou d'un petit groupe, et sont parfois exécutés avec des complicités internes. La volonté de vengeance, suivant la détermination des auteurs et les possibilités techniques dont ils disposent, se concrétise par un incendie – qui ajoute une valeur symbolique à sa force destructrice – ou par un vandalisme, un bris de machine ou encore un dégât des eaux.

#### - du fait de tiers non liés à l'entreprise

Deux événements paraissent typiquement associés au durcissement du contexte économique et social : le vol et l'émeute.

À noter que le vol, qui pourrait être plus attractif ou nécessaire du fait d'un appauvrissement de la population est, à l'inverse, rendu moins productif du fait d'une dévalorisation des actifs et d'une moindre demande pour les biens volés. Ce sont donc les vols de liquidités qui sont le plus à redouter, et plus particulièrement les « vols de caisse » à main armée ou par agression. Les établissements du secteur de la distribution ouverts au public et mal protégés, comme les supérettes, les commerces de proximité ou les stations-service, semblent particulièrement exposés à ces actes de délinquance, voire de criminalité qui, bien au-delà de leur impact financier – souvent très limité –, posent un problème de sécurité des personnes.

Quant aux manifestations violentes de masse, celles-ci impactent prioritairement un nombre limité de cibles : les bâtiments publics et les installations de certaines entreprises parapubliques de l'énergie ou du transport, les centres commerciaux, les magasins de centre-ville... mais peuvent également toucher d'autres entreprises au titre de dommages collatéraux. Un durcissement du climat social général pourrait s'accompagner d'une extension de ces actes contre des entreprises associées aux causes de la crise.

## ◆ Les sinistres non volontaires de dommages aux biens

La dégradation des conditions économiques influence cette nature de sinistralité par la baisse de la prévention des risques qu'elle induit. En effet, en période de difficulté, les entreprises tendent à limiter tous les coûts non directement productifs, comme la prévention des risques dommages aux biens, et particulièrement du risque d'incendie qui nécessite parfois des investissements importants : équipes de sécurité, installation ou entretien d'extincteurs, de détecteurs de fumées, de RIA, de sprinklers, etc.

Cette baisse de la prévention du risque trouve une autre source dans la baisse de motivation des salariés, liée à la dégradation du climat social et des perspectives individuelles au sein de l'entreprise ; et elle peut conduire, dans certaines circonstances à haut risque – incendie, bris ou vol – à une augmentation du risque de déclenchement d'un sinistre.

Cette baisse conjoncturelle de la prévention des risques est un phénomène diffus difficilement identifiable, même à l'occasion des sinistres qu'il favorise, mais qui, bien davantage que la sinistralité volontaire, est susceptible de concerner un nombre important d'entreprises.

Dans le secteur de la chimie ou dans les activités utilisant des fours ou des bains chauffés, la période de

redémarrage du processus industriel est critique en termes de risque d'incendie. Pour ces entreprises, la mauvaise conjoncture, qui provoque l'arrêt provisoire de certaines lignes de production et augmente ainsi le nombre des redémarrages, aggrave fortement le risque d'incendie.

## ■ Les sinistres de responsabilité civile

À l'origine d'un sinistre de responsabilité civile il y a la réclamation d'un tiers qui s'estime lésé du fait d'un dommage qu'il impute à l'entreprise assurée.

L'étude des conséquences de la dégradation de la conjoncture économique sur les sinistres de responsabilité civile amène, en complément de l'analyse des impacts sur les faits dommageables, à se préoccuper de ses incidences sur les réclamations des tiers lésés.

## ◆ L'impact de la mauvaise conjoncture économique sur les faits dommageables

### • Les sinistres de RC liés à la baisse de la prévention

Comme en matière de risques de dommages aux biens, la baisse des dépenses relatives à la prévention – qui consistent ici en la formation des collaborateurs, l'information des consommateurs et l'organisation de contrôle – peut conduire à une augmentation des sinistres de RC exploitation et de RC après livraison.

À cette première cause s'ajoute l'utilisation, par les fabricants et les assembleurs, de matières premières, de produits intermédiaires et de composants de qualité dégradée, dans un objectif de préservation des marges et avec des conséquences négatives sur la sécurité des produits.

La baisse de motivation des salariés provoquée par la dégradation des conditions de travail a de plus des effets négatifs sur la sécurité au travail et sur la qualité de la production de l'entreprise.

### • Les sinistres de RC volontaires du fait de salariés ou d'anciens salariés

Les actes de vengeance de salariés ou d'anciens salariés s'estimant mal traités, à la suite du durcissement de la pratique sociale de l'entreprise, peuvent prendre la forme de dégradations cachées de la fiabilité ou de la sécurité des produits commercialisés par l'entreprise.

Cette vengeance est cependant beaucoup plus complexe à mettre en œuvre qu'un sinistre de dommages aux biens, et nécessite pour les anciens salariés d'importantes complicités à l'intérieur de l'entreprise.

### • Les fraudes instrumentalisant des sinistres de RC

L'influence des conditions économiques sur les fraudes de dommages aux biens se retrouve inchangée en responsabilité civile (cf. le tableau p. 126).

En matière de responsabilité civile, c'est le tiers lésé qu'indemnise l'assureur : une fraude RC directe de l'assuré est un non-sens.

En revanche, une collusion entre l'assuré et un tiers permet de réaliser une fraude dont le mécanisme est le suivant : le tiers met en cause l'assuré complice, qui reconnaît avoir causé accidentellement un dommage. Ceci permet au premier cité d'obtenir une indemnisation au titre de la garantie RC du second. La fraude peut porter sur un bien matériel – on est alors en présence d'une sorte de sinistre de réalisation inversé – ou concerner une valeur immatérielle, comme le chiffre d'affaires ou l'image de marque, qu'une (fausse) mauvaise prestation de conseil aurait, par exemple, réduite ou dégradée. Il s'agit ici de montages indirects plus complexes à organiser qu'une fraude directe de dommages aux biens mais qui, en parallèle, sont plus difficiles à identifier.

#### ◆ Les conséquences de la dégradation de l'économie sur les réclamations des tiers lésés

• **La sensibilité accrue des tiers lésés**  
La baisse du chiffre d'affaires, des bénéfiques, l'augmentation des impayés commerciaux et leurs conséquences sur la trésorerie des entreprises ainsi que sur la baisse des revenus, la dévaluation des patrimoines notamment financiers et immobiliers des particuliers, tout cela peut conduire les consommateurs de biens et de services à réclamer plus systématiquement réparation en cas de dommages – corporels,

matériels ou immatériels – imputés aux entreprises productrices. Le contexte dégradé peut, de plus, amener les réclamants à évaluer avec une plus grande subjectivité les dommages subis<sup>4</sup>.

#### • La moindre propension des entreprises responsables à réparer par des gestes commerciaux

Un nombre important de litiges relatifs à des dommages générés par des prestations ou des produits peuvent trouver leur résolution dans une refonte de la prestation ou dans la réparation ou l'échange du produit, à la charge de l'entreprise fournisseuse et avec l'accord du client lésé.

Ces transactions, qui ne concernent naturellement que les dommages d'importance limitée, se réalisent hors de jeu de l'assurance RC et réduisent le nombre des sinistres de responsabilité civile.

Dans une période de durcissement des conditions économiques, on peut craindre que ces gestes commerciaux se raréfient et que, symétriquement, le nombre des dossiers ouverts en responsabilité civile s'accroisse<sup>5</sup>.

#### Notes

1. La dernière période de récession de l'économie française date de la charnière 1992-1993 avec - 0.5 % de croissance du PIB au 4<sup>ème</sup> trimestre 1992 et - 0.7 % au 1<sup>er</sup> trimestre 1993.

2. Il existe une idée symétrique selon laquelle les périodes de forte conjoncture économique sont également associées à des sinistres spécifiques, causés pour l'essentiel par la surexploitation des différents facteurs de production. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, l'optimal de sinistralité se situerait en période de croissance modérée.

3. Ces actes de destruction frauduleuse, impliquant un passage à l'acte qui n'est pas anodin, concernent une partie très marginale de la population des chefs d'entreprise mais, compte tenu du coût moyen particulièrement élevé de ces sinistres, toute augmentation de leur nombre – même s'il reste faible dans l'absolu – peut être sensible dans les résultats techniques de la branche. Cette dernière remarque est également valable pour les destructions du fait de salariés et d'anciens salariés. Dans ces cas-là, le passage à l'acte est motivé par la vengeance et non plus par l'intérêt financier et peut être rendu moins difficile par une plus grande extériorité des auteurs par rapport aux biens détruits.

4. On notera le cas particulier de la responsabilité personnelle des dirigeants et des mandataires sociaux (RCMS), dans lequel l'augmentation des défaillances d'entreprises augmente mécaniquement le nombre de réclamations pour insuffisance d'actifs au moment de la liquidation de la société.

5. Ce phénomène aggravant pourrait être partiellement compensé par la recherche, de la part des tiers lésés les plus à court de cash, d'indemnisations rapides, donc amiables et moins importantes en termes de sommes réclamées.

# Les conditions d'assurabilité des cyber-risques

*Ali Jaghdam*

*Université Paris-Dauphine*

La notion de l'assurabilité est immédiatement évoquée dès qu'il s'agit de risques nouveaux ou atypiques. Les cyber-risques ont des particularités qui les rendent inassurables aujourd'hui par les méthodes actuarielles traditionnelles. Les liens entre les assureurs, les assurés, les prestataires de services de cyber-sécurité et l'État sont appelés à jouer un rôle crucial pour garantir l'assurabilité des cyber-risques. Définir les rôles de chacun de ces acteurs et surtout leur complémentarité peut permettre de repousser les frontières de la cyber-assurabilité. C'est là certainement un enjeu très important pour les assureurs et pour la protection du patrimoine informationnel des entreprises.

## ■ Les cyber-risques : de l' « ado pirate » à la « cyber-mafia »

Plus qu'un choix, l'utilisation des technologies de réseaux d'information constitue presque une nécessité pour la survie des entreprises devenues ainsi dépendantes de leurs systèmes informatiques<sup>1</sup>. Mais cette nouvelle infrastructure n'est

malheureusement pas sans risques. Ces dernières années, les entreprises font face à différents types de cyber-risques<sup>2</sup> en même temps. Les plus médiatisés sont les attaques distribuées animées, généralement, par des amateurs qu'on qualifie d'« ados pirates » motivés essentiellement par le besoin de reconnaissance sociale, le défi intellectuel de l'exploit informatique, ou par le simple jeu. Or, de nos jours, il n'y a plus vraiment d'attaque de masse ni d'attaque bruyante (pas de virus ou de ver ayant entraîné une alerte notoire). Il faut s'attendre à des attaques de plus en plus pernicieuses, discrètes et sans doute parfois difficilement décelables (voire non détectées dans le temps) à l'encontre d'une seule entité ou d'un seul groupe d'individus ciblés. Ces attaques « chirurgicales », souvent rémunératrices, ont tendance à causer des pertes considérables à l'économie<sup>3</sup>. Ces cybercriminels dirigent une offensive informatique contre les clients des principales banques dans le monde (vol d'identifiants bancaires des clients, de numéros de cartes de crédit...). Les réseaux de transport ou d'alimentation en énergie, tout comme les systèmes bancaires, seraient menacés

à terme. On peut imaginer l'ampleur des conséquences d'une paralysie d'un aéroport international pendant quelques heures (perturbation du trafic aérien – voire crashes –, annulations de vols, retards...). Les circuits électriques, tout comme les télécoms, seraient déréglés. Et pourquoi ne pas envisager la perte de la mainmise sur les équipements nucléaires ?

## ■ Aux frontières traditionnelles de l'assurabilité des cyber-risques

Aux États-Unis, seulement 2 % des pertes liées à la cybercriminalité sont couvertes par l'assurance et moins de 30 % des entreprises s'assurent contre les cyber-risques. Le constat est que ceux qui achètent des polices spécifiques de cyber-assurance sont des clients sensibles : les banques ou les établissements financiers. Pour les garanties de responsabilité civile, sont concernés les professionnels de l'informatique mais aussi les utilisateurs d'Internet (Betterley Risk Consultants, Inc., 2006). Le marché de cyber-assurance français, quant à lui,

affiche un retard remarquable, en matière de production de contrats spécifiques aux cyber-risques, par rapport aux pays scandinaves, à l'Allemagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis. S'il est vrai que le marché de cyber-assurance affiche un potentiel de développement très important (aux États-Unis, le montant total des primes de cyber-assurance a quadruplé depuis 2001, atteignant environ 500 millions de dollars en 2008), l'assurabilité des cyber-risques reste fortement limitée par rapport aux autres branches d'assurance.

Certains ont longtemps prétendu que l'assurabilité d'un risque dépendait d'un certain nombre de caractéristiques objectives qui devaient être toutes réunies pour que l'assureur puisse appliquer le principe de mutualisation en s'appuyant sur la loi des grands nombres. On dit, par exemple, que ce sont des risques futurs, aléatoires, indépendants. Pour tenir compte du contexte réglementaire et économique, on ajoutera que la couverture de ce risque n'est pas interdite par la loi, que la perte maximum doit être limitée, que les événements ne doivent pas être trop rares, que le niveau de la prime ne doit pas être trop élevé, qu'il ne doit y avoir ni aléa moral, ni anti-sélection, etc. La liste peut s'allonger, sans que l'on ait la certitude qu'elle soit assez complète pour couvrir tous les cas nouveaux qu'on pourrait lui soumettre.

Ces limites de l'assurabilité, que l'on pourrait qualifier de traditionnelles, sont repoussées grâce à des procédés de nature à permettre une

meilleure viabilité du contrat d'assurance (franchises, plafonnement des indemnisations, coassurance, réassurance, transactions sur les marchés financiers...). Si les techniques classiques de l'assurabilité sont impuissantes à tirer le meilleur parti du principe de mutualisation à l'aide de contrats d'assurance, l'évolution récente des risques pose de nouveaux problèmes d'assurabilité qui tiennent à la nature même des risques dont on souhaite se protéger.

En effet, même en relâchant certains critères requis par l'approche traditionnelle, les cyber-risques restent théoriquement en dehors du champ de l'assurable. Ils sont imparfaitement diversifiables<sup>4</sup>. Leur interdépendance engendre un risque de cumul « non linéaire » dans le portefeuille de l'assureur du fait de l'interconnexion complexe des systèmes d'information. En effet, les virus informatiques ne se transmettent pas d'individu à individu à la différence des virus biologiques, mais à partir d'un seul nœud à  $n$  ordinateurs de  $x$  entreprises ou individus dans le monde et en quelques heures. En outre, le caractère transfrontalier de la cybercriminalité rend imparfaite toute diversification géographique par la réassurance<sup>5</sup>. Par ailleurs, il est difficile, voire impossible, d'en définir la loi de probabilité de manière objective, faute de données historiques permettant à l'assureur d'observer la fréquence et l'intensité de ces risques, en raison essentiellement de l'apparition récente du phénomène de la cybercriminalité et du caractère immatériel des

conséquences. Ces risques évoluent selon une dynamique propre aux technologies de l'information et de la communication, et la responsabilité des hommes est plus directement impliquée dans leur survenance<sup>6</sup>. Aussi l'assureur est-il confronté au problème de l'évolution permanente des technologies et de la transformation continue des dangers. Les catégories de risques n'ont donc qu'une valeur limitée dans le temps. Ainsi, l'hypothèse de continuité – c'est-à-dire, ce qui était vrai hier l'est encore aujourd'hui – est inapplicable au domaine des technologies de l'information. Il est pratiquement impossible de faire des pronostics sur la façon dont les risques évolueront puisque même des changements minimes peuvent avoir des conséquences incalculables<sup>7</sup>. Nous ignorons quels virus seront actifs et quelles vulnérabilités apparaîtront à l'avenir.

C'est donc le principe de mutualisation lui-même qui est mis en cause. Il en résulte que, de par leur caractère, ces risques doivent entraîner un véritable changement dans la nature des mécanismes assuranciers.

## ■ Comment rendre les cyber-risques assurables ?

Plutôt que d'allonger indéfiniment la liste des critères d'assurabilité visant à couvrir tous les cas possibles d'un point de vue d'un assureur potentiel (approche traditionnelle d'assurabilité), nous préconisons une approche économique qui, par

l'analyse distincte des engagements de l'assureur et de l'assuré, mais aussi des pouvoirs publics, permet de déterminer les conditions auxquelles, au cas par cas, l'assureur et son client potentiel peuvent s'entendre sur un transfert de risque. Cette approche vise à responsabiliser l'assuré potentiel dans un contexte d'incertitude, provisoirement non mesurable par l'assureur.

Selon cette approche, les conditions d'assurabilité se réduisent à l'acceptation par l'assuré de la prime proposée par son assureur. Autrement dit, la question centrale devient alors : comment rendre le prix du transfert proposé par l'assureur « raisonnable » aux yeux des assurés et non plus seulement du point de vue de l'assureur ?

Le prix d'un bien n'est pas acceptable dans l'absolu. Il est confronté à l'utilité de ce bien et au revenu du consommateur. Ce raisonnement se traduit par un certain niveau d'aversion au risque tout à fait pertinent dans le cas de la demande d'assurance. D'un autre côté, lorsqu'il accepte de garantir un risque, l'assureur a besoin de savoir quels sont les montants qu'il s'expose à devoir payer. On considère qu'un risque n'est pas économiquement assurable si, pour que le contrat soit acceptable par l'assuré, l'assureur doit abaisser le montant de la prime à un niveau qui compromet sa solvabilité. En effet, celle-ci ne concerne pas seulement le résultat d'exploitation de l'assureur ou la rentabilité des capitaux investis par ses actionnaires ; la solvabilité de l'assureur est aussi

indispensable à l'assuré pour qu'il s'engage, en confiance, dans le contrat qui lui est proposé. En souscrivant une assurance, l'assuré transfère un risque sur l'assureur, mais il en prend un autre : celui que l'assureur soit défaillant lors de la survenance du dommage redouté. L'intérêt de l'assuré est sans doute que le montant de la cotisation soit le plus faible possible, mais il est aussi que les termes du contrat soient économiquement viables, de telle sorte que les garanties souscrites soient effectives le moment venu.

La littérature économique de l'assurance montre que l'incitation à l'assurance peut être influencée par la manipulation de trois variables : la diminution de la cotisation d'assurance ; la suppression de la franchise ; l'accroissement de l'aversion au risque des assurés.

Diminuer la cotisation ne doit pas compromettre la solvabilité de l'assureur, mais il peut accepter le contrat si l'assuré potentiel prend toute mesure propre à réduire la probabilité de réussite des attaques. La deuxième possibilité est risquée, en raison de l'aléa moral important dans le contexte de la cybercriminalité. En effet, le fait d'être couvert sans franchise peut amener l'assuré à modifier son comportement (non-respect des mesures de sécurité ou encore réduction de ses dépenses de prévention en cybersécurité). Sachant qu'il sera dédommagé totalement en cas de sinistre, il peut, par un comportement délibéré, augmenter sa probabilité de

sinistre. Enfin, l'aversion au risque peut résulter d'un effort de modification de la perception générale des risques de la cybercriminalité. Plusieurs stratégies sont à la portée des assureurs et des pouvoirs publics pour réduire la probabilité de réussite des attaques et pour accroître l'aversion aux cyber-risques des entreprises.

## ■ Réduire la probabilité de réussite d'une attaque

La probabilité de réussite d'une attaque est fonction de trois éléments : la probabilité de l'attaque, la vulnérabilité du système d'information et les dépenses de sécurité engagées pour se protéger d'éventuelles exploitations de cette vulnérabilité. Elle est fonction croissante de la probabilité d'attaque et de la vulnérabilité, et décroissante de l'effort de l'investissement en cybersécurité.

### *Réduction de la probabilité d'attaque*

Avant de parler de réussite, on devrait penser à la probabilité d'attaque en tant que telle. Celle-ci ne dépend que de la volonté de nuire des cybercriminels. Si cette volonté est alimentée, comme c'est le cas en général, par la taille des entreprises et par l'importance des secteurs d'activité, elle pourrait être dissuadée par un renforcement des répressions judiciaires. La responsabilité des pouvoirs publics se trouve ici directement impliquée dans la mesure où ils peuvent, par ce

moyen, diminuer la fréquence des actes de cybercriminalité. Le monde cybercriminel tire parti de l'exterritorialité de l'Internet et de l'existence de « paradis numériques » permettant aux criminels d'héberger des serveurs, de diffuser des contenus illicites ou de réaliser des actions répréhensibles en toute impunité. Une harmonisation semble donc nécessaire, et une véritable coopération internationale doit s'engager pour préciser clairement les responsabilités des acteurs et pour pallier les insuffisances en termes de parades juridiques, afin de réduire la fréquence des actes de cybercriminalité.

### ***Réduction de la vulnérabilité des systèmes d'information***

Si les assurés ne peuvent pas agir contre les agresseurs pour la simple raison qu'ils ne les connaissent pas, ils sont toutefois responsables de la « réponse » de leurs systèmes d'information aux différentes intrusions. En effet, la vulnérabilité d'un système d'information dépend, en pratique, des besoins professionnels des entreprises (des usages) et non pas de la technologie de connectivité choisie. Ainsi, les entreprises doivent faire le « bon usage » de leur système d'information en évitant quelques comportements irrationnels ou moutonniers. Les responsables doivent mettre en place une charte d'usage et bonnes pratiques des systèmes d'information dans le cadre d'une politique globale de sécurité au sein de leur entreprise. Pour cela, il faut mettre en œuvre des dispositions réglementaires internes, ainsi qu'une action d'édu-

cation et de formation du personnel en matière de sécurité des systèmes d'information.

Par ailleurs, les fournisseurs des équipements et services de connectivité se trouvent aussi impliqués quand la qualité de leurs produits est mise en cause.

### ***Augmentation de l'effort d'autoprotection des entreprises***

Au moins trois actions sont nécessaires pour pousser les entreprises à se protéger de manière suffisante contre les cyber-risques.

Premièrement : bâtir la confiance des entreprises à l'égard du contexte de sécurité des réseaux. Les technologies changent rapidement, et les produits et services de cybersécurité sont souvent bien moins efficaces que ne le promet la publicité qui en est faite, ce qui pourrait significativement affecter l'effort d'autoprotection des assurés. Ceux-ci souhaitent normalement pouvoir disposer de produits de sécurité dans lesquels ils peuvent avoir confiance<sup>8</sup> et qui répondent à leurs besoins de sécurité. La certification offre un élément de réponse au premier point et la qualification au second.

Deuxièmement : renforcer les normes de sécurité. La robustesse d'une chaîne de sécurité est tributaire de son maillon le plus faible. Le système d'information d'une entreprise peut être ce maillon faible, notamment en étant utilisé comme une passerelle pour des attaques sur des systèmes plus importants d'autres entreprises. Ainsi, même en admettant que la probabilité de réussite

d'une attaque directe puisse être réduite par l'investissement en cybersécurité d'une entreprise, celle-ci ne peut en aucun cas réduire la probabilité des attaques indirectes qui dépendent uniquement de l'effort d'autoprotection des autres entreprises connectées sur le même réseau – par exemple ses fournisseurs et ses clients. Ainsi, la sécurité des systèmes d'information s'apparente à un bien public, et le problème du passager clandestin se pose aussitôt. L'État se trouve là encore impliqué dans. L'exigence, de sa part, d'un minimum d'autoprotection et d'une normalisation de la sécurité des systèmes d'information pourrait garantir un niveau de protection satisfaisant.

Enfin, de leur côté les assureurs doivent maintenir un partage raisonné de la charge des pertes potentielles avec les assurés par la fixation des franchises<sup>9</sup> (même si ce n'est pas vraiment nécessaire en termes de capacité) et par le plafonnement des indemnisations, pour inciter les assurés à maintenir le niveau minimum de sécurité souhaité. Les assureurs laissent ainsi l'assuré assumer sa part de risque de telle façon que le sinistre soit aussi pour lui une perte financière : il veillera ainsi plus sérieusement à l'éviter. Les assureurs peuvent également chercher à contrôler régulièrement les assurés pendant la durée du contrat. Une coopération entre assureurs et spécialistes de sécurité est nécessaire pour faciliter le suivi des assurés dans leur politique de sécurité, voire exiger qu'ils recourent aux services d'un spécialiste compétent.

## ■ Accroître l'aversion aux cyber-risques

L'augmentation de l'aversion aux cyber-risques consiste à s'efforcer de modifier la perception par les entreprises des risques encourus et à mieux leur faire prendre conscience des conséquences économiques d'une absence de couverture contre la cybercriminalité. Il faut sensibiliser les entreprises à la cybercriminalité et médiatiser les sinistres. Le partage et la divulgation de l'information sur l'état de sécurité, les incidents subis, les montants des pertes, etc. augmentent remarquablement le degré d'aversion au risque. Les entreprises peuvent bénéficier d'un « effet direct » de la divulgation d'information sur la demande de cyber-assurance et d'un « effet stratégique » sur les prix. Des centres de collecte d'informations, à l'instar du Cert (Computer Emergency Response Team), doivent être mis en place partout dans le monde. Cela permet de réduire les incertitudes et de mieux faire connaître les cyber-risques par tous les acteurs économiques.

Certains contrats d'assurance peuvent être utilisés comme des produits d'appel pour d'autres risques, pour lesquels une extension de garantie est annexée. L'aspect commercial est fondamental et de lui dépend le succès de l'offre : les intermédiaires (agents ou courtiers) ou les sociétés

d'assurances elles-mêmes peuvent, par une persuasion individualisée et par une publicité efficace, susciter l'acceptation des avenants.

Quant aux pouvoirs publics, ils sont les mieux placés pour obliger les entreprises à communiquer et à partager leurs expériences de sécurité. Ceci pourrait changer la perception générale de la cybercriminalité par le monde professionnel. Il paraît souhaitable à cet égard de créer une obligation de divulguer les incidents d'atteinte à la sécurité.

### Notes

1. Selon une étude du Clusif (2006), 97 % des entreprises en France sont fortement dépendantes des nouvelles technologies de l'information et de la communication. 60 % d'entre elles possèdent un site Internet. L'interconnexion des systèmes d'information est devenue une des infrastructures indispensables pour toute économie, comme pour les autoroutes ou les aéroports...

2. On entend par « cyber-risques » les risques informatiques liés à l'usage des réseaux d'information.

3. Bien que le chiffre noir de la cybercriminalité soit difficile à appréhender, la forte croissance du marché de la sécurité témoigne bien de la gravité de ses conséquences économiques.

4. La diversification des risques est la compensation statistique par la loi des grands nombres. Si les risques individuels

sont corrélés entre eux, le fait de les mettre en pool ne conduit pas à leur diversification, mais au contraire à leur addition.

5. En effet, l'interconnexion des systèmes d'information au niveau mondial via l'Internet, contrairement aux autres risques géographiquement dispersés (catastrophes naturelles), rend la cybercriminalité transfrontalière et le monde entier devient une zone de cumul. Les mécanismes de la réassurance restent alors limités et nécessitent l'intervention de l'État comme un réassureur de dernier recours ou par l'octroi de subventions aux (ré)assureurs.

6. En effet, le fait déclencheur du sinistre est contrôlé par l'être humain sans aucune intervention naturelle à la différence des catastrophes naturelles. Aussi l'aspect stratégique de la cybercriminalité (de l'« ado pirate » à la « cyber-mafia ») augmente-t-il le degré d'incertitude sur les probabilités de survenance des attaques.

7. Une étude menée par le Computer Security Institute (CSI) avait révélé une baisse des dommages liés au cybercrime en 2008. Aujourd'hui, le cabinet d'analyse Gartner conteste ces conclusions.

8. Certaines entreprises conditionnent l'achat de ces produits de sécurité à leur évaluation par des organismes de certification agréés.

9. L'assureur peut augmenter le montant de la franchise pour inciter l'assuré à améliorer la prévention (on parle de « franchise de moralisation »).

# La crise financière : d'un *Glass-Steagall Act* revisité à un soutien de groupe amélioré ?

*Régis de Laroullière*<sup>1</sup>

*Coprésident du groupe de travail « Régulation »  
au sein du Centre des professions financières*

**L**a crise financière, puis les travaux en cours sur la nouvelle régulation financière mondiale ont conduit à ouvrir un chantier d'études particulier consacré à l'organisation tant du système financier dans son ensemble que de ses acteurs. On s'intéressera ici à l'abandon (provisoire ?) du projet de règle dite « soutien de groupe » dans le projet de directive européenne réglementant les assurances Solvabilité II, en l'éclairant par les perspectives d'un *Glass-Steagall Act* revisité dans le secteur bancaire.

## ■ La première vie du *Glass-Steagall Act*

La disparition des fleurons de la banque d'investissement américaine entre mars et septembre 2008, les pertes colossales du conglomérat financier Citigroup renfloué par la puissance publique, les difficultés d'identification des actifs toxiques ou de séparation des « *good bank* » et « *bad bank* » dans les organismes en difficulté ont conduit à ramener

dans le débat public la question de la remise en vigueur d'une séparation stricte entre activités de banque de dépôt et de banque d'investissement, à l'instar de ce qui avait été fait aux États-Unis en 1933 avec le vote du *Glass-Steagall Act*. Il s'agissait alors de limiter les risques consécutifs à une crise comme celle de 1929, en mettant les banques de dépôt à l'abri des risques réputés supérieurs de l'activité de banque d'investissement, par une stricte interdiction à une banque ou à un groupe d'exercer les deux activités.

Le *Glass-Steagall Act* avait été progressivement contesté à partir du milieu des années 1970, en ce qu'il ne permettait pas de créer de grands établissements analogues aux banques universelles européennes, notamment françaises. De plus, la distinction entre activités de prêteur et d'investisseur s'estompait avec la titrisation. De nouvelles activités de courtage rémunératrices en commissions se développaient. Les innovations et les nouvelles pratiques étaient réputées stabilisatrices

en permettant une large dispersion des investissements et des risques. Enfin, les banques d'investissement, moins régulées et soumises à de moindres exigences de fonds propres, apparaissaient plus rentables.

Le 12 novembre 1999, le *Glass-Steagall Act* a été abrogé, dans le contexte de la fusion de Citicorp et de Travelers pour créer Citigroup, à une écrasante majorité tant au Sénat (90 voix pour et 8 voix contre) qu'à la Chambre des représentants (362 voix pour et 57 contre).

## ■ Vers une nouvelle règle mondiale de type *Glass-Steagall* ?

La mise en vigueur d'une règle mondiale de type *Glass-Steagall* revisitée permettrait de limiter les crises et d'en faciliter le traitement.

La faillite de Lehmann Brothers le 15 septembre 2008, le sauvetage de Bear Stearns par adossement à

J.P. Morgan Chase dès le 16 mars 2008 et celui de Merrill Lynch par adossement à Bank of America le 15 septembre 2008, le choix du statut de banque commerciale le 21 septembre 2008 par Morgan Stanley et Goldman Sachs pour pouvoir se refinancer auprès de la Banque centrale, ainsi que le renforcement de Goldman Sachs par Warren Buffett au même moment, tous ces événements ont remis en évidence les faiblesses particulières de ces acteurs et les risques auxquels ils étaient exposés. Il ne reste plus aujourd'hui que Nomura au Japon comme banque d'investissement significative.

Mais le rôle important des *subprimes*, qui ne sont pas spécifiquement liés aux banques d'investissement, dans l'origine de la crise actuelle montre qu'on ne peut pas en attribuer à ces dernières la responsabilité principale. Les conséquences de la faillite « isolée » de Lehmann Brothers et la nécessité, pour la Banque centrale américaine, d'intervenir en soutien des autres banques d'investissement ont montré par ailleurs l'étendue du risque systémique, dont les autorités monétaires et budgétaires n'ont pu se désintéresser, qu'il affecte ainsi les banques d'investissement aussi bien que des banques de dépôt.

Aussi la simple remise en vigueur du *Glass-Steagall Act* ne saurait-elle suffire. Une version revisitée à la lumière de l'expérience des dix dernières années consisterait d'une part à cloisonner strictement les différentes activités et d'autre part,

dans la mesure du possible, à loger les activités les plus risquées directement sous les holdings de tête plutôt que sous les activités essentielles à protéger. Cette version revisitée pourrait s'appliquer tant aux activités de finance que d'assurance. On l'illustrera par trois exemples avant d'en présenter les principaux avantages.

### ■ Trois exemples de cloisonnement

L'exemple le plus parfait est celui des sociétés de crédit foncier (voir le premier encadré p.137). La crise du Crédit foncier de France dans les années 1990 (voir le second encadré p.138) a fourni une illustration qui est un véritable cas d'école : l'accumulation de risques au sein de la société de crédit foncier à partir des années 1980 a fini par mettre en péril cette société elle-même, provoquant crise de confiance puis de liquidité fin 1995. Observons que cette évolution était intervenue avec la bénédiction de chacun (on voit là l'une des limites des approches de type contrôle interne/gestion des risques sous la responsabilité des conseils, inspirées de l'approche « Sarbanes-Oxley » votée le 31 juillet 2002. On peut en rapprocher le large consensus qui avait entouré l'abrogation du *Glass-Steagall Act*).

Une fois les problèmes traités (ce qui a pris quatre ans, pour un établissement nettement plus petit que les grandes banques universelles d'aujourd'hui), le CFF a été réorganisé en filialisant les activités

réglementées de crédit foncier dans une nouvelle structure, constituée en application de la nouvelle réglementation prudentielle inspirée par cette crise et votée en 1999. La nouvelle filiale a immédiatement retrouvé la notation AAA, notation supérieure à celle de son nouvel actionnaire, le groupe des Caisses d'Épargne. Avec une telle organisation dès l'origine, il est quasi certain que la crise aurait été évitée, en tout cas sérieusement limitée dans ses dimensions financière et sociale.

La crise d'AIG fournit un deuxième exemple. Certes, l'ampleur systémique des difficultés des filiales financières européennes de la holding du groupe d'assurances américain a-t-elle conduit les pouvoirs publics américains à intervenir, pour des sommes considérables (plus de 170 milliards de dollars à la date d'écriture de cet article). Mais le fait que les sociétés d'assurances, organisées en filiales indépendantes, aient été préservées et aient conservé leur solvabilité a évité tout dommage ou panique chez les clients. La fonction sociale de protection de l'assurance demeure correctement exercée. Et le travail de sauvetage est grandement facilité.

Le troisième exemple est plus éloigné, et peut-être plus parlant : il s'agit des normes de sécurité mises en place lorsque se sont développés les immeubles de grande hauteur. La concentration des risques et la difficulté de traitement de leur réalisation ont conduit à donner un pouvoir fort aux pompiers, et à

imposer de strictes obligations de cloisonnement. Naturellement, tant pour des raisons de sécurité que pour assurer un maintien de l'égalité de la concurrence dans l'offre immobilière, ces contraintes se sont appliquées à tous les constructeurs d'immeubles.

Cloisonner l'activité de banque de dépôt, la plus indispensable à nos économies (qu'il s'agisse de sécuriser les dépôts comme de garantir la distribution du crédit), au sein de sociétés ne pouvant détenir d'activités plus risquées nécessiterait un aménagement important de la réglementation, et sans doute la création de nouveaux types d'entités de tête pour les groupes mutualistes, comme certains le demandent dès à présent.

### ■ Trois avantages d'une réglementation mondiale

Une telle organisation, de type *Glass-Steagall* revisité, présenterait trois avantages.

Elle éviterait d'abord que la réalisation du risque pour les activités de banque d'investissement n'emporte l'activité de banque de dépôt, par consommation des fonds propres, et plus encore par les effets accélérateurs d'une panique et les effets dévastateurs des crises de liquidité qui en résultent. Notons ici que cette règle de gouvernance mériterait d'être de portée générale pour les activités réglementées. Si, au sein d'un même groupe, la réunion d'activités distinctes au profil de risque différent réduit le risque global pour le groupe et ses ayants

droit, il est préférable d'éviter que la réalisation du risque pour les activités les plus risquées (qui est généralement la plus fréquente) n'emporte les autres – ce qui est le cas si ces activités plus risquées en sont filiales, et ce qui n'est pas le cas si elles en sont mères ou sœurs, les activités les plus sensibles se trouvant en quelque sorte sanctuarisées.

Cette organisation cloisonnée faciliterait ensuite la surveillance en situation courante de ces activités plus essentielles au bon fonctionnement de nos économies, que cette surveillance émane de l'établissement lui-même ou des organismes de contrôle qui en ont la charge.

Elle faciliterait enfin triplement le travail des « pompiers » en cas de crise : en facilitant la séparation des activités de « *good bank* » et de « *bad bank* » quand c'est nécessaire et, le cas échéant, en mettant en *run-off* les activités de banque d'investissement ; en facilitant le recentrage sur l'activité de banque de dépôt, limitant le besoin total de fonds propres à reconstituer par appel au marché ou au contribuable et limitant le risque de « *credit crunch* » ; et en finançant si nécessaire par la cession de la banque de dépôt les pertes de la holding sur ses activités plus risquées (à l'image de ce qui est par exemple prévu pour AIG dans le champ de l'assurance).

Naturellement, tant pour assurer la stabilité du système au plan mondial que pour éviter les distorsions de concurrence, une telle réglementation ne pourrait être que d'application mondialisée.

### ■ Une approche pour inspirer un soutien de groupe amélioré

La règle du soutien de groupe a été longuement débattue avant d'être écartée du projet de directive Solvabilité II. En application de cette règle, c'est au niveau du groupe que devait être appréciée la couverture des exigences de marge de solvabilité par des fonds propres, pour autant que le groupe s'engage à soutenir ses filiales en cas de besoin. À la lumière des événements récents et de l'analyse qui précède, on fera ici deux observations.

La compensation des risques indépendants, largement démontrée par la théorie et l'expérience, aurait justifié de demander moins de fonds propres aux assureurs les plus diversifiés, souvent les plus importants. Mais face à la crise systémique, tous les assureurs sont également frappés par les phénomènes de marché, petits ou gros, diversifiés ou non. Or la crise systémique se produit une à deux fois par siècle, c'est-à-dire nettement plus souvent que ce qui est visé pour le risque de défaut individuel (une fois tous les deux siècles). Dès lors, accepter la réduction des fonds propres dans le système et chez les plus gros assureurs devenait facteur d'affaiblissement d'ensemble du système assurantiel et d'exposition accrue du contribuable garant, comme on le voit aujourd'hui dans le système bancaire et financier et chez ses opérateurs les moins capitalisés.

Par ailleurs, l'expérience (encore inachevée) d'AIG montre certes que le soutien de groupe a fonctionné, jusqu'au plus haut niveau : la holding américaine a soutenu ses filiales européennes, et le contribuable américain a soutenu la holding américaine (on peut au passage se demander ce qui se serait passé si la holding avait été située dans un petit pays ou dans un paradis fiscal). Mais l'intégralité des fonds propres de la holding a été absorbée par des pertes qui ne sont pas issues de l'assurance. Le modèle d'ensemble de la holding aurait-il correctement pris en compte ces risques et

calculé tant le sinistre maximal possible que les fonds propres à y allouer ? On voit que même de ce seul point de vue, le soutien de groupe n'est pas encore à maturité.

Toutefois, s'il apparaît à tout le moins prématuré dans le contexte actuel, n'est-il pas pour autant conceptuellement condamné. Dès lors que la diversité des risques auxquels est exposé un grand groupe serait correctement appréhendée, y compris les risques systémiques, que la quantité de fonds propres disponibles permettrait d'y faire face, et que la chaîne des engagements de

garantie serait robuste – jusqu'aux États et banques centrales, garants en dernier ressort de la solvabilité et de la liquidité dans le cadre d'une régulation mondiale du système financier –, ce dispositif pourrait être mis en place. Il permettrait alors même, grâce à la mobilisation de l'ensemble des moyens du groupe, de mieux faire face aux difficultés éventuelles de l'une de ses entités.

Un tel système de soutien de groupe amélioré, reposant sur des instruments de contrôle et de suivi préalablement bien rodés, pourra un jour être d'actualité.

### **La réglementation des sociétés de crédit foncier**

Les sociétés de crédit foncier comme le Crédit foncier de France ont été créées par le décret-loi du 28 février 1852. Elles ont pour objet de favoriser le financement du logement en assurant un très grand degré de sécurité aux porteurs de leurs obligations et autres ressources à moyen et long terme au travers de trois moyens principaux :

- des conditions de prêt strictement encadrées, notamment en termes de quotité éligible (60 % au plus de la valeur des biens pour les prêts fonciers, ou bénéficiant de la garantie d'une collectivité publique) ;
- un privilège spécial des prêteurs sur les prêts consentis ;
- un encours de prêts statutaires toujours au moins égal à celui des financements garantis par ces encours.

Le Crédit foncier de France disposait de plus d'une gouvernance très stricte : établissement soumis à la tutelle du ministère des Finances, direction par un gouverneur et deux sous-gouverneurs nommés par décret du Président de la République en Conseil des ministres, présence d'un commissaire du gouvernement et d'un ou plusieurs censeurs, statuts approuvés ou modifiés par décret en Conseil d'État.

À la suite de la crise du Crédit foncier de France, consécutive à la crise de l'immobilier des années 1990 et à la suppression en 1995 du monopole de distribution des prêts aidés dont il disposait, la réglementation des sociétés de crédit foncier a été complétée par la loi du 25 juin 1999 relative à l'épargne et à la sécurité financière, qui leur fait dorénavant interdiction de détenir des filiales.

### Le sauvetage du Crédit Foncier de France

Avec le statut de société de crédit foncier, le Crédit Foncier de France a été créé le 28 mars 1852 par décret impérial par Louis-Napoléon Bonaparte sous le nom de Banque foncière de Paris. Il a rapidement élargi son champ d'intervention, notamment dans le financement de la modernisation de l'agriculture, et pris son nom définitif le 10 décembre 1852. Dès 1860, il a étendu son activité au financement des collectivités locales (équipements et aménagements urbains), financées alors par des obligations spécifiques, dites communales. À la suite de la crise de l'immobilier des années 1870, il est plus largement devenu investisseur direct, récupérant notamment les actifs de débiteurs défaillants.

Au titre de son activité de société de crédit foncier, il proposait dans les années 1980, en concurrence avec l'ensemble du système bancaire, des prêts hypothécaires aux particuliers et des prêts aux collectivités locales, ainsi que des prêts à la navigation maritime ou aérienne assortis d'une hypothèque de premier rang.

La compétence de ses équipes et le haut niveau de sécurité qu'il apportait avaient conduit les pouvoirs publics à lui conférer à partir de 1950 le placement, le financement et la gestion des prêts au logement aidés et réglementés par l'État. Cette activité était progressivement devenue prépondérante.

Au milieu des années 1980, le CFF a repris sa diversification, essentiellement dans le secteur immobilier, et largement au travers de filiales créées ou acquises à cet effet, avec l'assentiment de tout son environnement, notamment pour préparer la disparition de son monopole de distribution des prêts aidés. L'ampleur de la crise de l'immobilier des années 1990 et la suppression du monopole de distribution des prêts aidés en 1995 ont provoqué dégradation de ses notes par les agences de notation, perte de confiance des marchés et crise de liquidité au tournant de l'année.

L'étendue du risque financier a conduit l'État à intervenir en garantissant la dette du CFF, et en le rachetant au travers d'une OPA de la Caisse des dépôts et consignations. Malgré un ratio prudentiel de solvabilité réduit à 0,5 %, l'agrément bancaire a été provisoirement maintenu. La nouvelle direction a redressé le groupe et l'a restructuré en profondeur, le recentrant et reconstituant progressivement sa solvabilité sur son nouveau périmètre d'activités. En 1999, les activités de crédit foncier ont été filialisées dans une nouvelle société de crédit foncier, créée en application de la loi du 25 juin 1999, et notée AAA dès sa première émission. Parallèlement, le CFF a été adossé au Groupe des Caisses d'Épargne, où il a poursuivi depuis son développement. Le prix de la cession a remboursé la Caisse des dépôts et consignations des fonds investis, majorés d'un coût de portage, l'opération se soldant ainsi sans coût pour le contribuable.

#### Note

*1. L'auteur, conseil en développement, stratégie et gouvernance, a assumé la direction générale du Crédit Foncier de France à l'heure du redressement de 1997 à 1999, avant de diriger le groupe d'assurances et de retraite paritaire et mutualiste Médéric jusqu'en 2006. Il s'exprime ici à titre personnel.*

# Mutuelles d'assurances et marché : un capitalisme pertinent ?

*Pierre Martin*

*Agrégé d'histoire, docteur en histoire*

**D**ictature du court terme, capitalisme financier, « fanatisme de marché »<sup>1</sup>, « capitalisme sans projet »<sup>2</sup> ... Dans notre économie mondialisée, hommes et entreprises semblent soumis aux mutations incessantes et contradictoires du marché, aux desiderata des actionnaires et des financiers, nouveaux Torquemada sourcilieux de faire respecter le dogme de 15 % de retour sur investissement. Le capitalisme en pleine tempête offre certainement ce visage. On connaît le mot de Paul Valéry : « Titanic, Lusitania étaient de beaux noms », comme Lehmann Brothers ou Citigroup... On pourrait transformer la suite : « Nous autres, organisations marchandes, savons désormais que nous sommes mortelles... » Mais le capitalisme est protéiforme. C'est d'ailleurs l'ancien PDG des AGF, Michel Albert, qui soulignait, dans *Capitalisme contre capitalisme* (1990) la prégnance de la démarche assurancielles dans la genèse du capitalisme alpin-rhénan : « Cette tradition " alpine " mutualise les risques » et pousse à l'élaboration du « capitalisme rhénan, où la préoccupation du long terme et la prééminence de l'entreprise conçue

*comme une communauté associant le capital au travail sont des objectifs prioritaires* ». Les mutuelles d'assurances relèveraient de ce rameau capitaliste-là, tant leur place dans le marché, pour assumée qu'elle est, n'en demeure pas moins originale<sup>3</sup>. Gouvernance, indépendance et performance, tels sont peut-être les trois côtés du « triangle magique » qui dessinent le sanctuaire doré qu'elles ont bâti.

## ■ Gouvernance : un capitalisme sociétaire ?

La « gouvernance » est d'autant plus en vogue que les dérèglements économiques se multiplient à l'échelle macroéconomique mais aussi microéconomique : affaire Enron, Parmalat avant-hier, Northern Rock (ancienne banque mutualiste ouvrière<sup>4</sup>) hier, Royal Bank of Scotland aujourd'hui... Les mutuelles d'assurances auraient-elles construit une gouvernance moderne, transparente et efficace<sup>5</sup> ? Ce sont juridiquement des sociétés d'assurance mutuelle qui dépendent du code des assurances et non du code de la mutualité (ces dernières

appelées « Mutuelles 45 » car nées après 1945). Ces mutuelles, aujourd'hui rassemblées dans le GEMA et la FFSAM (Fédération française des sociétés d'assurance mutuelle), marquent leur différence au sein de la profession rassemblée à l'AFA (Association française de l'assurance). Il s'agit donc de sociétés essentiellement civiles, qui ne sont pas dirigées par un capitalisme « anonyme » dont le pouvoir se mesure à l'aune du fonds investi. Elles sont effectivement dépourvues de capital, hormis celui nécessaire à l'établissement et au fonctionnement d'une société d'assurances, et celui des diverses provisions attestant de la solidité de leur garantie. Elles sont d'ailleurs soumises aux mêmes règles prudentielles que la concurrence : l'autorité de régulation actuelle, l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) y veille, vigie d'un État régulateur toujours soucieux de l'intérêt des assurés. Elles placent donc l'homme au cœur du pouvoir : ce sont les hommes qui fédèrent, pas les capitaux. De ce point de vue, la réforme de leur statut en 1989 a démocratisé leur [fonctionnement en supprimant la](#)

corrélation assuré-membre statutaire de l'assemblée générale. Pourtant, quel que fût le montant du risque assuré, un sociétaire (ou un groupe-ment de sociétaires, comme une collectivité locale) n'avait droit qu'à une voix : l'égalité devant le droit de vote tempérant ainsi quelque peu l'inégalité de la fortune. Deux siècles après 1789, la monarchie censitaire des affaires avait vécu... au profit d'un système représentatif à deux degrés où des délégués sociétaires (au minimum 50) constituent l'assemblée générale. Démocratie participative et gouvernance moderne s'il en est ! Cette spécificité culturelle n'est pas nouvelle. Dès l'origine, à la Restauration, elles ne souhaitaient pas être cotées car elles ne voulaient pas rémunérer d'actionnaires. Choix judicieux si l'on observe le destin de leurs concurrentes : les trois principales sociétés françaises d'assurances cotées d'il y a une dizaine d'années n'ont-elles pas disparu en tant qu'acteurs indépendants ? L'UAP a été absorbée par AXA en 1996, les AGF ont été absorbées par Allianz, le GAN a dû s'adosser à Groupama – encore une mutuelle, agricole celle-là. Le refus de la cotation empêche la dilution du capital, écarte le risque d'OPA hostile. Les mutuelles n'ont alors de comptes à rendre qu'à leurs sociétaires. Initialement, elles furent lancées par de riches « propriétaires » – traduisons des propriétaires fonciers – du XIX<sup>e</sup> siècle. L'Assurance mutuelle de la Seine et de la Seine-et-Oise <sup>6</sup> (Amsso), l'ancêtre noble d'Azur <sup>7</sup>, naît à Paris en 1819, les Mutuelles du Mans

remontent à 1828. Le principe est identique : agglomérer de belles propriétés, de beaux risques, pour constituer une mutualité de qualité afin d'assurer à moindre coût. Les parrains de l'Amsso ne sont-ils pas des banquiers parisiens et ceux des Mutuelles du Mans des notaires ? Une solide gestion de bon père de famille qui se retrouve aussi en ressources humaines. Les mutuelles valorisent le capital humain plus qu'elles ne le considèrent comme un coût à comprimer : la culture maison mise davantage sur la formation et la réorganisation que sur des réductions de la masse salariale. Du « toyotisme » avant la lettre.

## ■ Indépendance : un capitalisme alpin ?

Ce cadre institutionnel a façonné une culture originale de l'argent. Indépendantes, les mutuelles ont la visibilité pour élaborer une stratégie de long terme – celle-là même que Michel Albert <sup>8</sup> estimait être la marque d'un capitalisme « alpin » ou « rhénan » marqué par la logique et les valeurs de l'assurance. Au départ, la coassurance scelle un pacte capitaliste particulier. On s'assure moins cher mais on est attentif aux fonds propres constitués par l'argent mutualisé des sociétaires. Il n'est d'ailleurs pas possible d'émettre du papier pour financer croissance externe ou investissement. L'indépendance est donc à double tranchant et impose la rigueur gestionnaire. Côté pile : un bouclier contre les menaces de rachats hostiles. Côté face : l'indé-

pendance est bornée par la marge de solvabilité et les fonds propres accumulés. Si ces niveaux sont satisfaisants, les mutuelles peuvent se transformer en raiders redoutables. Dans les années 1970, Claude Bébéar prend la direction de l'Ancienne Mutuelle de Rouen, très modeste société normande, dont il fait une machine de guerre pour construire la puissante AXA qui accède au tout premier rang mondial de l'assurance ! Le statut mutualiste a certainement constitué un avantage comparatif majeur : être prédateur sans pouvoir constituer une proie. Mais si leurs ressources sont insuffisantes, la sanction de marché existe : on se souvient des déboires du GAMF dans les années 1970, de la GMF ou des Mutuelles du Mans dans les années 1990. Et l'État régulateur peut à tout moment imposer une consolidation pour provisions insuffisantes : les mutuelles sont alors obligées de relever leurs tarifs voire de vendre des actifs pour présenter des bilans acceptables. C'est la raison pour laquelle elles ont choisi de jouer sur l'effet taille. Azur-GMF avait initié le mouvement en 1993, suivie par MMA-Maaf en 1998, les quatre entités initiales réalisant une importante fusion en 2006 pour créer MMA-Covea, un des principaux assureurs français. Pour reprendre le mot du président du Conseil Edgar Faure, il s'agit « *d'indépendance dans l'interdépendance* ». La stratégie vise les économies d'échelle, la mise en commun de bases de données clients et de plates-formes, afin de peser sur les prix des fournisseurs (réassureurs,

concepteurs...) comme sur ceux des services vendus. L'alliance toute récente de la MAIF, de la MATMUT et de la MACIF relève de la même démarche.

## ■ Performance : un capitalisme *ex mercato* ?

Performantes, les mutuelles ? Elles ont pourtant parfois connu des turbulences qui, paradoxalement, les ont définitivement converties au marché comme elles ont façonné un management particulier. La grande crise des années 1930 se double ainsi aux Mutuelles du Mans d'une crise spécifique liée à des investissements malheureux : la mutuelle se redresse grâce au soutien du réseau d'agents qui accepte de baisser son commissionnement pour l'aider à passer un mauvais cap<sup>9</sup>. Scénario comparable à l'Amsso, qui rationalise son offre désormais groupée IARD (incendie, accidents, risques divers) en 1940, puis dès les années 1950 au sein des tout premiers contrats MRH (multi-risque habitation), une innovation confortée par l'évolution ultérieure du marché. La crise d'Azur dans les années 1970 (le groupe est ainsi baptisé à l'issue du redressement) est révélée par un surinvestissement du marché automobile saturé ; de la même façon, la crise des Mutuelles du Mans dans les années 1990 a souligné les vertus des performances financières comme gage d'une indépendance tant revendiquée.

Les mutuelles sont tenues de s'adapter à la révolution de la

demande d'assurance du marché français depuis la fin des Trente Glorieuses (1945-1975). On est ainsi passé d'un marché dont près des trois quarts des cotisations reposait sur des flux d'assurance dommages à un marché aujourd'hui dominé aux deux tiers par l'assurance vie, bas de laine fétiche des Français qui y placent les deux tiers de leurs flux d'épargne. Il s'agit d'être compétitif dans un marché où le choix du client se cristallise souvent sur le prix (assurance non vie) ou le rendement (assurance vie). Les mutuelles continuent pourtant de s'adresser à leurs sociétaires en jouant la carte de la proximité, que rappelle encore parfois l'appellation commerciale (Mutuelles du Mans Assurances).

La banalisation par le marché n'a toutefois pas effacé les spécificités culturelles de ces sociétés, qui persistent à voir dans la finance un métier de soutien à l'assurance et dans l'homme une source de richesses. La performance financière est pourtant revendiquée sans complexes, et les classements de la presse patrimoniale prouvent régulièrement qu'elles gèrent bien l'argent qui leur est confié. Mais on n'est pas dans le « tout capitalisme ». Le tropisme marchand trouve des limites qui apparaissent mieux en comparaison des pratiques d'outre-Manche ou d'outre-Atlantique. Là-bas, une mutuelle prospère est immanquablement attirée, par ses administrateurs comme par ses sociétaires, vers le marché : tous poussent à un processus de démutualisation où chacun récupère une

part de la fortune amassée. Bien que jusqu'à présent le scénario se soit peu produit en France – on songe à AXA –, il existe tout de même une législation protectrice. La loi du 12 juillet 1985 tranche en effet un problème soulevé dès les origines par les juristes, qui est de savoir à qui appartient l'actif en cas de dissolution de la mutuelle. En cas de dissolution, l'excédent d'actif net revient soit à d'autres sociétés d'assurance mutuelle, soit à des associations reconnues d'utilité publique<sup>10</sup>.

L'idée de mutuelle se serait-elle totalement diluée dans le marché ? Claude Bébéar, PDG et fondateur d'AXA, est plutôt connu pour représenter un capitalisme conquérant, de type « anglo-saxon » pour reprendre l'expression de Michel Albert. Pourtant, au moment de se retirer de la firme qu'il avait créée, il fit une déclaration ayant valeur de testament, rappelant que les mutuelles sont au cœur du dispositif institutionnel comme de la stratégie du groupe : « *Les mutuelles détiennent environ 20 % des droits de vote d'AXA. Cela forme un noyau relativement protecteur auquel il me paraît peu probable que l'on puisse s'attaquer. Tant mieux. Il faut éviter les prédateurs [...], spéculateurs à la recherche de profits de court terme.* »<sup>11</sup>.

La permanence des sociétés d'assurance mutuelle, souvent très anciennes, illustre ainsi la vitalité, le pouvoir d'adaptation, mais aussi sans doute la particularité d'un certain capitalisme français, qui se situe entre l'État et le marché<sup>12</sup>.

Notes

1. J. Stiglitz, Un autre monde. Contre le fanatisme de marché, *Livre de Poche*, 2008.
2. P. Artus, Le capitalisme est en train de s'autodétruire, *La Découverte*, 2007.
3. P. Martin, Deux siècles d'assurance mutuelle XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles. Le Groupe Azur, *CTHS, Histoire*, mars 2009.
4. A. Maddison, « La gouvernance économique mondiale n'est pas pour demain », *Enjeux Les Échos*, février 2009.
5. Pierre Martin, « Petite histoire de la gouvernance des sociétés d'assurance mutuelle », *Risques*, décembre 2004.
6. *LAM est encore une mutuelle vivante du groupe Covea qui coiffe l'ensemble MMA-Maaf-GMF*
7. P. Martin, Deux siècles d'assurance mutuelle XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles. Le Groupe Azur, *CTHS, Histoire*, mars 2009.
8. M. Albert, Capitalisme contre capitalisme, *Seuil*, 1990.
9. M. Auffret, « Histoire d'un groupe d'assurances : les Mutuelles du Mans 1826-1946 », thèse de doctorat d'État en histoire, Paris X, 1991, 1500 p. environ, p. 790.
10. A. Tempelaere, Les Mutuelles d'assurance, *Economica*, 2001, p. 142 qui cite l'article L.322-26-5 du Code des Assurances.
11. Le Figaro économie, 29 février 2008.
12. J.-C. Casanova ; M. Lévy-Leboyer, Entre l'État et le marché. L'économie française des années 1880 à nos jours, *Gallimard*, 1991.

# La procyclicité et la responsabilité de la juste valeur dans la crise en question

*Côme Segretain*

*La Fondation du risque*

**L**a divulgation d'une information financière en juste valeur a-t-elle contribué au déclenchement ou à l'emballement de la terrible crise financière que nous traversons depuis août 2007 ?

Sa responsabilité apparaît très limitée au regard de causes beaucoup plus profondes et des pertes monumentales sur les dérivés de crédit. Ainsi, l'effet déprimant de l'annonce de pertes de valeur massives est a priori le même que celui des dépréciations massives du coût historique.

Néanmoins, il faut rappeler que ce principe d'évaluation n'est vraiment pertinent que pour certains actifs financiers et à condition d'un recyclage correct des variations de valeur au-delà du résultat net.

Son application prudentielle est particulièrement délicate et il faut en effet se garder de toute procyclicité dans le dimensionnement des capitaux réglementaires à l'origine de la production des prêts bancaires et des contrats d'assurance.

## ■ Responsabilité limitée de la juste valeur dans la crise

Les normes comptables en général et la juste valeur en particulier sont régulièrement mises en avant comme étant une des causes ayant participé à la crise financière de 2007-2008.

Pourtant, il nous semble que les causes profondes de la crise sont à rechercher totalement en dehors du champ de la comptabilité ; pas dans la manière de comptabiliser les pertes, mais bien dans leurs origines. Celles-ci se trouvent dans la création monétaire surabondante et dans les leviers d'endettement excessifs pris par les banques (Maurice Allais, 1999) et les fonds spéculatifs, dans le contournement des ratios prudentiels par le hors-bilan et la titrisation, la sortie du risque de crédit des bilans des banques, le développement consécutif de

dérivés de crédit en chaîne – CDS et CDO – sur des échanges de gré à gré, sans marché centralisé, transparent et organisé et sans chambre de compensation, et enfin dans la pratique des banques américaines consistant à émettre des prêts immobiliers, indépendamment des revenus de l'emprunteur.

Si le marché des dérivés de crédit a connu un tel essor avant son déraillement, c'est parce que les banques n'ont plus souhaité jouer le rôle qui leur est traditionnellement dévolu, dans la tradition de Schumpeter (1939) ou de Diamond (1984), à savoir la sélection, le suivi et la détention du risque de crédit :

[...] *“The banker must not only know what the transaction is which he is asked to finance and how it is likely to turn out but he must also know the customer, his business and even his private habits, and get, by frequently “talking things over with him”, a clear picture of the situation.”* (Schumpeter, 1939).

Le principal problème comptable mis en évidence par cette crise est donc bien plutôt celui du contournement de la régulation prudentielle et de la comptabilité que celui de la norme d'évaluation des actifs ou des passifs.

En réaction à la crise financière, le normalisateur comptable international entend ainsi se pencher sérieusement sur la comptabilisation des engagements hors-bilan pris par exemple dans les *Structured Investment Vehicles* (IASB, 2009). Effectivement, la comptabilité est un système de contrôle efficace, si elle est exhaustive ; c'est-à-dire si elle rend compte de l'ensemble des positions prises par l'entreprise ou l'institution financière (Ijiri, 1975).

## ■ Raison d'être et limites de la juste valeur en comptabilité

La juste valeur a été instaurée en Europe en 2005 pour les actifs financiers avec la norme IAS 39, dans un mouvement de recherche d'un surcroît de transparence ; l'idée étant d'introduire les derniers signaux de marché connus dans les comptes.

Cette logique connaît une première limite : le cas des actifs détenus jusqu'à maturité. Pour eux, les variations de valeur constatées sur le marché sont sans objet puisque transitoires et réversibles. Par conséquent, de tels actifs sont comptabilisés au coût historique. Ainsi, le détenteur d'une obligation qui touche tous les coupons jusqu'au terme de celle-ci ne voit pas ses revenus impactés par

la hausse ou la baisse de son cours. Cela est vrai, à condition qu'il ait les moyens et l'intention de détenir cette obligation jusqu'à son terme. La question des moyens mène à celle de la solvabilité du détenteur. La question de l'intention mène à celle de l'opportunisme du détenteur face à la constatation de ses plus-values latentes. Par conséquent, le normalisateur comptable prévoit des règles de déclassement de cette catégorie si l'intention ou la capacité de détention ne sont plus avérées.

Malheureusement, ces règles sont beaucoup trop rigides et cette catégorie de comptabilisation n'est pas utilisée par les assureurs.

Face à la pression générée par la crise, le normalisateur a assoupli sa position à l'automne 2008 et le recours au coût historique a été élargi, notamment en ce qui concerne les portefeuilles bancaires (Banque de France, 2008), qui sont bien des actifs normalement détenus jusqu'au terme de leurs revenus.

La crise financière a impacté la valeur des portefeuilles obligataires par l'élargissement massif des *spreads* de crédit des nouvelles émissions.

Là encore, la baisse des cours et la perte de valeur des obligations antérieures seraient transitoires pour les détenteurs d'obligations qui les détiendraient jusqu'à leur terme.

Mais la valeur de marché se justifie là d'autant plus que cette baisse de cours traduit dans ce cas le risque d'une faillite de l'émetteur. AXA a ainsi identifié dans ses résultats 2008

une perte de valeur de 1,5 milliard d'euros au titre de l'élargissement des *spreads* de crédit, en soulignant qu'une fois la crise de liquidité passée, les *spreads* de crédit reviendraient aux niveaux antérieurs et les pertes de valeur s'effaceraient.

La juste valeur connaît une deuxième limite, dans les cas d'absence de signal émis par le marché. La juste valeur repose alors sur sa jambe modélisatrice, qui doit reconstituer un tel signal.

Là encore, la crise pousse à recourir plus souvent à la valeur de modèle, et à admettre que la valeur de marché peut être parfois incorrecte, en particulier en cas de crise de liquidité. Les valeurs de modèle de substitution posant quant à elles d'innombrables problèmes de contrôle.

## ■ Un condensé du débat coûts historiques contre valeur de marché :

justification et invalidation de la catégorie « *Hold To Maturity* » de l'IAS 39

La norme IAS 39 prévoit que les titres à revenus fixes détenus jusqu'à échéance peuvent être comptabilisés en coûts historiques, si le détenteur a l'intention et la capacité de tenir l'échéance.

Observons le cas de la détention d'une rente perpétuelle ne présentant aucun risque de défaut, émise en  $i$  et cotée aux dates  $j$  à la valeur  $O_{ij}$ , avec  $t$  le taux de marché correspondant :  $O_{ij} = O_{i,j-1} \times t_{j-1} / t_j$

### Catégorie *Hold To Maturity* : justification

Pourquoi enregistrer les variations de valeur d'une obligation que l'on conservera de toutes façons jusqu'à extinction des flux ?

Dans le cas d'évolution réversible des taux, la valeur de marché introduit des variations sans intérêt puisque transitoires (volatilité artificielle des comptes).

Taux de marché	5 %	4 %	5 %	6 %	5 %
Valeur marché	100	125	100	83,3	100
Coûts historiques	100	100	100	100	100
Var° Résultat en VM		+ 25	- 25	- 17	+ 17
Var° Fonds Propres en VM		+ 25	0	- 17	0

### Catégorie *Hold To Maturity* : invalidation

Les variations de valeur peuvent prendre une ampleur considérable en cas d'évolution continue des taux. Le détenteur peut alors modifier son intention.

Le détenteur peut perdre la capacité à tenir l'échéance (besoin de liquidité ou faillite).

En cas d'évolution continue des taux, la convention du coût historique masque un enrichissement ou un appauvrissement latent.

Taux de marché	5 %	4 %	3 %	2 %	1 %
Valeur marché	100	125	167	250	500
Coûts historiques	100	100	100	100	100
Var° Résultat en VM		+ 25	+ 42	+ 83	+ 250
Var° Fonds Propres en VM		+ 25	+ 67	+ 150	+ 400

## ■ Opacité : traitement inadéquat des variations de juste valeur en compte de résultat

Que faire des variations de juste valeur ? Deux solutions sont possibles : les impacter directement sur les fonds propres ou les intégrer au compte de résultat. La logique de la première solution est de ne pas polluer les résultats avec des éléments non récurrents, pour leur permettre d'exprimer leur composante permanente (Black, 1980). La logique de

la seconde est d'obtenir un résultat exhaustif, indépendamment du contrôle que les dirigeants estiment avoir sur ses composantes (Barker, 2004).

Une solution mixte a été retenue par le normalisateur international. Une partie des variations de juste valeur s'impute directement sur les fonds propres : les plus-values ou moins-values latentes des titres disponibles à la vente qui, d'une certaine manière, ne seraient pas liées à l'activité. Tandis que l'autre transite d'abord en résultat : celles qui portent sur le

portefeuille de *trading*. Il y a donc un effet procyclique psychologique de la juste valeur par l'intégration de moins-values latentes massives qui viennent déprimer les résultats en cas de forte baisse des marchés ; moins-values latentes qui sont pour une part transitoires, si la solvabilité de l'institution n'est pas entamée. Pour un portefeuille d'actions détenu à long terme, par exemple, le caractère transitoire des moins-values latentes serait avéré, puisqu'une abondante littérature nourrit l'hypothèse d'un retour à la moyenne des rendements actions (Bec et Gollier,

2007). Malheureusement, ces moins-values latentes sont intégrées au résultat opérationnel selon la normalisation internationale, alors qu'elles seraient plus lisibles renvoyées au-delà du résultat net, en élément additionnel de résultat global (Segretain, 2008).

Lors de la présentation de ses résultats annuels 2009, AXA a en partie rectifié ce biais de normalisation, en rejetant les variations de valeur (- 2,7 milliards d'euros) au-delà du résultat courant (3,7 milliards d'euros).

Ces pertes de valeur, d'ampleur variable selon les sociétés, sont compensées par la comptabilisation reflet de ces pertes pour l'État et les assurés en *shadow accounting* et par une diminution de la valeur des engagements envers les assurés. Ainsi, pour les groupes français on constate une baisse des provisions pour participations bénéficiaires et sur les contrats en unités de compte.

Au total, les sociétés européennes affichent des performances honorables pour une telle période surtout comparées à celles d'AIG, qui doit sa chute à sa surexposition aux dérivés de crédit.

## ■ Procyclité et détermination des capitaux réglementaires

L'effet procyclique de la juste valeur sur le niveau des fonds propres réglementaires n'a pas été à l'œuvre au déclenchement de la crise. L'idée serait qu'un capital réglementaire en juste valeur connaîtrait des phases d'expansion et de récession en même temps que l'expansion et la

### Ampleur des pertes de valeurs des actifs de quelques grandes sociétés pendant la crise

en Md €/£/\$	2008				2007		
	V° JV par Rt	RNPG	V° JV par FP	V° totale des FP	V° JV par Rt	RNPG	V° JV par FP
Generali**	-6,4	1,7	-1,1	0,3	2,2	2,4	-0,9
Allianz	-0,7	-2,4	-9,2	-14,0	-0,8	8,0	-1,1
CNP	-10,8	0,7	-1,5	-1,4	0	1,2	-0,2
AXA	-2,7	0,9	-5,1	-8,2	4,1	5,7	-3
Aviva	-0,1	-0,9	-2,4	-1,9	-0,4	1,3	0,2
AIG	-28,6	-99	-13,4	-43*	-11,5	6	-8

Sources 2007 : rapports annuels; Sources 2008 : Rapport annuel Allianz, 10K AIG

comptes 3T08 Generali, comptes provisoires CNP, présentation préliminaire Aviva, présentation des résultats AXA

\*Après augmentation de capital de 70 Md€, \*\* à fin septembre

récession des marchés financiers, déclenchant par exemple une restriction aggravante des crédits bancaires et des contrats d'assurance au point bas du cycle. Indépendamment de la réalité et de la nocivité de cet effet, le calendrier d'application réglementaire de la juste valeur montre qu'il n'a pu être matériellement à l'œuvre qu'à partir de l'année 2008.

Dans la banque, les accords de Bâle II, d'application internationale, qui fondent en effet largement le calcul des fonds propres réglementaires sur la juste valeur des positions, ne sont entrés en vigueur que début 2008. Avancée majeure mais tardive de Bâle II : la prise en compte de l'exposition sur les dérivés de crédit dans ce calcul.

Dans l'assurance, aux États-Unis, le système du *risk based capital*, en place depuis 1992, se fonde également sur la juste valeur des expositions pour le calcul du capital réglementaire. En revanche, aujourd'hui, en Europe, la marge de solvabilité est déterminée à partir des comptes sociaux, fonctionnant

toujours en coûts historiques, mais communiquant par ailleurs la valeur de réalisation des placements. En coûts historiques, selon le principe de prudence, les baisses de cours des actifs se traduisent par des dépréciations, notamment la provision pour risque d'exigibilité pour les actions. Il faudrait donc attribuer à ce principe d'évaluation la même procyclité que la juste valeur et ses pertes latentes. A contrario, comment déterminer quand et à quel niveau autoriser le non enregistrement des dépréciations ? Les paliers successifs envisageables sont nombreux, alors que l'indice boursier français de référence est passé de plus de 6 000 points début août 2007 à 2 500 points fin février 2009.

Cet effondrement du marché action atténue la portée des critiques sur ce point à l'encontre de Solvency II. La pondération en capital des positions action devrait y être calculée à partir de leur *value at risk* à un an, soit environ 40 %, contre 30 % en RBC. Si l'on suppose un retour à la moyenne du rendement action, on peut défendre un calcul de *value at*

*risk* à plus long terme, immobilisant ainsi un niveau significativement plus faible de capital pour cette exposition. Mais l'effondrement persistant des marchés actions questionne leur position de placement privilégié à long terme. L'idée selon laquelle leur détention doit immobiliser beaucoup de capital trouve en ce moment un soutien factuel. Pour pouvoir profiter d'une période où les niveaux de valorisation sont bas et attendre le retour à meilleure fortune, il faut bien disposer d'une autonomie financière durable et de capitaux solides.

## Conclusion

Pour conclure cet article, sans pour autant achever une réflexion sur un sujet complexe et controversé, nous devons souligner la nécessité du maintien de la séparation entre l'information comptable financière, à destination des marchés financiers,

et l'information comptable réglementaire, à destination des autorités de contrôle. Pour la première, un recours assez large à la juste valeur, en particulier pour les instruments financiers de *trading*, fait largement consensus malgré la crise et peut être considéré comme un acquis des normes IFRS, pour peu que les variations de valeur ne soient pas agglomérées au résultat opérationnel. Pour la seconde, la question de la procyclité mérite d'être adressée et on n'imagine pas un recours à la juste valeur pour l'évaluation prudentielle des portefeuilles de contrats ou de prêts. Celle de l'exhaustivité du système de contrôle semble en tout cas la plus pertinente.

### Bibliographie

ALLAIS M., *La crise mondiale aujourd'hui*, Clément Juglar, 1999.

BANQUE DE FRANCE, « Plan anti-crise – Mesures Comptables », octobre 2008.

BARKER R., « Reporting financial performance », *Accounting Horizons*, juin 2004.

BEC F ; GOLLIER C., « Assets returns volatility and investment horizon: the French Case », *Cahier de recherche de l'Ides*, juillet 2007.

BLACK F., « The magic in earnings: economic earnings vs accounting earnings », *Financial Analyst Journal*, novembre-décembre 1980.

DIAMOND D., « Financial intermediation and delegated monitoring », *Review of Economic Studies*, 1984.

IJIRI Y., *Theory of Accounting Measurement*, American Accounting Association, 1975.

IASB, « Financial Crisis Advisory Group Seeking Input From Constituents », mars 2009.

SCHUMPETER J., *Business Cycles*, 1939.

SEGRETAIN C., « Transparence et pertinence du résultat global pour l'information financière des compagnies d'assurance », thèse de doctorat, Université Paris-Dauphine, 2008.

# Livres

■ **Christophe MARTIN**  
et **Franck GUARNIERI**

*Pratiques de prévention des  
risques professionnels dans les  
PME-PMI*

**Edition Lavoisier Tec et Doc ,  
2009, 69 pages**

Cet ouvrage de Martin et Guarnieri a pour ambition de classer la littérature en mettant en évidence les déterminants de la prévention des risques professionnels dans les PME et des moyens de prévention qui leur soient adaptés. Il constitue en effet une analyse des études réalisées dans différents pays industrialisés sur la problématique de la santé et de la sécurité au travail dans les petites et moyennes entreprises.

Il débute donc assez naturellement sur l'élaboration d'une définition des PME – ou plutôt la tentative d'élaboration, puisque les études utilisées démontrent toute la diversité existant entre les PME. Cette diversité peut s'exprimer au travers de définitions quantitatives ou de critères qualitatifs, y compris celui de la personnalité du chef d'entreprise que l'on retrouvera dans la description des démarches de prévention faisant l'objet du deuxième chapitre.

Il est montré que les petites et moyennes entreprises présentent des niveaux de sinistralité, en termes d'accident du travail, supérieurs à ceux d'entreprises de plus grande taille. On peut toutefois regretter de n'avoir les niveaux d'accidents du travail que selon la taille de l'entreprise tous secteurs d'activité confondus. En effet, le taux de sinistralité varie fortement selon que l'on considère le secteur du bâtiment ou celui des services.

La diversité des situations rencontrées par les PME se retrouve dans les démarches adoptées en termes de prévention. L'ouvrage présente très clairement dans son deuxième chapitre la problématique de la mise en œuvre d'actions de prévention dans les PME. Les difficultés ainsi soulevées résultent de la conjonction de nombreux facteurs : la personnalité du chef d'entreprise, sa perception de la prévention du risque, le rôle qu'il en attend de la part de ses salariés, enfin la qualité des relations sociales au sein de la société. En effet, les obligations réglementaires qui pèsent sur l'employeur sont généralement mises en œuvre par les salariés.

En outre, l'ouvrage rappelle que la prévention dans les PME doit s'appréhender dans un contexte organisationnel, économique et temporel donné. Par exemple,

le moment du cycle de vie de l'entreprise conditionne de façon importante sa capacité à investir dans la prévention. De même, une conjoncture économique défavorable tend à réduire l'investissement en prévention quelle que soit la taille de l'entreprise.

Jusqu'à présent, plusieurs démarches de sensibilisation des chefs d'entreprise à la prévention ont été tentées. L'ouvrage récapitule certaines approches théoriques, comme l'approche marketing consistant à inciter l'entrepreneur à « acheter » des formations à la prévention en tenant compte des freins existants et en instaurant un climat de confiance. Ou encore l'approche par la psychologie sociale, qui conduit à amener des modifications comportementales au moyen de discussions de groupe. Dans la pratique, les expériences sont diverses. Elles portent sur des échanges entre les acteurs d'un processus industriel permettant aux PME sous-traitantes de bénéficier des démarches de prévention des grandes entreprises, sur des moyens d'accompagnement ou de coercition par le biais des assureurs ou d'intermédiaires, ou encore sur une recherche de dialogue avec les chefs d'entreprise.

Certains pays ont également cherché à s'appuyer sur les salariés ou les syndicats pour promouvoir les

actions de prévention.

L'ensemble de ces expériences conduit les auteurs à souligner l'importance d'un dialogue large et partagé entre tous les acteurs de la prévention. C'est l'objet du dernier chapitre de l'ouvrage qui présente une proposition d'action collective – réunissant des entreprises, les acteurs de la santé et de la sécurité au travail

et des chercheurs – auquel participe le laboratoire des auteurs. Cette démarche consiste à mener une expérimentation dans le département des Alpes-Maritimes auprès d'un panel d'entreprises et à l'aide d'une série de logiciels qui offrent aux entrepreneurs des outils d'auto-évaluation de leur conformité à la réglementation et une aide à la

gestion des risques. On peut toutefois regretter l'absence de présentation des résultats obtenus à la suite de cette expérimentation.

par Frédéric Gudin du Pavillon  
*Sous-Directeur*  
*Direction des assurances*  
*de biens et de responsabilité FFSA*

■ **Roland PORTAIT**  
et **Patrice PONCET**

*Finance de marché : instruments de base, produits dérivés, portefeuilles et risques*

Daloz, 2008, 1 088 p.

**E**n pleine crise financière, ayant entraîné l'économie dans une profonde récession, il pourrait paraître aujourd'hui osé, voire insolent, de vouloir présenter un ouvrage entièrement dédié à la finance de marché, qui plus est fortement mathématisée. Ceci alors même que les détracteurs de cette discipline crient à ses fautes présumées et donc à son « désarmement ». Quoi que l'on dise, la théorie financière moderne a fait ces dernières décennies des progrès, aussi modestes soient-ils, tendant à l'amélioration de la compréhension et de l'évaluation des risques. Par ailleurs, condamner les méthodes quantitatives de la finance de marché serait erroné pour au moins deux raisons. D'une part, ce serait oublier que nous vivons dans des sociétés où la demande d'assurabilité de risques de plus en plus complexes est croissante. Leur couverture par des produits eux-mêmes complexes ne peut (ne pourra) donc être raisonnablement évitée. D'autre part, les modèles et méthodes quantitatifs en finance ne nous semblent pas en cause, mais plutôt la manière (parfois opaque, reconnaissons-le) dont ils peuvent être utilisés par les différents acteurs sur les marchés.

On ne ferme pas les usines de produits pharmaceutiques lorsque des médecins commettent des erreurs de posologie en prescrivant un médicament !

À notre sens, de même que les marchés financiers n'ont pas besoin de plus de régulation, mais d'une meilleure régulation, et qu'à côté des règles déontologiques édictées par les acteurs eux-mêmes en matière d'autodiscipline de marché, un meilleur équilibre de marché entre les acteurs (plus particulièrement entre investisseurs et émetteurs) est indispensable, la science financière, elle, bien que montrée du doigt par ses nombreux détracteurs, a plus que jamais besoin de pousser les recherches visant à mieux mesurer, modéliser et gérer les risques inhérents à nos sociétés et aux besoins de financement de nos économies.

C'est à cette tâche – titanesque, pourrait-on dire – qu'en leur qualité d'enseignants et de chercheurs en finance se sont attelés, avec modestie, Patrice Poncet et Roland Portait. Ils nous proposent le fruit d'un travail de plusieurs décennies sous la forme d'un manuel très complet et utile sur la finance de marché. Tout au long de leur ouvrage, ils développent un cadre méthodologique et conceptuel exhaustif permettant d'analyser et de développer des techniques d'évaluation, des modèles de couverture et de gestion de risques. Ce livre est d'autant plus le bienvenu – pour les étudiants comme pour les professionnels, gérants et investisseurs

entre autres – qu'il contribue à combler des lacunes dans la littérature française relative notamment à la maîtrise des risques sous-jacents aux produits complexes, à savoir, entre autres, les dérivés de crédit et de manière générale certains véhicules issus de la titrisation. En effet, s'il existe un nombre impressionnant de publications sur les risques traditionnels (actions, obligations...), et si un océan d'articles analyse et décortique par exemple des risques sous-jacents aux produits dits exotiques, les manuels traitant en longueur et profondeur des risques complexes, avec en prime une approche pédagogique, sont plutôt rares.

Sur plus d'un millier de pages, ce livre s'organise en quatre parties composées au total de trente chapitres. Après une introduction très claire sur l'économie et l'organisation des marchés financiers, avec au centre des analyses sur les concepts clés de structure et de liquidité des marchés, la première partie étudie en profondeur, sur huit chapitres, les instruments de base de la finance (titres de créances, obligations, actions), la structure par terme des taux et les instruments à taux flottant en passant par les swaps vanille...

Rien de nouveau, au début de cette partie, par rapport aux manuels classiques dans ce domaine, si ce n'est une approche très rigoureuse de la notion d'actualisation et de l'analyse des crédits à long terme. C'est là que, bien lu et étudié, cet ouvrage

trouve toute sa place dans la pratique des professionnels et le savoir encore non assouvi des étudiants en maîtrise ou en 3<sup>e</sup> cycle. En effet, cet ouvrage est une mine de connaissances formalisées à des degrés divers, sur les concepts de base de la finance. L'étude des risques de taux occupent une place de choix dans les analyses de cette partie. Ne faisant pas appel à des outils mathématiques compliqués et étant accessible à des personnes disposant d'un niveau licence, elle s'adresse à des lecteurs débutant dans la finance de marché. Les plus avancés pourront accéder quasi directement à la deuxième partie. Pour autant, qu'on soit débutant ou « initié », le chapitre 3 nous semble incontournable : il développe un sujet d'actualité brûlant en lien direct avec les problèmes que traverse actuellement le marché monétaire, et plus particulièrement l'assèchement de la liquidité sur son compartiment interbancaire.

La deuxième partie, composée des chapitres 9 à 20, est peut-être la plus ardue. Elle est consacrée aux produits dérivés (options et futures) et présente les principaux modèles, les outils de calcul stochastique et les théories probabilistes sur lesquels s'appuient les méthodes modernes d'évaluation des titres contingents et des risques financiers. Ces chapitres, plus techniques que les précédents, s'adressent aux professionnels de la finance et aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle (master 1 et 2 et doctorat) ; les passages les plus difficiles, signalés par des astérisques, peuvent en

certain cas ne pas être lus sans pour autant nuire à la compréhension de l'ensemble. Les lecteurs les plus avancés trouveront dans des annexes tous les compléments nécessaires concernant le calcul stochastique et les probabilités, éléments nécessaires et suffisants à la compréhension approfondie de la finance des marchés modernes.

La troisième partie (chapitres 21 à 25) traite de la théorie et de la pratique de la gestion des portefeuilles. Après un exposé de la théorie standard des portefeuilles (modèle de Markowitz, CAPM et APT...) sont présentées les différentes techniques d'allocation stratégique et tactique d'actifs (gestion contre benchmark, assurance de portefeuilles, gestion alternative...). Une critique au sujet des deux chapitres relatifs à l'allocation d'actifs, stratégique ou tactique : relativement peu de développements sont consacrés à la problématique de l'allocation dynamique des portefeuilles, notamment en présence de primes de risques qui se caractérisent par leur instabilité.

La quatrième et dernière partie (chapitres 26 à 30) a pour thématique centrale la gestion des risques. Elle est consacrée aux techniques visant à l'appréciation et à la couverture des risques notamment de crédit et des dérivés de crédit issus de la titrisation, tant des positions individuelles que des portefeuilles et des bilans. Dans cette partie, les auteurs ont pu tenir compte dans leurs analyses des expériences en lien avec les pertes

subies par certaines institutions financières et entreprises industrielles sur les marchés dérivés ou les marchés sous-jacents. Ils soulignent avec force la nécessité pour les intermédiaires de bien comprendre les risques induits par leurs activités et de s'équiper des outils de contrôle interne en adéquation avec leurs expositions aux risques, afin notamment d'assurer la qualité du processus de mesure, de suivi et de gestion des risques. Pour cela, l'accent est fortement mis sur l'étude des mesures de risques (*value-at-risk*, *expected shortfall*...) et sur la mise en place de stress tests dans un contexte de risques extrêmes.

Un indice bien utile vient compléter l'ouvrage car il permet de se repérer facilement au regard du volume de l'ouvrage. Cerise sur le gâteau, certains chapitres – on ne peut que s'en réjouir – sont copieusement illustrés par de nombreux exemples concrets et des développements mathématiques, avec démonstrations à la clé. De plus, afin de faciliter la progression dans l'apprentissage, les auteurs de ce manuel – associés à un troisième chercheur, Riadh Belhaj, maître de conférences à la chaire finance du Cnam – proposent également l'accès à un kit pédagogique comprenant des exercices corrigés, des corrections assistées par ordinateur et des logiciels d'évaluation.

Au moins deux phénomènes inhérents aux marchés financiers nécessitent à l'avenir davantage de recherches et des développements encore plus

approfondis. D'une part, bien que nos deux auteurs l'aient mis en évidence, un gros travail est encore à accomplir sur la volatilité des marchés financiers, qui est l'une des raisons (mais pas la seule !) de la perception souvent négative de certains agents économiques vis-à-vis de la finance. D'autre part, les chercheurs ont prêté jusqu'ici relativement peu d'attention – du fait peut-être de son extrême complexité

– à la valorisation (*pricing*) de la liquidité, sujet central de la crise actuelle.

Tradition oblige, une grande partie des « bons » manuels de finance utilisés dans nos universités et nos grandes écoles sont souvent des ouvrages commis outre-Atlantique. Parions que dans quelques années on parlera du Portait-Poncet dans les couloirs des écoles et des universités

enseignant la finance, et pas uniquement en France. Ce ne sera que justice, et ce d'autant plus que nos deux auteurs ont également une forte et longue expérience pédagogique dans ce domaine... entre autres, dans des universités américaines !

par Carlos Pardo  
*Directeur des études économiques AFG*  
*(Association française*  
*de la gestion financière)*

■ **Alain Borderie**  
**Préfaces de Laurence Parisot**  
**et Geoffroy Roux de Bézieux**

*Financer les champions de demain. Siparex 1977-2008 : pour un private equity éthique et performant*

**Félix Torres Éditeur - Le**  
**Cherche Midi, 2009, 260 p.**

Dans le n° 36 de *Risques* (décembre 1998), l'auteur de ces lignes livrait une recension très favorable d'un précédent ouvrage d'Alain Borderie – *Siparex (1978-1998), Financer la croissance des PME autrement* (éd. Maxima - Laurent du Mesnil). Le voilà donc quelque peu embarrassé, dix ans plus tard : Comment dire tout le bien qu'il pense de ce nouvel opus, sans se répéter ? Essayons tout de même. Alain Borderie, en un style vivant et dépourvu de jargon et d'emphase, narre avant tout la « *success story* » de Siparex, l'une des

toutes premières (par l'âge, par l'importance et par son « exemplarité ») entreprises françaises de capital-risque, créée à Lyon en 1977 à l'initiative de Dominique Nouvellet, de Jean Montet et de Gilles Brac de La Perrière. Il décrit parfaitement, en huit chapitres bien structurés, les principales et instructives étapes de la vie et du développement de cet acteur majeur du *private equity* français. Ce voyage à travers le temps est particulièrement riche d'enseignements pour qui veut connaître, au travers du prisme révélateur du « cas Siparex », la véritable histoire du métier du capital investissement et, au-delà, de l'économie de notre pays au cours de ces trois dernières décennies. Il montre comment Siparex a su s'adapter en permanence aux changements profonds de son environnement (le façonnant d'ailleurs au passage), sans pour autant courir après les concepts à la mode. Un exemple particulièrement significatif de cet état d'esprit ancré dans le bon sens est rappelé par

Dominique Nouvellet dans le n° 50 de La Lettre Siparex (février 2009) « *Pour nous l'endettement, au-delà de certaines limites, constitue un mal absolu : il pousse à prendre des risques parfois spéculatifs, qui ébranlent l'entreprise lorsque le cycle économique se retourne* » On ne saurait être plus clair ! Bref, on l'a compris, un livre à lire, comme le conseillent Laurence Parisot et Geoffroy Roux de Bézieux dans les deux préfaces qu'ils ont à juste titre accepté d'écrire pour cet ouvrage. Cela donne l'envie de disposer à l'avenir d'une histoire complète du capital investissement « à la française » car le moins que l'on puisse dire est que la crise actuelle ne fera que renforcer l'importance de son rôle : permettre à l'épargne « utile » de participer au sain financement de nos entreprises de croissance.

par Pierre Bollon  
*Délégué général de l'AFG*  
*(Association française*  
*de la gestion financière)*



# VENTE AU NUMÉRO - BULLETIN D'ABONNEMENT

	Prix	FRANCE		Prix	FRANCE
1 Les horizons du risque			44 Science et connaissance des risques. Y a-t-il un nouveau risk management ?		
2 Les visages de l'assuré (1 <sup>re</sup> partie)		19,00	L'insécurité routière		29,00
3 Les visages de l'assuré (2 <sup>e</sup> partie)		19,00	45 Risques économiques des pays émergents. Le fichier clients.		
4 La prévention		ÉPUISE	Segmentation, assurance, et solidarité		29,00
5 Age et assurance		ÉPUISE	46 Les nouveaux risques de l'entreprise. Les risques de la gouvernance.		
6 Le risque thérapeutique		19,00	L'entreprise confrontée aux nouvelles incertitudes		29,00
7 Assurance crédit/Assurance vie		19,00	47 Changements climatiques. La dépendance. Risque et démocratie		30,50
8 L'heure de l'Europe		ÉPUISE	48 L'impact du 11 septembre 2001. Une ère nouvelle pour l'assurance ?		
9 La réassurance		ÉPUISE	Un nouvel univers de risques		30,50
10 Assurance, droit, responsabilité		ÉPUISE	49 La protection sociale en questions. Réformer l'assurance santé.		
11 Environnement : le temps de la précaution		23,00	Les perspectives de la théorie du risque		30,50
12 Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?		ÉPUISE	50 Risque et développement. Le marketing de l'assurance.		
13 Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?		23,00	Effet de serre : quels risques économiques ?		ÉPUISE
14 Innovation, assurance, responsabilité		23,00	51 La finance face à la perte de confiance. La criminalité. Organiser la mondialisation		30,50
15 La vie assurée		23,00	52 L'évolution de l'assurance vie. La responsabilité civile. Les normes comptables		ÉPUISE
16 Fraude ou risque moral ?		23,00	53 L'état du monde de l'assurance. Juridique. Économie		31,50
17 Dictionnaire de l'économie de l'assurance		ÉPUISE	54 Industrie : nouveaux risques ? La solvabilité des sociétés d'assurances. L'assurabilité		31,50
18 Éthique et assurance		23,00	55 Risque systémique et économie mondiale. La cartographie des risques.		
19 Finance et assurance vie		23,00	Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ?		31,50
20 Les risques de la nature		23,00	56 Situation et perspectives. Le gouvernement d'entreprise : a-t-on progressé ?		
21 Assurance et maladie		29,00	L'impact de la sécurité routière		31,50
22 L'assurance dans le monde (1 <sup>re</sup> partie)		29,00	57 L'assurance sortie de crise.		
23 L'assurance dans le monde (2 <sup>e</sup> partie)		29,00	Le défi de la responsabilité médicale. Le principe de précaution		31,50
24 La distribution de l'assurance en France		29,00	58 La mondialisation et la société du risque. Peut-on réformer l'assurance santé ?		
25 Histoire récente de l'assurance en France		29,00	Les normes comptables au service de l'information financières.		31,50
26 Longévité et dépendance		29,00	59 Risques et cohésion sociale. L'immobilier. Risques géopolitiques et assurance.		31,50
27 L'assureur et l'impôt		29,00	60 FM Global. Private equity. Les spécificités de l'assurance aux USA.		31,50
28 Gestion financière du risque		29,00	61 Bancassurance. Les agences de notation financière. L'Europe de l'assurance.		33,00
29 Assurance sans assurance		29,00	62 La lutte contre le cancer. La réassurance. Risques santé.		33,00
30 La frontière public/privé		29,00	63 Un grand groupe est né. La vente des produits d'assurance.		
31 Assurance et sociétés industrielles		29,00	Une contribution au développement.		33,00
32 La société du risque		29,00	64 Environnement. L'assurance en Asie. Partenariats public/privé.		ÉPUISE
33 Conjoncture de l'assurance. Risque santé		29,00	65 Stimuler l'innovation. Opinion publique. Financement de l'économie.		ÉPUISE
34 Le risque catastrophique		29,00	66 Peut-on arbitrer entre travail et santé ? Réforme Solvabilité II. Pandémies.		ÉPUISE
35 L'expertise aujourd'hui		29,00	67 L'appréhension du risque. Actuariat. La pensée du risque.		ÉPUISE
36 Rente. Risques pays. Risques environnemental		ÉPUISE	68 Le risque, c'est la vie. L'assurabilité des professions à risques.		
37 Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000.			L'équité dans la répartition du dommage corporel		ÉPUISE
Les concentrations dans l'assurance		29,00	69 Gouvernance et développement des mutuelles. Questionnement sur les risques		
38 Le risque urbain. Révolution de l'information médicale.			climatiques. La fondation du risque.		35,00
Assurer les OGM		29,00	70 1 <sup>re</sup> maison commune de l'assurance. Distribution dans la chaîne de valeur.		
39 Santé. Internet. Perception du risque		ÉPUISE	L'assurance en ébullition ?		35,00
40 XXI <sup>e</sup> siècle : le siècle de l'assurance. Nouveaux métiers, nouvelles			71 Risque et neurosciences. Flexibilité et emploi. Développement africain.		35,00
compétences. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités		29,00	72 Nouvelle menace ? Dépendance. Principe de précaution ?		35,00
41 L'Europe. La confidentialité. Assurance : la fin du cycle ?		29,00	73-74 Crise financière : analyse et propositions.		65,00
42 L'image de l'entreprise. Le risque de taux.			75 Populations et risques. Choc démographique. Délocalisation.		35,00
Les catastrophes naturelles		29,00	76 Événements extrêmes. Bancassurance et crise		35,00
43 Le nouveau partage des risques dans l'entreprise.					
Solvabilité des sociétés d'assurances.					
La judiciarisation de la société française		29,00			

## 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 2009 n° 77 à n° 80      FRANCE 135 €      EXPORT 155 €\*  
 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 HSBC 4 Septembre-code banque 30056-guichet 00750-07500221574-clé RIB 17

\* 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*

### **Seddita**

17, rue Henri Monnier - 75009 Paris  
Tél. 01 40 22 06 67 - Fax : 01 40 22 06 69  
Courriel : info@seddita.com  
www.seddita.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 INTERPHILIV**

81, avenue de Ségur  
75015 Paris

### **Librairie des LOIS**

3, rue des Lois  
31000 Toulouse

### **Librairie LAVOISIER**

11, rue Lavoisier  
75008 Paris

### **Hall du livre**

38, rue saint Dizier  
54 000 Nancy

### **Librairie le Moniteur**

17, rue d'Uzès  
75002 Paris

### **Librairie de la banque et de la finance**

18, rue Lafayette  
75009 Paris

## *Librairie partenaire*

### **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