

Risques

Les cahiers de l'assurance

■ L'Europe

Un entretien avec
Frits Bolkestein

Les réactions de
Dominique Bazy
Alain Lambert

Jacques Lenormand
Gérard de La Martinière

■ Assurance : la fin du cycle ?

Jean-Luc Besson
David Cummins
Pierre Florin
Anne Gron
Scott E. Harrington
Jean-François Outreville

■ La confidentialité

François Bloch
Michel Chevillet
Michel Gentot
Nicolas Gombault
Clara Hainsdorf
Gilles Heude
Jean Pietri
David Porterie
Thierry Van Santen

■ Chroniques

Jean-Luc Besson
Georges Durry
Dominique Herbrich
Philippe Lecreux
André Straus



n° 41 ■ Janvier-Mars 2000

LGDJ / SCEPRA

Risques

Les cahiers de l'assurance

N° 41

Janvier-Mars 2000

SCEPRA – 2000

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

Comité éditorial

Jean-Hervé Lorenzi
Responsable de la rédaction

François Ewald
Société

Robert Leblanc
Techniques

Pierre Picard
Analyses

Pierre Bollon
Chroniques et livres

Nathalie Jouven
Diffusion

Dominique Steib
Secrétaire de rédaction

Comité de rédaction

François-Xavier Albouy, André Babeau, Pierre Bollon, Sylvain Boueil, François Bourguignon,
Anton Brender, Éric Briys, Francis Calcoen, Françoise Chapuisat, Thierry Chauveau,
Pierre-André Chiappori, Henri Debruyne, Claude Delpoux, Georges Dionne, Jean-Jacques Duby,
Georges Durry, Louis Eeckhoudt, François Ewald, Christian Gollier, Georges-Yves Kervern,
Denis Kessler, Régis de Laroullière, Marc Lauwers,
Robert Leblanc, Michel Levasseur, Jean-Hervé Lorenzi, Jacques Marseille,
Jean-Claude Milleron, Jacques Mistral, Jean-Pierre Moreau, Pierre Pestieau,
Patrick Picard, Pierre Picard, Jacques Plassard, Martine Rémond-Gouilloud, André Renaudin,
Jean-Charles Rochet, Pierre Rosanvallon, Christian Schmidt, Harold Skipper, Göran Skogh,
Pierre Sonigo, Dominique Steib, André Straus, Jean-Marc Suret, Pierre Tabatoni,
Robert Teyssier, Patrick Thourot, François de Varenne,
Dominique Vastel, Patrick Warin, Frédéric Worms, Peter Zweifel

Sommaire

I. *Société* : L'Europe

Entretien avec

Frits Bolkestein, <i>Commissaire chargé du marché intérieur et des services financiers à la Commission européenne</i>	7
Dominique Bazy, <i>A quand un marché européen de l'assurance ?</i>	13
Alain Lambert, <i>Les archaïsmes fiscaux et réglementaires français</i>	15
Jacques Lenormand, <i>Marché unique : encore un effort !</i>	17
Gérard de La Martinière, <i>L'assurance européenne : une vraie ambition</i>	20

2. *Techniques* : La confidentialité

Robert Leblanc, <i>Une exigence morale et économique</i>	25
Michel Gentot, <i>Protection des données personnelles : une procédure renouvelée</i>	27
Michel Chevillet, <i>Secret médical et assurance santé</i>	30
Nicolas Gombault, <i>Secret médical et assurance de responsabilité médicale</i>	34
David Porterie, <i>La confidentialité du patrimoine personnel</i>	38
Jean Pietri, <i>Intelligence économique : des enjeux critiques</i>	43
Thierry Van Santen, <i>Intelligence économique et assurance : mythe ou réalité ?</i>	49
François Bloch, Clara Hainsdorf, Gilles Heude, <i>La protection des données sur Internet</i>	53

3. *Analyses* : Assurance : la fin du cycle ?

Pierre Picard, <i>Phase décroissante d'un cycle ou dépression durable ?</i>	61
Scott E. Harrington, <i>Les cycles de l'assurance vont-ils disparaître ?</i>	63
Anne Gron, <i>Cycles et capital : passé, présent et avenir</i>	67
Jean-François Outreville, <i>Déséquilibre, chocs ou tendances : quelle explication pour le cycle de l'assurance ?</i>	72
J. David Cummins, <i>Cycles de la réassurance et titrisation des risques catastrophes</i>	77
Jean-Luc Besson, <i>Cycles longs et cycles courts de l'assurance</i>	83
Pierre Florin, <i>Y aura-t-il des cycles au XXI^e siècle ?</i>	89

4. *Chroniques*

Georges Durry, <i>Une révolution réussie : l'avance sur recours</i>	94
Jean-Luc Besson, <i>Bilan 1999 : l'impact des tempêtes</i>	97
Philippe Lecreux, <i>Réassurance de bilan : de nouvelles voies</i>	100
André Straus, <i>Banquiers et assureurs au XIX^e siècle</i>	103
Dominique Herbrich, <i>Gérer le risque de propriété intellectuelle</i>	106

5. *Livres*

par Pierre Bollon, François Ewald, et Alain Borderie.....	III
---	-----

1.

L'Europe

■ Entretien avec Frits Bolkestein

Commissaire chargé du marché intérieur et des services financiers
à la Commission européenne

Réactions

■ Dominique Bazy

A quand un marché européen de l'assurance ?

■ Alain Lambert

Les archaïsmes fiscaux et réglementaires français

■ Jacques Lenormand

Marché unique : encore un effort !

■ Gérard de La Martinière

L'assurance européenne : une vraie ambition

F r i t s B o l k e s t e i n

*Commissaire chargé du marché intérieur
et des services financiers à la Commission européenne*

Entretien réalisé par Antoine Mérieux, Pierre Bollon et Jean-Hervé Lorenzi

Risques : Vous êtes, depuis septembre 1999, en charge des questions relatives au marché intérieur et, à ce titre, responsable des services financiers, au sein de la Commission européenne. Le secteur de l'assurance a connu de nombreuses évolutions récemment. Quelles sont celles qui vous paraissent devoir être distinguées ?

Frits Bolkestein : J'en retiendrai deux. Tout d'abord, la mise en place réussie de l'agrément unique et l'accroissement de la compétitivité du secteur qui en a résulté. Même si elles semblent appartenir au passé, les troisièmes directives concernant les assurances ne produisent pleinement leurs effets que depuis peu. Le transfert de compétence des autorités de contrôle du pays d'accueil vers celles du pays d'origine a été effectif depuis le 1^{er} juillet 1994, mais il a fallu un certain temps aux entreprises européennes pour tirer vraiment avantage de la suppression des barrières aux échanges, ainsi que de la déréglementation tarifaire. Désormais, les objectifs poursuivis par ces deux piliers des directives de 1992 sont atteints et la concurrence au sein du marché européen de l'assurance est à un niveau satisfaisant. Elle s'est encore accrue avec l'arrivée de l'euro, qui contribue à la transparence des prix sur le marché. La seconde évolution marquante a trait au formidable mouvement de concentration du secteur auquel on a assisté au cours des dernières années. Ce mouvement s'est traduit par la création de grands groupes d'assurances opérant à l'échelle européenne, et même mondiale. Il a contribué à l'accroissement de la compétitivité du secteur, sans affecter jusqu'à maintenant le caractère effectif de la concurrence au sein du marché européen. À cet égard, je voudrais ajouter que l'Union européenne en a tiré les conséquences en termes de protection des assurés avec l'adoption, fin 1998, d'une directive instaurant une surveillance

complémentaire des entreprises appartenant à un groupe d'assurances. On ne peut donc pas accuser la législation européenne d'être à la traîne des évolutions du marché !

Risques : Justement, à ce propos, quelles sont les grandes lignes du programme de la Commission pour faire face aux défis futurs du marché unique de l'assurance et des services financiers ?

Frits Bolkestein : Il nous faut, et c'est là l'essentiel, parachever la réalisation du marché intérieur des services financiers. Le « parent pauvre » du marché intérieur en raison, notamment, de considérations fiscales et commerciales. Si l'euro, la désintermédiation et les nouvelles technologies favorisent une plus grande intégration des marchés nationaux, ils ne constituent pas des conditions suffisantes pour y parvenir. Il importe donc d'adapter la législation communautaire à ce nouveau contexte et de corriger certains de ses défauts. Tel est l'objet du plan d'action pour les services financiers proposé par la Commission et adopté par le Conseil européen de Cologne en juin 1999.

Les entreprises d'assurances et en particulier les assureurs, qui comptent parmi les investisseurs les plus importants (notamment pour les placements à long terme), profiteront sans réserve de la mise en place d'un marché des capitaux plus liquide et plus profond. L'assurance française, dont le processus de restructuration est déjà bien avancé et qui accorde un degré élevé de protection au consommateur, devrait être au premier rang de ces bénéficiaires.

Pour ne prendre que quelques exemples, l'élaboration d'une nouvelle directive sur les intermédiaires d'assurances, les projets de directive à caractère prudentiel (révision de la marge de solvabilité, contrôle des réassureurs, surveillance des conglomérats financiers), ainsi que les projets relatifs aux fonds de retraite complé-

mentaire contribueront à renforcer, en parallèle, l'intégration des services financiers et la confiance des consommateurs.

Enfin, la Commission poursuivra ses efforts visant à favoriser l'ouverture des marchés des pays tiers aux assureurs européens et elle continuera d'appuyer toutes les initiatives qui vont dans ce sens. Ainsi, nous examinons actuellement les barrières réglementaires entravant l'accès au marché américain dans le cadre de la négociation du Transatlantic Economic Partnership. Toutefois, la Commission ne mésestime pas l'importance des négociations commerciales multilatérales menées dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce.

Risques : Vous avez mentionné, parmi les priorités du plan d'action pour les services financiers, un certain nombre de projets à caractère prudentiel. En ce qui concerne le contrôle des entreprises d'assurances, où en est la Commission dans la révision des règles de solvabilité ?

Frits Bolkestein : Suite à la publication du rapport de 1996 préparé par les autorités de contrôle européennes sous la présidence d'Helmut Muller (actuellement président du Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen), la Commission a engagé une série de consultations tant avec les États membres, qu'avec les représentants de l'industrie européenne de l'assurance (Comité européen des assurances, Association des assureurs coopératifs et mutualistes européens, Association européenne des institutions paritaires, Groupement des actuaires...). Cette phase de consultation touche aujourd'hui à sa fin et mes services ont rédigé un premier projet de directive amendant les règles de solvabilité, qui a été soumis pour premier avis aux experts des États membres.

Risques : S'agissant du calcul de l'exigence de solvabilité par rapport au montant des provisions de sinistres, certains disent que la Commission a plié devant l'opposition du secteur ?

Frits Bolkestein : Il n'en est rien. Certes, la Commission est à l'écoute des avis de l'industrie et je

me réjouis des bonnes relations que nous entretenons avec elle. Mais je tiens à souligner que nos réflexions sont guidées par le seul souci de trouver des solutions pertinentes en fonction des objectifs poursuivis, équilibrées en termes de rapport coûts/avantages, et soutenues par les États membres.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons étudié la proposition du rapport Muller préconisant de calculer l'exigence de marge de solvabilité par rapport au montant des provisions de sinistres. Nous avons simulé l'impact d'une telle mesure et il est apparu qu'elle soulèverait des difficultés substantielles dans un certain nombre de pays de l'Union européenne. Ces difficultés étaient à la fois d'ordre concurrentiel (étant donné le faible niveau d'harmonisation des règles de calcul des provisions techniques) et prudentiel (puisque cette mesure aurait incité les assureurs à diminuer le niveau global de leurs provisions techniques). Dès lors, il a été décidé, en accord avec les États membres, d'abandonner cette voie et de réfléchir à la possibilité de calculer l'exigence de marge avec des ratios plus élevés pour les branches où les risques sont plus importants.

Risques : L'indexation des montants du fonds de garantie minimum (FGM) ne risque-t-elle pas de mettre de nombreuses petites mutuelles en difficulté ?

Frits Bolkestein : C'est un problème épineux sur lequel nous avons beaucoup réfléchi. D'une part, si l'on veut maintenir le niveau de protection des assurés, il faut nécessairement indexer les montants du FGM en fonction de l'inflation cumulée durant les vingt-cinq dernières années. D'autre part, il est difficile de justifier le fait que les petites entreprises disposent des mêmes avantages que les autres, c'est-à-dire du passeport européen, tout en ne respectant pas les mêmes règles.

Néanmoins, nous sommes conscients de l'impact du relèvement du FGM et nous envisageons diverses solutions pour y remédier. Par exemple, une période transitoire de cinq ans pourrait être instaurée afin de satisfaire aux nouvelles exigences de fonds propres. Une autre solution serait de permettre aux entreprises qui ne remplissent pas les critères européens au terme de cette période transitoire de pouvoir continuer à fonc-

tionner, mais uniquement dans leur pays et sous le contrôle de leurs autorités nationales. C'est, me semble-t-il, une solution équilibrée qui correspond au principe de subsidiarité et qui reflète la vocation locale ou régionale des petites mutuelles.

Risques : Quel est le contenu de ce projet de directive ?

Frits Bolkestein : Ce projet ne comporte pas de bouleversement du système actuel de solvabilité. Il prévoit d'y apporter des adaptations et des améliorations tendant, en particulier, à une simplification de la rédaction d'une directive, à une amélioration des dispositions relatives à la prise en compte de la réassurance dans le calcul de marge de solvabilité et à un renforcement de l'exigence de solvabilité pour certains types de risques.

En effet, il a été décidé de partager le travail de révision des règles de solvabilité en deux étapes : une première consacrée à l'amélioration et à l'adaptation du système actuel, sans en changer la philosophie ni la nature profonde, et une seconde, au cours de laquelle sera étudiée l'opportunité d'une refonte des règles prudentielles dans leur globalité.

Risques : Quel est le calendrier prévu pour l'ensemble de ces travaux ?

Frits Bolkestein : Conformément au plan d'action pour les services financiers, la Commission soumettra au Conseil un projet de directive amendant les règles de solvabilité vers la fin du mois de juin 2000. En ce qui concerne la seconde phase de révision des règles de solvabilité, une discussion avec les États membres devrait être engagée dès que possible.

Risques : Actuellement, il n'existe pas de cadre communautaire harmonisé pour la surveillance de l'activité de réassurance. Cette situation pourrait-elle changer dans un proche avenir ?

Frits Bolkestein : Il est vrai qu'à ce stade, il n'existe guère, au niveau européen, de réglementation ap-

plicable aux réassureurs. La Commission n'a encore pris aucune décision officielle à cet égard, mais elle est plutôt en faveur de la mise en place d'un cadre harmonisé au niveau communautaire. Elle est confortée en cela par les résultats de l'enquête réalisée sur les différents systèmes de contrôle de la réassurance en place au sein de l'Union européenne : cette enquête a montré que les États membres sont maintenant favorables à un système prudentiel au niveau européen, même si des différences de vues subsistent entre eux au sujet des modalités de contrôle. C'est pourquoi une analyse approfondie est nécessaire.

Risques : Quels seraient les avantages d'un tel cadre européen ?

Frits Bolkestein : J'en vois principalement trois : tout d'abord, une amélioration du fonctionnement du marché intérieur car, dans certains cas, les différences entre les législations nationales posent de réelles difficultés ; ensuite, une consolidation de la protection des consommateurs, puisque la solvabilité des assureurs dépend pour partie de la solidité de leurs réassureurs ; enfin, un renforcement de la crédibilité des réassureurs européens sur le plan mondial, de nature à faciliter leur activité dans les pays tiers, par exemple aux États-Unis. Je voudrais insister sur ce dernier point. Les réassureurs européens disposent d'un réel savoir-faire qui devrait être mieux exploité au niveau mondial. L'existence d'un cadre communautaire pourrait faciliter l'accès des marchés étrangers aux réassureurs européens.

Risques : Puisque vous insistez sur la compétitivité des réassureurs européens sur les marchés internationaux, ne craignez-vous pas qu'un cadre communautaire trop strict ne les pénalise par rapport à leurs concurrents étrangers ?

Frits Bolkestein : Certes, le marché de la réassurance est un marché de professionnels pour des professionnels et il ne nécessite pas, à notre avis, un cadre identique à celui de l'assurance. Un cadre prudentiel adéquat devrait donc être mis en place, reflétant un nécessaire équilibre entre l'exigence de crédibilité et la

contrainte de compétitivité des réassureurs européens. Une chose est claire : la Commission souhaite renforcer leur compétitivité au niveau mondial et non les encourager à se délocaliser.

Risques : Quand la Commission a-t-elle entamé ces travaux ?

Frits Bolkestein : Une réunion des experts des États membres a été convoquée en janvier à Bruxelles pour analyser le dossier et faire des recommandations sur la façon de le traiter. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un travail de longue haleine et le secteur sera consulté comme à l'habitude.

Risques : Outre la révision des règles de solvabilité pour les assureurs, et l'instauration d'un contrôle des réassureurs, quels sont les autres projets à court terme de la Commission en matière de réglementation prudentielle ?

Frits Bolkestein : Un projet de directive instaurant un contrôle des conglomerats financiers est en cours. Suite à la crise asiatique de 1998, la stabilité du secteur financier est devenue un sujet de préoccupation internationale. Ainsi, le « Joint Forum », composé de représentants du Comité de Bâle, de l'International Association of Insurance Supervisors et de l'International Organisation of Securities Commissions, a, cette même année, publié une série de propositions et de recommandations à l'attention des gouvernements. Pour notre part, la Commission avait dès le début des années 90 commencé à se pencher sur les risques spécifiques aux conglomerats financiers et rédigé en 1996 un rapport sur les solutions prudentielles envisageables pour traiter ces risques. C'est une conclusion à ce travail que nous entendons apporter prochainement.

Risques : Les professionnels se souviennent effectivement de ce rapport de 1996, mais on a pu avoir par la suite le sentiment d'un attermoisement de la part de la Commission. Où en est-on aujourd'hui ? Un projet substantiel est-il susceptible de voir le jour dans les années à venir ?

Frits Bolkestein : Bien avant ! La Commission est résolue à aller de l'avant et ce point figure parmi les priorités de notre plan d'action. D'ailleurs, si nos travaux ont été suspendus entre 1996 et aujourd'hui, c'est qu'il nous a semblé logique, d'une part, d'instaurer en premier lieu un contrôle des groupes d'assurances, d'autre part, d'attendre les conclusions du Joint Forum, avant de lancer la préparation d'un projet de directive relative aux conglomerats.

Ces deux points étant acquis, les travaux au niveau européen ont repris en 1999 avec pour objectif la mise au point d'un projet de directive pour la fin de cette année. Sur le fond, il devrait comporter essentiellement des règles concernant la capitalisation globale des conglomerats financiers, le contrôle des opérations intragroupe et de la concentration des risques, les échanges d'information entre les différentes autorités de contrôle, ainsi que la coordination de leurs activités. Pour le détail de ces règles, la Commission s'appuiera sur les propositions qui lui seront faites par les groupes d'experts des États membres créés à cet effet.

Quoi qu'il en soit, la philosophie de notre action dans ce domaine est la même que pour les autres sujets évoqués précédemment. Il s'agit uniquement de combler les lacunes du système prudentiel existant en traitant des risques spécifiques aux conglomerats, et non pas d'alourdir la réglementation s'appliquant à tel ou tel secteur ou de construire un monstre réglementaire.

Risques : La Commission a proposé une directive sur la vente à distance des services financiers. Cette proposition prévoit une harmonisation totale, c'est-à-dire maximale, contrairement à l'approche suivie jusqu'à présent qui repose sur l'harmonisation minimale. Pourquoi cette différence ?

Frits Bolkestein : Le marché européen des services financiers reste encore fortement segmenté ; les entreprises comme les consommateurs rencontrent toujours de nombreuses difficultés pour vendre ou acheter des contrats par-delà les frontières, en raison notamment des règles nationales de protection des consommateurs. Ces obstacles juridiques sont de plus en plus gênants dans la mesure où les nouvelles techniques de vente à

distance, en particulier l'Internet, permettent aux consommateurs d'avoir accès plus facilement aux produits vendus dans les autres pays. C'est pourquoi nous avons besoin d'un cadre communautaire harmonisé pour la vente à distance des services financiers afin d'achever la réalisation du marché unique. Ce cadre devrait également garantir un niveau élevé de protection des consommateurs. La proposition de directive, qui dresse la liste des informations minimales à fournir dans le cadre de la conclusion des contrats, permettra, j'en suis convaincu, d'atteindre cet objectif.

Risques : Pourquoi dès lors avoir adopté l'approche de l'harmonisation minimale dans la proposition sur le commerce électronique ?

Frits Bolkestein : Les approches de ces deux propositions ne sont pas tellement différentes et, en tout cas, elles poursuivent les mêmes objectifs. Si nous avons retenu l'approche de l'harmonisation minimale pour le commerce électronique, c'est parce que le champ de cette proposition est si large qu'il rend nécessaire un certain degré de flexibilité pour les États membres. Cette flexibilité sera toutefois encadrée puisque ceux qui voudront adopter des mesures additionnelles de protection des consommateurs devront les notifier à la Commission.

Risques : N'existe-t-il pas un risque de voir ces différentes approches entrer en conflit ?

Frits Bolkestein : Je ne le pense pas. La directive sur le commerce électronique ne fera que compléter celle relative à la vente à distance des services financiers en ce qui concerne les questions spécifiques à ce commerce. Quoi qu'il en soit, les règles de cette dernière resteront pleinement applicables.

Risques : Au mois de mai 1999, la Commission a publié une communication sur les retraites complémentaires. Quels sont les objectifs de la Commission dans ce domaine ?

Frits Bolkestein : La Commission souhaite lever les entraves au bon fonctionnement du marché intérieur

qui subsistent dans ce domaine, tout en assurant un niveau optimal de protection des cotisants à l'épargne retraite. En l'absence de réglementation européenne appropriée, de nombreux dysfonctionnements peuvent être constatés. Quelques exemples : les fonds de retraite professionnels ne peuvent pas gérer des plans de retraite dans un autre État membre, les personnes souhaitant travailler dans plusieurs États membres risquent de perdre une partie de leurs droits à retraite complémentaire et les sociétés d'assurances vie se heurtent à des obstacles fiscaux lorsqu'elles cherchent à offrir leurs services sur une base transfrontalière.

Ce constat appelle une politique s'articulant autour de trois axes principaux. Tout d'abord, la Commission prépare une proposition de directive relative aux institutions de retraite professionnelle (fonds de pension, caisses de retraite par capitalisation). L'objectif premier sera, bien évidemment, de protéger au mieux les membres et bénéficiaires de ces institutions. Un véritable cadre prudentiel doit par conséquent être mis en place. Ce cadre devra aussi permettre aux institutions de retraite de profiter des libertés du marché intérieur : elles doivent pouvoir investir les cotisations sans restrictions injustifiées, déléguer la gestion d'actifs à des gestionnaires établis dans un autre État membre et offrir leurs services de retraite au niveau européen. Cette proposition de directive devra également veiller à maintenir des conditions de concurrence équitables vis-à-vis des entreprises d'assurance vie, présentes sur le marché des retraites professionnelles par le biais des contrats de groupe.

La Commission s'efforcera ensuite de coordonner les régimes fiscaux nationaux applicables aux produits de retraite complémentaire. À l'heure actuelle, il est extrêmement difficile pour un individu ou une entreprise d'obtenir des allègements fiscaux sur des cotisations ou des contributions versées à une institution établie dans un autre État membre. Cette situation nuit à la mobilité professionnelle, à la libre prestation de services dans le secteur de l'assurance vie et à la gestion paneuropéenne des plans de retraite. Des propositions concrètes seront faites à cet égard dans le courant de l'année 2000.

Enfin, la Commission a mis sur pied un « forum des retraites », dont la première réunion s'est tenue le

13 janvier 2000 sous la présidence de la DG des affaires sociales. Ce forum, qui regroupe des représentants des États membres, des partenaires sociaux et des services financiers, est chargé d'étudier les moyens de concilier régimes complémentaires et mobilité professionnelle. Le forum devra notamment aborder la question de la transférabilité, d'un État membre à un autre, des droits à retraite complémentaire.

Risques : Une proposition de directive relative à l'intermédiation d'assurance est en cours de préparation. Quels en sont les objectifs ?

Frits Bolkestein : Les intermédiaires d'assurances, qui dans de nombreux États membres jouent un rôle prépondérant dans la distribution des produits d'assurance, ne bénéficient pas encore pleinement des avantages du marché intérieur. L'unique texte législatif communautaire existant en la matière date de 1976. Il demande à être complété et modernisé. Par exemple,

en l'absence d'harmonisation appropriée, les intermédiaires doivent obéir à une réglementation différente pour chaque pays dans lequel ils souhaitent opérer en libre prestation de services.

Nous proposons d'harmoniser les règles de protection des consommateurs (capacité financière, assurance de responsabilité, etc.) afin de permettre aux intermédiaires, sur la base de ces règles harmonisées et d'une licence ou autorisation unique, d'offrir librement leurs services ou de créer une succursale dans un autre État membre. J'ajoute que nous visons un niveau élevé de protection des consommateurs et que les États membres conserveraient la possibilité d'imposer des règles supplémentaires aux intermédiaires qu'ils agréent. Enfin, dans le but d'éviter toute distorsion de concurrence, nous entendons couvrir l'intermédiation d'assurance au sens large : agents, courtiers mais également « bancassureurs », voire d'autres formes de distribution. J'espère que la Commission adoptera cette proposition de directive au premier semestre 2000.

A QUAND UN MARCHÉ EUROPÉEN DE L'ASSURANCE

Dominique Bazy

Directeur général, AGF assurances

La commission européenne œuvre à renforcer l'établissement d'un marché unique de l'assurance. Ces travaux, portant sur les règles prudentielles, l'organisation des intervenants et la protection des consommateurs, nécessitent pragmatisme et prise en compte de la spécificité des activités d'assurance. Il constitue une opportunité d'enrichir les débats nationaux, notamment sur le thème des retraites.

Les propos de Frits Bolkestein montrent bien, si besoin en était, que l'intégration du marché de l'assurance dans l'Union européenne est en retard par rapport à la plupart des autres secteurs de l'industrie et des services. Mis à part quelques risques traités depuis fort longtemps au niveau international, l'assurance demeure un marché fragmenté au niveau communautaire. Cette constatation s'explique pour trois sortes de raisons.

Tout d'abord, l'assurance se développe en étroites relations avec les systèmes juridiques : le droit de la responsabilité, le droit des personnes et le droit de propriété restent des droits nationaux. Or, c'est à partir de ces systèmes juridiques que l'assurance se construit.

Par ailleurs, on sait que la pratique de l'assurance est très influencée par la fiscalité, tant en assurance corporelle qu'en assurance dommages.

Enfin, l'absence de stabilité de change entre les monnaies de l'Union a rendu pratiquement impossible pour les particuliers la recherche de couvertures d'assurance émises en dehors de leur pays d'origine.

La mise en place de l'euro et la convergence de plus en plus grande des économies conduisent tout naturellement à l'accélération de l'organisation du marché unique dans le secteur de l'assurance. Ce mouvement est d'ailleurs anticipé par les grandes

entreprises, en particulier celles du continent, qui bien souvent avant leurs consœurs du domaine bancaire constituent des réseaux dans les pays de l'« Euroland ».

Face à ce mouvement, qui pour l'instant se traduit par la juxtaposition d'entreprises nationales mais préfigure une évolution des consommateurs analogue à celle observée dans le domaine industriel, la Commission, conformément aux pouvoirs qui lui sont conférés par les traités, renforce l'organisation du marché.

Dans un marché qui évolue et où s'applique le principe de la reconnaissance de l'agrément national au niveau de l'Union, la préoccupation du principe de sécurité est légitime pour les entreprises, les consommateurs et, bien entendu, les pouvoirs publics.

Les incidents survenus récemment en France ont montré qu'après leur avoir nui en terme de concurrence, c'est aux entreprises que les défaillances de surveillance ont coûté en premier lieu. Il est également évident que les consommateurs en pâtissent. Chacun s'affirme donc en faveur de règles claires et efficaces régissant la solvabilité.

Les projets en cours d'élaboration devraient, tout en demeurant pragmatiques, conduire à une différenciation souhaitable en termes de nature du risque. Les professionnels savent que les risques de responsabilité civile ou ceux d'assurance construc-

tion peuvent être infiniment plus lourds, donc sont plus consommateurs de fonds propres, que des couvertures de risques à déroulement court.

Le projet de directive sur le contrôle des sociétés de réassurance va dans le même sens. Les tempêtes de l'hiver dernier ont révélé que la contribution des réassureurs peut être essentielle et ce tant pour les assureurs directs que pour leurs clients. L'application de règles prudentielles (comme sur le marché français récemment) contribuera à renforcer la sécurité du marché, indispensable à sa crédibilité auprès des assurés et des assureurs.

L'organisation du secteur est la deuxième préoccupation de la Commission.

Les acteurs changent. La constitution de grands groupes dans les services financiers est due à la logique des entreprises autant qu'à l'attitude du public. La surveillance des groupes d'assurances – et dans une certaine mesure l'extension de celle-ci à leur filiale dans le domaine bancaire – ou des services financiers s'impose. De même, un minimum de règles s'avère nécessaire pour la gestion des intermédiaires.

Qu'il s'agisse de la mise en place du marché ou de celle des règles prudentielles, il est nécessaire de tenir compte de l'état présent du marché et des entreprises, en évitant de considérer que le secteur de l'assurance est en tous points comparable au secteur bancaire.

Aujourd'hui – et encore pour longtemps –, les risques demeureront couverts localement selon le droit national et en application de règles prudentielles appréciées entreprise par entreprise par l'autorité de contrôle nationale. Dispositifs d'organisation et règles prudentielles doivent en tenir compte et ne pas céder à la facilité de copier, comme une certaine mode tendrait à le faire, les dispositions applicables à l'assurance sur celles en vigueur pour le secteur bancaire.

Depuis plus de vingt ans, la France a mis en place une réglementation protégeant les consommateurs. Que ce soit du point de vue de l'égalité de la concurrence ou de l'objet de ces réglementations, il est nécessaire qu'elle s'applique au niveau communautaire et particulièrement aux modes de distribution hors frontières – vente à distance ou

commerce électronique. La pratique de ce dernier nous montre bien la difficulté de cette nécessaire harmonisation. L'expérience récente a illustré, dans un certain nombre de cas, la grande difficulté à faire respecter des règles nationales totalement intégrées dans l'esprit du public lorsqu'il s'agit du commerce électronique. La Commission, comme ses États membres, devra faire preuve d'imagination pour surmonter ces difficultés et travailler dans le cadre plus large des organisations intergouvernementales afin de dégager des règles mondiales.

Au confluent des préoccupations de sécurité du marché, d'organisation du secteur et de protection des consommateurs se trouve la réflexion sur les retraites. Au cours de leur carrière, de plus en plus de salariés sont amenés à travailler dans plusieurs pays de l'Union européenne. Partout ils contribuent directement au financement de leur retraite, mais trop souvent, le moment venu, ils ne récupèrent pas la totalité de leurs droits. L'ouverture d'un débat sur les retraites au niveau communautaire ne peut qu'être utile au niveau national. L'expérience des quinze dernières années a montré combien il est difficile dans notre pays d'aborder cette question sereinement.

Les principes d'action proposés dans cet entretien devraient nous permettre de clarifier le débat et, au travers de l'harmonisation fiscale, de renforcer la préparation nécessaire de la retraite.

Concrètement, nous pouvons attendre de ce débat plus de lucidité dans le constat, une plus grande équité dans le traitement des intervenants (notamment au profit des sociétés d'assurances et des gestionnaires professionnels de fonds de pension) ainsi qu'une meilleure protection des consommateurs.

À cet égard, l'absence de clarté entretenue sur l'avenir du système de retraite en France et les rigidités de transferts des droits acquis par les cotisations constituent de graves menaces pour les cotisants et futurs retraités.

L'Union européenne, comme elle l'a souvent montré dans le passé, peut nous conduire à une plus grande lucidité face à une question majeure et à dépasser des a priori idéologiques dont nous avons du mal à nous départir seuls.

LES ARCHAÏSMES FISCAUX ET RÉGLEMENTAIRES FRANÇAIS

Alain Lambert

Président de la Commission des finances au Sénat

L'unification du marché européen de l'assurance nécessite une poursuite de l'harmonisation du cadre réglementaire et prudentiel. Le « toilettage » des directives est certes indispensable, mais il n'est pas suffisant. Les acteurs français de l'assurance sont en effet enserrés dans un carcan de règles fiscales pénalisantes ; de plus, ils ne sont pas tous astreints aux mêmes règles. Un remaniement de l'environnement législatif et réglementaire français est donc nécessaire pour en supprimer les archaïsmes et aligner tous les acteurs sur le même régime.

Le marché européen de l'assurance est désormais un marché intégré. Depuis l'entrée en vigueur des troisièmes directives de l'assurance, les barrières tarifaires sont tombées, les transferts de contrôle ont eu lieu et les consommateurs sont théoriquement libres de s'adresser à l'assureur de leur choix. Ils ne font, pour l'instant, qu'un usage modéré de cette nouvelle liberté, mais, comme le souligne très justement Frits Bolkestein, l'entrée en vigueur de l'euro contribue à la transparence des prix et devrait amplifier le niveau déjà élevé de la concurrence que connaît le marché.

Dans ce contexte, il apparaît absolument primordial de poursuivre l'harmonisation du cadre réglementaire et prudentiel européen. À cet égard, les différents projets de directives évoqués ici sont évidemment bienvenus. Deux chantiers me semblent prioritaires. En premier lieu, la révision des règles de solvabilité doit permettre de renforcer la protection des citoyens européens en adaptant la nature des contrôles et le calcul des marges de solvabilité au type de risque couvert. En second lieu, un texte sur les conglomérats financiers est indispen-

sable pour éliminer le double-comptage des fonds propres au sein d'un groupe de sociétés d'assurances ainsi que pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre les autorités de contrôle. Je forme le vœu que ce chantier, déjà ancien, aboutisse dans les délais avancés par notre interlocuteur. Il est également opportun, comme il le propose, de rapprocher les conditions d'accès aux professions d'intermédiation en assurance et réassurance.

Mais si l'harmonisation européenne est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour donner aux acteurs français de l'assurance toutes leurs chances au sein du marché unique. Ce principe doit en effet être complété par la suppression des archaïsmes et des distorsions qui caractérisent notre environnement législatif et réglementaire. À cet égard, les propositions faites dans le rapport que j'ai rédigé au nom de la commission des finances du Sénat en octobre 1998 restent d'actualité.

Car si l'assurance française se porte bien – au vu des bons résultats engrangés en 1999 et ce en partie grâce à la bonne tenue de la bourse –, les tempêtes subies par la France à la fin de l'année 1999 doivent

nous inciter à rester vigilants, d'autant que les sociétés françaises d'assurances continuent de se distinguer par la faiblesse de leurs fonds propres, en dépit des restructurations qu'elles ont connu ces dernières années.

En outre, le marché de l'assurance française est marqué par une pression concurrentielle intense, due en particulier à la suppression des cloisonnements entre marchés, mais aussi à l'apparition de nouveaux acteurs. Or, en dépit de ce décloisonnement, les conditions d'exercice restent hétérogènes. Il n'est pas normal que sept ans après leur adoption, les troisièmes directives de l'assurance n'aient toujours pas été transposées dans le code de la mutualité, donnant aux mutuelles un avantage concurrentiel déterminant.

La France se caractérise également par l'archaïsme et l'instabilité de son cadre fiscal, qui pénalise tant les opérateurs que les opérations d'assurance. En dehors des taxes sur les institutions financières et sur les salaires, les opérations d'assurance supportent une taxe spécifique, celle sur les conventions qui, sans être spécifique à notre pays, reste la plus élevée d'Europe, constituant à cet égard un frein à la couverture des risques localisés en France.

Si la France ne remédie pas à ses handicaps de concurrence, elle court le risque de voir partir ses centres de traitement des dossiers et ses compétences sur les marchés apportant l'environnement général le plus propice.

MARCHÉ UNIQUE : ENCORE UN EFFORT !

Jacques Lenormand

Directeur général, Mutuelles du Mans assurances

Le constat de la réalisation du marché unique de l'assurance est affaibli par la persistance de disparités entre les régimes fiscaux des pays membres. La nature des réglementations et des cultures nationales contribue au maintien de marchés très différenciés. La concentration du secteur de l'assurance s'est cependant considérablement accélérée, mais les partenariats noués au sein du secteur mutualiste constituent une alternative crédible à ces « concentrés de fonds propres ». Dans ce contexte, le rôle des autorités de contrôle pour mettre à jour et faire respecter les normes de solvabilité est capital.

A la lecture de ce texte, qui aborde avec précision et talent l'ensemble des problèmes européens de l'assurance, je formulerais quatre remarques :

- achèvement réussi d'un marché unique mais maintien abusif de marchés iniques ;
- création progressive d'un marché européen mais résistance des marchés européens ;
- la concentration des entreprises d'assurances peut cacher des concentrés de fonds propres (1 + 1 n'est pas toujours égal à 2) ;
- les débats sur les marges de solvabilité ne doivent pas effacer les solvabilités à la marge.

Persistance de certaines iniquités

Si Frits Bolkestein constate avec satisfaction l'achèvement réussi du marché unique (avec un niveau de concurrence satisfaisant), il analyse très justement la nécessité de parachever la réalisation du marché intérieur des services financiers.

On assiste en effet au maintien excessif de « marchés iniques » qui, avec leurs propres réglementations, notamment fiscales, réduisent de façon

importante la portée du marché unique et en rendent injuste l'application.

Frits Bolkestein rappelait fort à propos dans un entretien au journal *Le Monde* (1^{er} février 2000) que la commission avait établi une liste de quelque 250 techniques fiscales considérées comme dommageables, notamment « la partie qui concerne la concurrence abusive en matière de fiscalité des entreprises ».

On connaît, en France, la versatilité des règles fiscales pour l'épargne des particuliers, mais il faut aussi souligner le manque de transparence qui entoure les maigres domaines existants de la retraite collective. Au-delà des débats sur les « fonds de pension », il faudrait s'interroger sur la fiscalité injuste que subissent les contrats de retraites collectives et les salariés fortement imposés.

Pour ces derniers, sait-on que le taux marginal d'imposition peut atteindre dans certains cas, non pas 54 % mais près de 80 %, du fait de la réintégration dans l'assiette imposable de sommes qui, bien que non perçues par l'intéressé, sont malgré tout imposées (cf. l'application complexe des sommes qui dépassent 19 % de 8 fois le plafond de la sécurité sociale) ? Cette règle handicape les contrats collectifs de retraite complémentaire, pénalisés parce que la déductibilité des cotisations salariales et patronales n'est pas totalement acquise. Ce même plafond arbitraire vient perturber la mise en place des contrats Madelin.

À quoi servirait la création de fonds de pension si les règles fiscales nationales venaient à en réduire la portée ?

Qu'il s'agisse de banque ou d'assurance, la libre prestation de service n'a pas rencontré le succès escompté. L'acquisition de places fortes domestiques ou le développement d'implantations anciennes ont été préférés au « business transfrontalier ».

Les contrats ont peu passé les frontières, leurs souscripteurs ont souvent préféré délocaliser leur argent plutôt que de souscrire des contrats régis par la libre prestation de service (LPS). En effet, la souscription domestique d'un contrat dans son propre pays, fût-ce en LPS, ne permet pas d'échapper à l'iniquité des règles locales.

La libre prestation de service a souvent fait le malheur d'épargnants crédules qui n'ont pu saisir toute la subtilité de la réglementation et y ont parfois laissé une part de leur épargne, trompés par des démarcheurs peu scrupuleux. Insuffisamment protégé, le consommateur européen subit de plein fouet les règles de son pays et les méthodes de certains intermédiaires qui agissent trop facilement ; ces règles et ces méthodes s'avèrent aussi injustes les unes que les autres.

Le marché unique face au maintien des marchés européens

Monnaie unique et marché unique devaient créer des méthodes uniques permettant avec « l'e-business » de travailler sur toute l'Europe à partir d'un même pôle domestique. Banque directe et Assurance directe seraient les vecteurs clefs d'un développement transfrontalier appelé à un brillant avenir. Mais on sait bien que les pratiques résistent davantage : les habitudes de consommation évoluent très lentement et chaque pays garde ses spécificités. Alors que la vente à distance de produits financiers se place au premier plan aux Pays-Bas, elle reste complémentaire en France, notamment des canaux de distribution de proximité.

« Le clic et brique » (version française du click and mortar) a de beaux jours devant lui, car le client veut pouvoir cliquer à distance, mais aussi être reçu en face à face dans une agence « bâtie en bonnes briques ».

À ces habitudes locales s'ajoutent des spécificités de marchés. Si le succès du direct line doit beaucoup au génie de ses créateurs anglais, son importation reste difficile. En effet, deux clés principales de son succès n'existent pas en France, à savoir :

- le non-renouvellement automatique des « contrats auto » à leur échéance annuelle, qui revient à une « résiliation » à la carte ;
- le contrôle a posteriori des informations fournies par l'assuré (avec la sévérité britannique en cas de fausse déclaration constatée lors du sinistre).

Ces règles de fonctionnement permettent d'organiser de véritables ventes directes avec livraison immédiate du produit.

Enfin, en matière d'assurance, il faut bien voir que de très nombreux marchés sont et seront encore longtemps nationaux, voire locaux :

- les tarifs autos nécessitent des zonages très fins pour essayer de maîtriser les S/P, ce qui suppose une présence domestique très forte ;
- les tarifs santé ne peuvent être établis sans prendre en compte d'une certaine manière, les 3000 mutuelles à rayon départemental, ce qui exige un maillage très fin.

Tout cela explique que le marché unique se soit jusqu'à présent traduit par des acquisitions de parts de marchés sur les différents territoires de la Communauté et non par une réelle réciprocité de tractations.

La concentration des entreprises d'assurances

Si le formidable mouvement de concentration du secteur de l'assurance a été encouragé par l'achèvement réussi du marché unique, on ne saurait cependant lui en accorder une paternité excessive ; de plus, mis à part le risque de position dominante d'AXA et d'Allianz, il y a guère d'autres inquiétudes latentes.

Ces mouvements de concentration de parts de marché se soldent souvent par des « concentrés » de fonds propres.

Les acquisitions de sociétés par d'autres sociétés se font généralement par l'intermédiaire des provisions techniques, pouvant conduire à faire porter un risque plus grand aux assurés, qui prennent sans le savoir le risque des acquisitions sans en avoir les avantages. Si de telles pratiques sont admises pour s'adapter aux marchés, il convient de contrôler davantage la double utilisation des fonds propres.

On ne peut, à ce titre, que se féliciter des réflexions initiées par le Trésor public français et la FFSA sur l'évolution des règles prudentielles et la modification de la réglementation des placements.

Dans ce contexte, il ne faudrait pas réduire la mesure du succès du marché unique au seul étalon des concentrations. D'autres voies existent et doivent être regardées avec attention, comme celle des partenariats intra-nationaux ou inter-pays ; à ce titre, la montée en puissance d'Eureko est un signe encourageant.

Soulignons également tout l'intérêt, parallèlement aux concentrations, des coopérations inter-sociétés, qui permettent la mise en commun de cultures nationales, de savoir-faire, de moyens financiers conséquents. Partenariat et coopération sont des éléments essentiels et fort pertinents de la nouvelle stratégie de la Maaf-MMA :

- ils constituent économiquement une solution d'une efficacité maximale en permettant la mise en commun d'ambitions, de volumes, de moyens et de savoir-faire, sans la lourdeur d'organisations qui ont le plus souvent bien du mal à atteindre les fameuses « économies d'échelle » ;

- ils correspondent parfaitement à la philosophie mutualiste, qui peut dès lors présenter une alternative crédible à la constitution de groupes géants « à capitaux ». Nos partenariats en cours et à venir avec la Maaf et Médéric, ou la constitution de la société de réassurance mutuelle Covea en sont des illustrations très concrètes.

Marge de solvabilité ou solvabilité marginale ?

Tous les débats sur les concentrations posent le problème des normes de solvabilité. Les récentes concertations sur l'exigence de solvabilité par rapport au

montant des provisions de sinistres se sont révélées instructives.

Frits Bolkestein évoque le projet de troisième ratio et son abandon ; ce ratio, soutenu par la Commission de contrôle des assurances par l'intermédiaire de M. Bellando, était justifié. Mais les simulations qui ont été menées sur un large échantillon de sociétés de toutes tailles ont présenté un certain nombre d'effets pervers que son application aurait pu entraîner – la réduction des politiques d'approvisionnement par exemple. Lors des débats sur cette directive, de légères modifications dans la prise en compte des plus-values latentes et des bénéfices futurs ont également été abordées. Dans le cadre d'une activité d'assurance très réglementée en matière tarifaire dans un espace peu concurrentiel (avec une faible incertitude sur les résultats), la prise en compte des bénéfices futurs était particulièrement pertinent. C'était le schéma des années 1950 à 1980, il est clair que ce n'est plus du tout le cas maintenant.

Concernant le relèvement des minima d'exigence de solvabilité, il convient effectivement de mettre à jour des chiffres datant des années 1960-1970.

La profession n'a pas apprécié la manière abrupte utilisée par les autorités pour répondre aux récents dysfonctionnements apparus avec Europavie et Sprinks. Plutôt que de renforcer les contrôles, on préfère solliciter une intervention de place, ce qui est inquiétant. Il en va de l'équilibre des marchés :

- certains acteurs sacrifient leur marge sans en avoir les moyens en fonds propres « durs » ;

- certains clients professionnels se jettent les yeux fermés sur des fournisseurs d'assurances offrant des prix « dumpés », sans mesurer la solvabilité à la marge de ces acteurs – alors qu'ils vérifient généralement la solvabilité de leurs clients et fournisseurs ;

- certains se retournent ensuite vers les concurrents malmenés, pour payer une deuxième fois la note (après avoir cassé les prix il faut casser la tirelire).

Sur tous ces points, beaucoup d'assureurs aimeraient être rassurés.

L'ASSURANCE EUROPÉENNE : UNE VRAIE AMBITION

Gérard de La Martinière

Directeur général, Groupe AXA

Le marché unique de l'assurance est théoriquement achevé. L'harmonisation des normes réglementaires et le niveau d'intégration économique du marché en témoignent. Optimiser la satisfaction des besoins de sécurité et de prévoyance de notre société tout en relevant les défis de la compétition internationale reste un challenge pour notre profession. La règle de droit ne peut suffire, en soi, à atteindre cet objectif. L'idéal communautaire reste plus que jamais une ambition partagée entre les institutions et tous les agents économiques européens.

L'entretien avec le nouveau commissaire européen en charge des services financiers et, par conséquent, du secteur de l'assurance, m'a inspiré, en qualité « d'acteur industriel », plusieurs réflexions. Elles concernent plus spécialement l'évolution de l'environnement réglementaire européen et les contraintes et exigences professionnelles qui sont, au-delà du seul cadre financier, celles d'un métier, celui de l'assurance.

Après plus de vingt-cinq ans de travaux d'harmonisation – la première directive concernant le droit d'établissement date de 1973 –, on peut considérer le bilan du marché comme étant achevé.

Des premiers travaux de la Communauté naissante, qui avaient pour objet principal de définir une nomenclature unifiée des branches d'assurance pratiquées par les pays membres, à la reconnaissance, au-delà des souverainetés économiques locales, d'un système de contrôle coordonné, le parcours a été long et souvent ingrat... Grâce en soient rendues à tous ceux qui ont œuvré à sa réali-

sation, et en particulier aux instances représentatives professionnelles – fédérations ou unions nationales, Comité européen des assurances...

Mais s'il est vrai que l'assurance européenne est aujourd'hui un acteur majeur du marché mondial, la règle de droit, aussi légitime soit-elle, ne suffit pas à conditionner la qualité du jeu pratiqué par les acteurs économiques ni à garantir, dans la compétition intra ou extra-européenne, la pérennité de leurs résultats.

Les objectifs premiers des Pères Fondateurs de l'Europe, qui visaient à concilier concurrence interne et émergence d'opérateurs mondialement compétitifs, mais aussi équilibre entre les producteurs de biens ou de services et les consommateurs, sont toujours d'actualité. Cependant, l'exercice s'avère désormais de plus en plus difficile...

Je retiendrais volontiers de l'analyse prospective de Frits Bolkenstein trois mots, comme autant de symboles de ce que doit être l'environnement de notre secteur dans un marché réglementaire et concurrentiel : équilibre, concertation et flexibilité.

Ils m'apparaissent de nature à inspirer non seulement l'élaboration de la norme communautaire – notamment prudentielle – mais également son application. Cela doit être plus spécifiquement le cas dans le domaine du contrôle des entreprises d'assurance et des conglomérats financiers, mais également dans celui de la mise en œuvre des règles de solvabilité.

Autre exemple significatif, le projet de surveillance de l'activité européenne de réassurance devra procéder dans son élaboration du même équilibre entre les aspirations du « législateur » et celles des acteurs du marché. La nature même des opérations de réassurance, leur dimension transnationale, les usages qui les caractérisent, la qualité du preneur de services, professionnel spécialisé n'ayant rien de commun avec le consommateur de base (preneur d'assurance directe) nécessitera un encadrement prudentiel réaliste.

Outre la réassurance, d'autres dossiers éminemment professionnels – c'est-à-dire liés à l'activité d'assurance à proprement parler – exigeront encore de nombreuses réflexions et travaux communs. Le critère de référence pour établir la liste de ces dossiers pourrait être la notion de risque, matière première inépuisable de notre métier, mais cette énumération se révélerait longue... et non exhaustive.

Quelques domaines ou sujets peuvent néanmoins être évoqués. Il en est ainsi des risques liés à l'environnement, des risques naturels, catastrophiques ou technologiques, de l'évolution de la responsabilité civile et notamment professionnelle... (le récent Livre Vert rédigé par les services de la Commission européenne est sur ce point significatif). Tous constituent des enjeux socio-économiques importants pour les citoyens et les entreprises de l'Union européenne, et autant de challenges techniques pour les assureurs. L'harmonisation du droit de l'assurance représente également un objectif technique et professionnel

difficile, mais important. Certaines dispositions nationales ont ainsi pu apparaître et être considérées comme contraires à la lettre du droit communautaire – je pense au « bonus-malus » automobile. Ceci démontre la nécessité d'intégrer aux légitimes aspirations fonctionnelles de libéralisation et d'harmonisation des exigences techniques de prévention et de protection, fonctions complémentaires et indissociables de l'indemnisation et raisons d'être de notre métier.

D'autres projets évoqués par le commissaire européen, particulièrement ambitieux, mériteraient nombre d'interrogations, de suggestions, mais aussi d'encouragements... Ainsi tout ce qui est lié, dans le domaine de l'assurance vie et de la prévoyance individuelle ou collective, au projet relatif aux institutions de retraite professionnelle, à la vente à distance des services financiers, aux impacts de ces projets en termes de concurrence, de protection des consommateurs, de dispositions fiscales, etc. À propos de l'intermédiation d'assurance (agents, courtiers, bancassurance...), en pleine révolution Internet, le projet paraît, lui aussi, d'une très grande importance.

L'ambition partagée... tel pourrait être, en guise de conclusion provisoire, le sentiment inspiré par ce rapide panorama de l'actualité européenne de l'assurance... Cette ambition partagée entre les institutions et les différents acteurs économiques nécessite une vision commune, certes, mais aussi une concertation étroite et réaliste quant à la mise en œuvre des moyens et conditions qui permettront à l'assurance – comme elle l'a toujours fait dans l'histoire – de participer au développement économique pour mieux protéger les hommes. À l'évidence, cette « nouvelle frontière » permanente ne pourra se limiter au périmètre géographique de l'Union européenne. Il m'apparaît certain que la réalisation des objectifs évoqués dans ces pages contribuera à relever les défis de notre métier.

2.

La confidentialité

techniques

■ Robert Leblanc

Une exigence morale et économique

■ Michel Gentot

Protection des données personnelles : une procédure renouvelée

■ Michel Chevillet

Secret médical et assurance santé

■ Nicolas Gombault

Secret médical et assurance de responsabilité médicale

■ David Porterie

La confidentialité du patrimoine personnel

■ Jean Pietri

Intelligence économique : des enjeux critiques

■ Thierry Van Santen

Intelligence économique et assurance : mythe ou réalité ?

■ François Bloch • Clara Hainsdorf • Gilles Heude

La protection des données sur Internet

UNE EXIGENCE MORALE ET ÉCONOMIQUE

Robert Leblanc

Directeur général, Siaci

Chaque personne, physique ou morale, est sensible à l'exploitation qui peut être faite par des tiers des données qui lui sont propres. Le respect de la dignité de l'individu dans les démocraties modernes, d'une part, l'intensité de la compétition économique, d'autre part, font de la protection de ces données une exigence majeure. Or, en même temps, les moyens techniques de la société de l'information actuelle font que ces données circulent de plus en plus vite et sont facilement interceptées, dupliquées, rediffusées, modifiées. La nécessité de ne communiquer à un tiers que ce qui lui est nécessaire, et de ne le communiquer qu'à lui, est donc de plus en plus sensible.

L'assureur est un tiers qui a précisément besoin d'un minimum d'informations pour assumer sa mission. L'appréciation du risque de chacun, sans laquelle il conviendrait de parler de solidarité et non d'assurance, suppose en effet que les assureurs recueillent des données critiques. L'asymétrie d'information est un sujet auquel ils sont attentifs ; en effet, la connaissance préalable par un assuré d'une caractéristique le concernant et ayant une incidence sur le niveau de risque dont il est porteur, si elle n'est pas partagée par l'assureur, biaise l'équilibre de la mutualité constituée par ce dernier. La limite entre ce qui lui est nécessaire, selon les circonstances, et ce qui est protégé, par exemple au titre du respect de la vie privée, correspond à un équilibre en perpétuel ajustement.

Le respect de la confidentialité touche la collecte, le traitement (qui suppose une habilitation

particulière de certaines personnes au sein des organisations) et la divulgation des données. Il est soumis à des intérêts contradictoires (une jurisprudence qui fait l'affaire d'un assureur peut être contraire aux intérêts d'un autre), mais aussi à des exigences contradictoires (protection de la vie privée d'une part, nécessités de l'administration fiscale d'autre part).

Ce dossier comporte plusieurs volets, avec des aspects propres aux individus ou aux entreprises.

En premier lieu, il revient à Michel Gentot, président de la Cnil, de rappeler les exigences publiques de protection des données personnelles. Son article met en évidence le travail fait par cette Commission avec la profession de l'assurance, pour ajuster en permanence les moyens mis en œuvre.

Pour les individus, les données les plus sensibles sont celles qui concernent leur santé. Michel Chevillet, directeur des AGF santé, décrit ici les procédures développées dans une société d'assurances pour préserver la confidentialité de ces données et le secret médical. La profession à laquelle il appartient a pris conscience qu'une déontologie forte est la condition de sa crédibilité. Nicolas Gombault, directeur juridique du Sou médical, société spécialisée dans l'assurance de responsabilité médicale, nous montre, exemple à l'appui, avec quelle rigueur les professions de santé doivent respecter le secret médical.

Les individus sont également sensibles à la discrétion qui entoure leur patrimoine personnel. David Porterie, souscripteur d'Hiscox assurances, société spécialisée dans l'assurance patrimoniale

haut de gamme, fait un point précis des conditions de respect de cette discrétion, tout en mentionnant aussi les atteintes nécessaires et obligatoires à la confidentialité.

Pour les entreprises, le durcissement de la concurrence dans bien des domaines conduit à identifier une discipline nouvelle, l'intelligence économique, dont le volet actif consiste à recueillir des informations sur les concurrents et le volet passif à se protéger contre leurs initiatives. Jean Pietri, gérant de la société Défi, nous présente les enjeux de l'intelligence économique et souligne que l'assurance fait partie des lieux d'échange d'informations sensibles, donc à prendre en considération dans une approche globale du sujet. Thierry Van Santen, directeur de la gestion des risques du groupe Danone, a plutôt tendance à relativiser la place de l'assurance dans l'ensemble de ces lieux

d'échange ; il considère que bien d'autres intervenants, prestataires de services dans les entreprises, sont plus exposés que les courtiers et les sociétés d'assurances.

Pour finir, à l'heure où tous les regards sont tournés vers la nouvelle économie et les risques des données, François Bloch, Clara Hainsdorf, et Gilles Heude du Cabinet d'avocats Clifford Chance, font le point sur les mesures à prendre pour protéger la confidentialité des échanges de données sur Internet.

Tous ces articles montrent que les acteurs de l'assurance sont conscients des défis de la confidentialité, mais aussi que cette confidentialité a ses limites. Il en ressort, enfin, que chacun doit se fixer des objectifs clairs et que seul un travail rigoureux et précis permettra de les atteindre. L'enjeu, c'est le respect d'une exigence morale et économique.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES : UNE PROCÉDURE RENOUVELÉE

Michel Gentot

Président de la Commission nationale de l'informatique et des libertés

L'heure est venue, pour chaque secteur de l'assurance comme pour tous les autres, de s'approprier la protection des données personnelles qui doit être conçue, non plus comme une obligation qui pèserait sur les entreprises, mais comme une condition indispensable à leur développement et à une relation confiante avec leur clientèle.

Plus de vingt ans après l'adoption de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la protection des données personnelles et de la vie privée est devenue, suite à la directive européenne du 24 octobre 1995, un enjeu de dimension européenne puis, avec Internet, une préoccupation mondiale.

L'évolution des technologies, le développement des techniques informatiques ainsi que la « convergence » entre informatique, télécommunication et audiovisuel, conduisent sans doute à actualiser la loi « informatique et libertés ». Au demeurant, la directive européenne nous y invite.

Parallèlement, jamais sans doute, nos concitoyens n'avaient manifesté avec autant de force, et parfois de passion, leur attachement aux droits qui leur ont été reconnus par la loi du 6 janvier 1978 – en particulier le droit à l'information préalable, le droit d'accès et de rectification –, et leur souci de transparence, tant à l'égard de l'État, de ses procédures, de ses fichiers, que vis-à-vis des entreprises avec lesquelles ils sont en contact dans leur vie quotidienne.

À ce sujet, ils entretiennent – nous entretenons – avec les sociétés d'assurances, une relation qui porte la marque, à la fois, de la nécessité et de la malchance ! De la nécessité d'être garanti quant aux risques et aux aléas de la vie. De la malchance, car cette garantie ne se réalise que sous les coups du sort : un accident automobile, un dégât des eaux, un décès, etc. L'intérêt du souscripteur, plus encore dans ce domaine que dans d'autres, est d'y voir clair, de connaître parfaitement ses droits et, aujourd'hui sans doute plus que naguère, d'avoir le sentiment d'être traité équitablement.

Or, il ressort des plaintes reçues par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) que de nombreux assurés ne parviennent pas à exercer dans des conditions satisfaisantes ce droit d'accès et de rectification.

Toute personne peut s'opposer, pour des raisons légitimes, à ce que son nom figure dans certains fichiers ou refuser la communication des informations qui la concernent à un tiers. Ainsi, lorsqu'en 1990, la CNIL a réexaminé le fichier des « risques aggravés » mis en place par les organismes d'assurances en 1981, elle a rappelé les principes devant

s'appliquer à la gestion d'un fichier de ce type qui centralise les informations se rapportant aux assurés recensés comme présentant un risque particulier de surmortalité. La délibération du 11 septembre 1990 rappelle que les souscripteurs de contrats d'assurance vie doivent être clairement informés que les données qu'ils ont communiquées lors de leur demande d'adhésion peuvent être transmises à d'autres sociétés d'assurances en cas de décision de surprime, d'ajournement ou de refus. Chacun est en effet en droit de savoir quels sont les destinataires des données le concernant. De plus, les personnes faisant l'objet d'une inscription dans le fichier des « risques aggravés » doivent se voir notifier l'existence de cette inscription et la CNIL, compte tenu de la sensibilité d'un tel fichier, a encore rappelé que la loi du 6 janvier 1978 reconnaissait à tous le droit de refuser de figurer dans un fichier mis en place par les organismes privés.

Après cette intervention, les sociétés d'assurances ont pris la décision de supprimer purement et simplement le fichier central des « risques aggravés ».

Quelques années plus tard, la CNIL a effectué plusieurs missions de vérification sur place auprès de différentes entreprises d'assurances. La Commission a constaté que si la plupart d'entre elles n'avaient pas recours à un fichier spécifique pour les « risques aggravés », toutes, en revanche, conservaient des informations de nature médicale destinées à gérer les cas particuliers moyennant une surprime ou l'exclusion de certains risques, mais aussi celles concernant des personnes n'ayant finalement pas été acceptées par l'organisme.

Pour justifier la conservation de données relatives à des personnes qui n'étaient pas leurs clients, les sociétés en question faisaient valoir la nécessité de pouvoir identifier de fausses déclarations ultérieures de façon à lutter contre la fraude. Il est apparu à la Commission que ficher tous les candidats refusés par une compagnie sous prétexte qu'environ 10 % d'entre eux, soit 0,3 % du total des candidats à la souscription, étaient susceptibles de

formuler une nouvelle demande constituait une mesure disproportionnée.

La CNIL a donc recommandé que les données collectées, notamment les codes pathologiques des personnes ayant fait l'objet d'un refus d'assurance, soient effacées dès le rejet, seules pouvant être conservées dans les fichiers informatiques l'identité du postulant et la mention d'un refus. Cette solution est apparue présenter l'avantage d'une meilleure protection des personnes, tout en permettant à la société d'assurances de savoir qu'un candidat avait été précédemment refusé.

Si les délibérations les plus marquantes dans le secteur des assurances ont été prises en matière d'assurance vie, cela ne signifie pas pour autant que les autres domaines (assurance du patrimoine, des biens mobiliers et immobiliers) ne sont pas concernés. En effet, tous les traitements automatisés d'information permettant d'identifier, directement ou non, une personne physique, relève du champ d'application de la loi du 6 janvier 1978.

Dans le même temps, les crises que traversent nos sociétés contemporaines ont conduit les entreprises d'assurances, comme bien d'autres agents économiques, à tenter d'évaluer avec beaucoup plus de précision la nature, l'importance et la fréquence du risque assuré, et de prévenir, avec plus de vigueur qu'auparavant, les risques de fraude.

Au croisement de ces deux tendances, la constitution de fichiers nominatifs, l'utilisation de systèmes experts ou de « score », la collecte, l'exploitation et l'échange d'informations, sont devenus des enjeux majeurs dans ce secteur professionnel.

La transposition attendue de la directive européenne du 24 octobre 1995 doit inciter les entreprises à une plus grande attention en ce qui concerne la protection des données personnelles et l'exigence exprimée par nos concitoyens de voir leurs droits à l'égard des fichiers mieux respectés.

En effet, la transposition en France du texte européen va considérablement modifier l'économie d'ensemble du dispositif de contrôle : moins de

contrôle *a priori*, moins de formalités préalables à la mise en œuvre des traitements informatiques, plus de contrôle sur place dans les entreprises et, le cas échéant, plus de sanctions si des manquements sont observés.

L'heure est donc venue, pour chaque secteur professionnel, de s'approprier la protection des données personnelles qui doit être conçue, non plus comme une obligation qui pèserait sur les entreprises, mais comme une condition indispensable à leur développement et à une relation confiante avec leur clientèle.

La CNIL, en vingt ans, a élaboré un corps de doctrines et de recommandations sur les sujets les plus divers : garanties particulières en matière de

données de santé, encadrement des règles de fonctionnement des fichiers centraux destinés à lutter contre la fraude dans des conditions respectueuses des droits individuels, respect du principe de finalité des traitements, droit à l'information, voire « droit à l'oubli ». Il convient aujourd'hui que chacune des entreprises de ce secteur devienne un relais « informatique et libertés », en facilitant l'exercice des droits reconnus aux personnes et en faisant œuvre de pédagogie et de transparence.

On a trop souvent opposé « loi » et « déontologie ». La prochaine réforme de la loi « informatique et libertés » devrait définitivement nouer l'une à l'autre : telle est la condition de sa réussite.

SECRET MÉDICAL ET ASSURANCE SANTÉ

Michel Chevillet

Directeur, AGF Santé

Comment un assureur santé qui distribue et gère des contrats d'assurance complémentaire à la Sécurité sociale - remboursement de soins, indemnités journalières... - prend-t-il en compte le respect du secret médical ? Que nous disent les textes ? Comment ont-ils été appliqués dans notre compagnie, les AGF ? Enfin, nous aborderons les orientations proposées récemment par le conseil national du sida, et les évolutions prévisibles.

Ce que disent les textes...

Pour les médecins, le texte essentiel est représenté par le code de déontologie médicale, remis à jour en septembre 1995, dont trois articles traitent particulièrement de la problématique du secret médical :

- l'article 4 (inclus parmi ceux traitant des devoirs généraux des médecins) : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » ;
- l'article 72 (inclus parmi ceux traitant des règles communes à tous les modes d'exercice de la profession) : « Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle » ;

- l'article 104 (inclus parmi ceux traitant des règles relatives à l'exercice de la médecine de contrôle) : « Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme ».

Outre ce texte de référence, la problématique du respect du secret médical dans les compagnies d'assurances a été précisée par le rapport Hoerni, publié par le conseil de l'Ordre (première édition en 1994 et actualisation en 1999).

Ce texte précise les deux points suivants :

- le médecin de la compagnie d'assurances ne peut fournir aux autres services qu'un avis technique, sans préciser la nature des constatations médicales ni les motivations de cet avis ;
- les échanges d'informations entre médecins (notion de « secret partagé ») sont totalement prohibés dans ce contexte.

... et le Code de bonne conduite de 1991

Pour les assureurs, ce texte de référence reflète une volonté de dosage entre les principes liés au secret médical ou professionnel et les contraintes inhérentes à l'exercice de la profession d'assureur. Il institutionnalise au sein des compagnies d'assurances l'existence d'un service médical, placé sous la responsabilité d'un médecin, avec des locaux particuliers et un personnel spécifique. Enfin, il induit une séparation théorique des missions entre service médical, service chargé de l'acceptation des risques et service administratif chargé de l'établissement des contrats.

Après avoir affirmé la nécessité du secret professionnel pour les personnels de l'assureur, le code de bonne conduite explicite les principales règles à respecter pour la circulation de l'information :

Tous les documents médicaux provenant de l'assuré sont transmis directement au service médical, qui émet un avis sur chaque dossier comportant des documents médicaux confidentiels. Cet avis est ensuite transmis au service chargé de l'acceptation des risques, qui prend la décision et en informe l'assuré.

Ces règles sont appliquées à la circulation des pièces médicales lors de la phase de la souscription :

- les questionnaires de risque peuvent être adressés, avec accord préalable de l'assuré, au service chargé de l'acceptation des risques, mais les informations sensibles (pathologie chronique grave, sida, etc.) doivent être traitées sous la responsabilité du service médical ;

- les pièces médicales, telles que le rapport de visite médicale ou les examens de laboratoire, doivent être traitées par le service médical.

Tout en donnant moins de précisions sur le contexte du règlement de sinistre que sur la souscription, le code de bonne conduite indique que le service médical est seul apte à traiter la partie médicale des déclarations de sinistres.

Application du Code de bonne conduite aux AGF santé

L'ensemble de ces textes et les évolutions dans l'environnement médiatique et réglementaire ont conduit notre compagnie à bien prendre conscience des grands principes suivants, considérés du point de vue de l'assuré :

- l'assuré est dépositaire du secret concernant son état de santé. Il est donc incontournable pour la circulation de cette information médicale et doit se trouver directement au départ ou à l'arrivée de tout mouvement de pièces médicales le concernant ;

- le secret médical n'est pas opposable à l'assuré, qui doit pouvoir recevoir toute information sur ce point lorsqu'il le demande ;

- le médecin-conseil est l'interlocuteur privilégié de l'assuré pour toute question d'ordre médical. De ce fait, il représente un passage obligé dans les échanges de courrier entre assuré et compagnie d'assurances, lorsqu'il y a présence de pièces médicales.

Pour les AGF Santé, la médiatisation du sida et du code de bonne conduite en 1991 fut l'occasion de sensibiliser fortement tous les intervenants au respect du secret médical et de renforcer, si nécessaire, les procédures en la matière.

Cette sensibilisation fut facilitée par l'existence d'une structure motivée et indépendante des services de gestion des contrats : le service médical avec son réseau de médecins-conseils régionaux et de médecins contre-visiteurs animés par notre médecin chef.

Il existait déjà aux AGF, entre assuré et assureur, une procédure conforme et bien rodée pour la circulation des pièces médicales nécessaires aux études complémentaires, avant acceptation du risque ou règlement des prestations. Cette circulation s'effectue exclusivement et directement entre le

service médical et l'assuré, avec enveloppe pré-imprimée au nom du médecin-conseil régional.

Notre principale préoccupation a donc été de renforcer le respect du secret médical dans la circulation des informations à caractère médical, à l'occasion d'une souscription nouvelle, entre l'assuré, entre nos agences commerciales, nos gestionnaires traitant l'acceptation des risques et nos médecins. Cette démarche a fait l'objet d'une nouvelle souscription. Les principales actions furent :

1. la création d'un guide « Secret médical » donnant les règles à respecter par chacun. Il est remis lors d'une séance spécifique de formation.

2. la création d'un registre nominatif émarginé par les personnes habilitées, par l'entreprise et le médecin chef, à l'accès aux informations médicales.

3. la création d'enveloppes-navettes cachetées pour, d'une part, la circulation des pièces entre les gestionnaires habilités et les médecins-conseils, d'autre part, leur stockage.

4. La partie la plus difficile à mettre en œuvre fut le circuit de la déclaration de santé remplie et signée par le futur assuré.

Après différentes expériences non satisfaisantes (proposition d'assurance et questionnaire de santé mis sous enveloppe fermée devant le client et signée par lui sur le rabat, puis adressé au service médical), les AGF ont retenu la solution suivante :

- selon les garanties souscrites, elles demandent une simple déclaration de bonne santé ou un questionnaire médical simplifié et discret ;
- le futur assuré porte ses déclarations sur l'un des volets de la proposition d'assurance, juste au-dessus de sa signature ; il a la possibilité, comme cela lui est indiqué, de rabattre ce volet qui est autocollant ;
- à la réception du questionnaire médical, le médecin-conseil entre en contact avec le futur assuré s'il a besoin de compléments.

Cette procédure conduit à ne pas délivrer immédiatement une couverture et empêche de donner immédiatement un prix définitif, ce qui peut être gênant sur le plan commercial et source de surcoût

administratif. Mais signalons aussi que ces situations s'avèrent peu fréquentes en assurance complémentaire santé : celle-ci garantit en effet principalement les remboursements de soins. La problématique serait différente pour une assurance vie ou décès.

5. La mission donnée au service d'audit est de vérifier périodiquement le respect des règles édictées.

Les orientations proposées ; les évolutions prévisibles

Dans son dernier rapport, le conseil national du sida (CNS) a relevé différentes lacunes du code de bonne conduite de 1991 :

- non-application de ce texte à l'univers bancaire ;
- absence de sanctions en cas de non-respect des dispositions ;
- non-séparation des services médicaux du reste des services de la compagnie d'assurances.

En outre, le CNS a constaté dans la pratique des assureurs une différence de traitement entre les deux catégories de pièces différenciées sur un plan théorique dans le code de bonne conduite (questionnaire de risque pouvant être traité « administrativement » s'il n'y a pas de pathologie sensible signalée, et pièce médicale proprement dite, forcément soumise au service médical).

Les autres problèmes recensés ne se rapportent pas directement au code de bonne conduite : ils concernent les pratiques de souscription, au guichet, des assurances liées à des prêts, ou les investigations des médecins-conseils d'assurance au moment d'un décès, en cas de suspicion d'une fausse déclaration.

Les solutions préconisées par le CNS pour l'ensemble de ces problèmes sont les suivantes :

- obligation d'un circuit confidentiel pour toutes les données médicales ou de santé (même « la plus simple des déclarations de santé ») ;
- création d'une certification qualité ISO de la confidentialité ; celle-ci devra permettre de distinguer les entreprises appliquant réellement de façon stricte les règles définies en matière de confidentialité ;
- mise en place d'une réglementation d'ordre public pour protéger le secret médical dans les banques et dans les assurances (extension par rapport au code de bonne conduite et mise en place de sanctions en cas de non-respect) ;
- réaffirmation d'un droit au secret sur les causes de décès, en évitant l'inversion de la charge de la preuve aux dépens des ayants droit de l'assuré.

Face à ces propositions, une réflexion s'est engagée au sein des assureurs. Personnellement, la conception très absolue de la confidentialité de la part du conseil national du sida ne me paraît pas totalement conciliable, ni avec le souhait des consommateurs de couverture immédiate, ni avec la nécessaire maîtrise des coûts qui permet d'offrir des prix compétitifs.

D'autre part, il faut signaler une autre évolution de notre marché : la création de centres de conseils par des assureurs complémentaires santé (en dentaire, optique, pré-opérateur...), et de réseaux de professionnels de santé partenaires... Nous sommes loin du simple rôle de financeur.

Le client décide, de sa propre initiative, de nous consulter pour obtenir un avis sur un devis de prothèse dentaire, ou pour connaître l'adresse d'un opticien qui, compte tenu de son problème de vision, lui proposera un équipement compétitif. Il peut aussi nous demander d'organiser un rendez-vous rapide auprès d'un grand spécialiste de sa région pour obtenir un second avis opératoire.

Le développement de ce type de partenariat entre l'assureur et ses clients santé doit être envisagé sérieusement dans le cadre du secret médical.

À ma connaissance, ces expériences, très observées, sont réalisées avec le maximum de précautions pour assurer la confidentialité des données médicales. Là aussi, il sera impératif d'appliquer notre code de déontologie... Il en va de notre crédibilité.

SECRET MÉDICAL ET ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Nicolas Gombault

Directeur juridique du Sou médical

La jurisprudence condamne aujourd'hui clairement toute atteinte au secret médical, qu'elle soit le fait d'un médecin traitant, d'un médecin-conseil ou d'une société d'assurances. En revanche, l'assureur n'apparaît pas soumis, en général, au respect du secret professionnel. Toutefois, une obligation de confidentialité, pouvant être sanctionnée au niveau civil, semble se dessiner.

Quelles sont les informations pouvant être véhiculées par une société d'assurances ? Quels sont les tiers susceptibles d'en bénéficier ? À l'opposé, quelles informations relatives à ses assurés une société d'assurances peut-elle obtenir de tiers ?

Pour un assureur spécialisé dans la responsabilité médicale, ces questions peuvent faire l'objet de développements spécifiques sur deux plans bien distincts.

En premier lieu, il s'agit à l'évidence d'un problème de secret professionnel. Que peut révéler le médecin traitant à une société d'assurances ? Que peut divulguer le médecin-conseil à son entreprise ?

En second lieu, pour ce qui est de la confidentialité, il importe de savoir si l'assureur est en droit de communiquer à des tiers des informations sur ses propres clients, assurés ou sociétaires, et, si oui, dans quelles conditions.

Confidentialité et secret médical

Pour tarifier ses garanties et gérer ses risques, l'assureur de personnes doit bien évidemment avoir une parfaite connaissance de l'état de santé de son assuré. Il semble cependant utile de rappeler que, en dépit du dicton selon lequel « la fin justifie les moyens », tous les moyens ne sont pas nécessairement bons.

Nombreux sont les médecins traitants qui ne savent quoi répondre face à une demande émanant d'une société d'assurances et visant à connaître les antécédents médicaux de leur patient ou les causes exactes de son décès.

La jurisprudence affirme de façon régulière que le secret professionnel est général et absolu. Toutefois, un arrêt de la Cour de cassation du 9 juin 1993 a jeté le trouble dans les esprits en

affirmant que « les héritiers d'un assuré ne pouvaient légitimement s'opposer à la production d'un certificat établi par le médecin traitant à la demande d'une compagnie d'assurance et faisant état des antécédents de ce dernier lorsqu'il ne s'agissait pas pour les héritiers de faire respecter un intérêt légitime mais de faire écarter un élément de preuve contraire à leurs prétentions ». Dans cette affaire, la Cour de cassation avait approuvé une décision ayant prononcé la nullité d'un contrat d'assurance sur la base d'un certificat décrivant les antécédents du patient établi par le médecin traitant et remis directement par ce dernier à la société d'assurances. Certains en ont déduit, à notre sens à tort, que le secret médical était levé et que les médecins traitants pouvaient dans ces conditions révéler toute information confidentielle à l'assureur. En réalité, dans cette affaire où le médecin traitant n'était pas poursuivi personnellement pour violation du secret professionnel, mais où les magistrats avaient seulement à statuer quant à la validité du contrat d'assurance dans le cadre d'un litige qui opposait des héritiers à un organisme d'assurances, il s'agissait, en fin de compte, de savoir s'il convenait d'accorder une prime à la mauvaise foi de l'assuré, ce qui, somme toute, est de nature à heurter la plus élémentaire morale.

Quoi qu'il en soit, la jurisprudence plus récente a apporté des précisions fort intéressantes sur le sujet.

La première chambre civile de la Cour de cassation a ainsi affirmé, dans une décision du 6 janvier 1998, que « le rapport du médecin-conseil d'une compagnie, établi après interrogation du médecin traitant de l'assuré et fondé sur la lettre de ce dernier, procède d'une violation du secret médical, le médecin-conseil d'un assureur ne pouvant révéler à son mandant des renseignements qu'il avait reçus du médecin traitant de l'assuré, tenu lui-même au secret médical ».

De façon totalement similaire, cette même chambre a rendu une nouvelle décision, le 12 janvier 1999, selon laquelle « la remise d'une lettre du médecin traitant de l'assuré à la compagnie

procède d'une violation du secret médical commise par son médecin-conseil, qui ne peut révéler à son mandant des renseignements qu'il a reçus de son confrère, de sorte que cette lettre doit être écartée des débats ».

En d'autres termes, aussi bien le médecin traitant que le médecin-conseil d'une société d'assurances sont tenus au secret. Le médecin traitant ne peut ainsi transmettre aucun renseignement d'ordre médical au médecin-conseil de l'assureur et ce, quand bien même il serait invité de façon trompeuse par ce dernier à lui transmettre les renseignements sous le « sceau du secret médical ».

Il en va de même, à notre sens, lorsque que les héritiers ou le conjoint survivant ont autorisé le médecin traitant à donner confidentiellement au médecin-conseil de l'assureur des renseignements sur l'assuré.

Nous renvoyons pour de plus amples précisions à l'excellent article publié dans cette revue par Georges Durry¹, l'auteur concluant à juste titre que la seule parade des assureurs contre les fausses déclarations ne peut être que préventive et consiste en la pratique de la visite médicale avant contrat.

Ces principes aussi élémentaires que fondamentaux doivent être respectés lorsque le médecin traitant est interrogé sur les antécédents d'un patient par la société d'assurances ou son médecin-conseil. Lorsqu'il s'agit de révéler les causes du décès du patient, là encore le silence est de rigueur, le praticien étant uniquement habilité, après s'être fait communiquer le contrat d'assurance, à remettre au conjoint survivant ou aux héritiers un certificat attestant que le décès ne rentre pas dans l'une des clauses d'exclusion de risque prévues au contrat.

La méconnaissance de cette obligation pour le médecin traitant de ne rien révéler peut à l'évidence être sanctionnée au niveau pénal sur le fondement de l'article 226-13 du Code pénal. Souignons, par ailleurs, qu'il n'est pas exclu - même si, en pratique, les choses sont à ce jour moins fréquentes - qu'une condamnation civile puisse intervenir.

L'exemple suivant en est particulièrement démonstratif. Deux époux ayant décidé d'acquérir une maison ont recours à un prêt bancaire. Afin de garantir le remboursement de ce prêt, ils souscrivent un contrat emprunteur en assurance collective et, préalablement à cette adhésion, le mari complète un questionnaire sur lequel il indique n'avoir subi ni hospitalisation ni traitement. Un an et quelques mois après l'achat, le mari décède. Une somme de 243 846,47 francs reste alors due à la banque. Les héritiers se manifestent auprès de l'assureur afin d'obtenir la mise en œuvre de la garantie souscrite, mais celui-ci refuse. Faisant valoir un certificat du médecin traitant qui mentionne que le décès est consécutif à un triple pontage coronarien subi dix ans plus tôt, il constate la déclaration mensongère de l'assuré, en déduit que le contrat d'assurance est entaché de nullité et refuse donc sa garantie sur le fondement de l'article L 113-8 du Code des assurances. Les héritiers assignent alors le médecin traitant, lui reprochant d'avoir violé le secret professionnel en transmettant à l'assureur le certificat de décès qu'il avait établi. Ils sollicitent dans leur assignation la condamnation du praticien à la somme de 243 846,47 francs à titre de dommages et intérêts, somme représentant celle restant due à la banque. Contre toute attente, le tribunal de grande instance de Bourges, par un jugement en date du 27 mai 1999, accueille favorablement cette demande et condamne le médecin traitant à payer la somme réclamée avec intérêts au taux légal à compter de l'assignation.

S'il est vrai que la faute du praticien était manifeste, on peut cependant affirmer que le jugement récompense en quelque sorte la mauvaise foi et aurait pu, à notre sens, se cantonner à octroyer une simple indemnisation de principe pour réparer le préjudice moral causé par la violation du secret.

Précisons que le jugement (qui est frappé d'appel) est particulièrement intéressant d'un point de vue juridique dans la mesure où il reconnaît

un lien direct de causalité entre la faute du médecin et l'absence de prise en charge du prêt par l'assureur.

Confidentialité vis-à-vis de ses propres assurés

De son côté, l'assureur est-il tenu au secret professionnel ? Il semblerait que non. Le 28 septembre 1999, la chambre criminelle de la Cour de cassation a rendu un arrêt concernant la révélation du bénéficiaire d'une assurance. Cet arrêt précise que « l'assureur ne figure pas parmi les personnes légalement tenues au secret professionnel. Il n'est pas le confident nécessaire du souscripteur du contrat d'assurance sur la vie, lequel peut ne pas lui faire connaître le bénéficiaire du contrat et ne place pas, dès lors, cette information sous le sceau de la confidentialité. En statuant comme elle l'a fait, la cour d'appel a justifié sa décision au regard tant de l'article 378 du Code pénal, en vigueur à la date des faits, que de l'article 226-13 de ce Code, désormais applicable. En effet, la désignation nominative du bénéficiaire d'un contrat d'assurance sur la vie ne présentant pas un caractère secret au sens des textes précités, la révélation de cette information par l'assureur, si elle peut être constitutive d'une faute civile, n'est pas pénalement sanctionnée ».

Il s'agissait en l'espèce d'une révélation effectuée par l'assureur dans le cadre d'une procédure prud'homale à l'encontre d'un ancien salarié, lequel avait souscrit un contrat d'assurance vie à l'occasion duquel il avait désigné nommément une personne comme bénéficiaire du contrat.

On remarquera tout d'abord que le postulat de principe posé par la Cour de cassation selon lequel l'assureur ne figure pas parmi les personnes légalement tenues au secret professionnel pourrait peut-être faire l'objet de discussions, compte tenu des

termes utilisés par l'article 226-13 du Code pénal, à savoir : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie... »

Cette décision serait-elle susceptible de s'appliquer à toute autre révélation que pourrait faire un assureur ? Certainement pas, et notamment s'il s'était agi d'une information concernant l'état de santé de l'assuré.

À notre connaissance, un seul texte législatif prévoit, en matière d'assurance, l'obligation de respecter le secret professionnel. Il s'agit de l'article L 127-7 du Code des assurances qui prescrit que « les personnes ayant à connaître les informations données par l'assuré pour les besoins de sa cause, dans le cadre d'un contrat d'assurance de protection juridique, sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-16 et 226-14 du Code pénal ». Ce texte ne concerne donc que le gestionnaire protection juridique.

Doit-on en conclure que l'assureur peut révéler à n'importe quel tiers et sans aucun souci (si ce n'est celui de perdre des clients) des informations confi-

entielles concernant ses assurés ? Cela pourrait être le cas d'un assureur de responsabilité médicale qui publierait les sinistres déclarés par ses assurés, afin de guider le choix des patients dans leur recherche du « bon médecin » ; cela pourrait être aussi le cas d'une société qui, après avoir résilié le contrat de l'un de ses assurés, transmettrait à une autre société qui le lui demanderait le relevé de la statistique sinistres de l'intéressé.

Il ne saurait en être ainsi selon nous et, à très juste titre, la chambre criminelle de la Cour de cassation a rappelé, dans sa décision du 28 septembre 1999, que la faute civile restait invocable, tout simplement parce que pèse sur l'assureur une obligation de confidentialité.

Réjouissons-nous de constater que les décisions de justice rendues en la matière sont exceptionnelles : si cet état de fait n'a pas permis aux magistrats de définir les contours de cette obligation, c'est parce que, en pratique, cette obligation semble respectée.

Note

1. « Secret médical et preuve d'une fausse déclaration du risque », *Risques* n° 39, septembre 1999.

LA CONFIDENTIALITÉ DU PATRIMOINE PERSONNEL

David Porterie

Souscripteur, Hiscox assurances

La confidentialité est une des attentes essentielles des assurés aisés ou fortunés qui choisissent de souscrire des contrats spécifiques pour des patrimoines importants. Les assureurs de patrimoines privés ont accès à de nombreuses informations plus ou moins sensibles sur la personne et les biens de leurs clients. Le souci de discrétion de ces professionnels se heurte parfois à des atteintes nécessaires ou obligatoires à la confidentialité.

Le caractère confidentiel du patrimoine personnel est un sujet très sensible auquel la grande majorité des personnes privées propriétaires de biens mobiliers et immobiliers est particulièrement attachée. Toutefois, la même confidentialité ne peut pas s'appliquer à tous les types de biens. S'il est aisé de connaître le propriétaire d'un bien immobilier par la simple consultation de la conservation des hypothèques, il est en revanche beaucoup plus difficile de savoir qui est le propriétaire d'un bien mobilier tel qu'un objet d'art.

Or, depuis quelques années, la composition du patrimoine individuel a considérablement évolué. La rentabilité des terres agricoles ou sylvicoles, comme celle des immeubles d'habitation, a fortement diminué au profit de placements plus attrayants et moins pénalisés sur le plan fiscal.

Progressivement, la valeur des biens mobiliers à possession discrète tels que œuvres d'art, meubles ou encore objets précieux a pris de l'importance au sein des patrimoines privés. La prise de conscience de cette tendance est à l'origine de l'intérêt accru des particuliers pour la protection de leur patrimoine mobilier par le biais de contrats d'assurance spécifiques.

Parmi les sociétés d'assurances spécialisées dans ce type de produits, le groupe Hiscox, leader européen de l'assurance patrimoniale haut de gamme, assure des dizaines de milliers de clients aisés ou fortunés auxquels il propose des produits allant de l'assurance de leur habitation et de son contenu (mobilier de valeur, collection d'œuvres d'art, bijoux...) à celle de leur bateau, de leur avion privé, de leur voiture de collection ou encore de leurs chevaux de course.

S'agissant du patrimoine privé de personnes fortunées parfois connues du grand public, la confidentialité est une des attentes majeures des intermédiaires d'assurances partenaires du groupe Hiscox et, bien entendu, des clients eux-mêmes.

Toutefois, le niveau d'exigence en matière de confidentialité apparaît très différent selon les personnes et les biens concernés, et il est intéressant de noter que ce niveau d'exigence n'est pas obligatoirement proportionnel à l'importance du patrimoine à assurer.

Les assureurs spécialisés doivent souvent faire face à une crainte irrationnelle concernant la divulgation d'informations sur l'état patrimonial des personnes privées. Cette crainte constitue souvent, hélas, un frein à la souscription de contrats destinés à couvrir l'intégralité du patrimoine d'un individu.

Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui, pour cette raison, préfèrent être sous-assurées.

Alors que le désir de préservation du patrimoine privé semble se heurter à une volonté de discrétion des personnes, il est important de définir le champ d'application de la confidentialité afin de cerner les atteintes nécessaires ou obligatoires au caractère confidentiel de la possession privée.

Le champ d'application de la confidentialité

Alain Peyrefitte, alors garde des Sceaux, déclarait au cours des travaux préparatoires qui conduisirent au vote de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés » : « Le droit au secret est un des droits essentiels de notre société libre. Il est la condition d'existence d'une liberté individuelle. [...] Chacun a droit à un domaine réservé que recouvre le silence et, un jour, l'oubli. »

La personne se définit par un « être » et un « avoir » qui sont tous deux protégés par des secrets. L'assurance est amenée à connaître certains de ces secrets. Pour ne citer que deux exemples, la souscription d'un contrat d'assurance vie puise certaines informations dans ce qui doit rester le secret de l'être vis-à-vis des tiers, celle d'un contrat tous risques objets d'art se réalise grâce à la connaissance du secret de l'avoir des personnes.

Dans la pratique de l'assurance patrimoniale, quelles sont donc les personnes amenées à connaître ces informations ? Quelle est l'étendue de leur devoir de confidentialité ? Et, enfin, quelles sont les informations dont elles ont véritablement connaissance ?

■ L'incidence du secret professionnel

D'une façon générale, tout professionnel qui, par le métier ou les fonctions qu'il exerce, les travaux

et interventions qu'il effectue, les études, recherches et enquêtes auxquelles il doit se livrer, est conduit à prendre connaissance d'informations concernant les personnes qu'il approche du fait de son activité professionnelle, est tenu de garder le secret de ces informations, hormis les cas dans lesquels la loi l'autorise ou lui intime le devoir de les dénoncer (art. 226-13 et 14 du Nouveau Code pénal).

Ainsi, toute personne dépositaire d'informations par état ou par profession, par fonction temporaire ou permanente, est visée par cette obligation générale. Dans le cas de l'assurance patrimoniale, tous ceux qui rentrent dans la chaîne de la transmission de l'information semblent donc concernés par cette obligation : intermédiaires d'assurances, personnel des sociétés d'assurances (souscripteurs, inspecteurs, gestionnaires sinistres...) et experts.

En dehors de ces dispositions d'une portée générale, les membres de certaines professions ou les personnes exerçant des fonctions temporaires sont expressément astreints au secret professionnel, soit en vertu d'un texte spécial, soit en raison du serment qu'ils prêtent lors de leur prise de fonction. Il en est ainsi des experts judiciaires et des gestionnaires de protection juridique par exemple.

Toutefois, dans le cas des professions qui ne sont pas tenues au secret professionnel par un texte spécial ou par un serment, la Cour de cassation tente de distinguer l'obligation de respect du secret professionnel, dont la rupture entraîne une sanction pénale, de l'obligation de discrétion qui est purement civile. Cette distinction est opérée à l'aide d'un critère fondé sur le caractère nécessaire de la confiance faite au dépositaire du secret. Seul commettrait le délit celui qui révélerait un secret qui lui a été nécessairement confié en raison de sa profession (Cass., crim. R, 28 septembre 1999, Juris-Data n° 003740). En tout état de cause, l'assureur qui, dans certains cas, ne serait pas lié par la définition pénale du secret professionnel, serait toujours tenu au respect d'une obligation générale de discrétion.

Enfin, dans la pratique, un autre garant formel de la confidentialité existe puisque les contrats de

travail des salariés des intermédiaires, des sociétés d'assurances et des experts stipulent généralement des clauses de confidentialité qui rappellent cette obligation.

Le propre du professionnel de l'assurance est d'établir avec ses interlocuteurs (clients et tiers) un climat de confiance indispensable à l'accomplissement de sa mission. Il doit garantir à tous la confidentialité des informations qui lui sont confiées et de celles dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession.

D'un point de vue beaucoup plus subjectif, le respect de cette obligation par les professionnels concernés est le garant de leur réputation et de leur crédibilité. Le marché de l'assurance patrimoniale haut de gamme est un marché sensible dans lequel la notion de confiance est primordiale. Qu'un seul des intervenants déroge à son obligation de confidentialité vis-à-vis des tiers et de transparence vis-à-vis des autres professionnels impliqués, et c'est l'ensemble des partenaires qui peut perdre la confiance des assurés.

La préservation de la confidentialité est donc au centre des préoccupations des professionnels de l'assurance patrimoniale. Il convient à présent de définir quelles sont les informations à caractère secret que les professionnels sont amenés à connaître et à préserver.

■ Les informations à caractère confidentiel

L'assurance dite patrimoniale regroupe en fait une multitude de produits dont les plus connus sont les contrats multirisque habitation (MRH) et les tous risques objets d'art, bijoux...

Les informations que détiennent les professionnels sur l'assuré sont donc très variées. Elles s'articulent principalement autour de deux axes majeurs : la personne et les biens mobiliers ou immobiliers qu'elle possède.

Toutes les informations ne sont pas objectivement confidentielles et seules certaines d'entre elles

sont véritablement sensibles. Si l'on considère que toute personne peut consulter un annuaire et trouver l'adresse complète d'un individu ainsi que son numéro de téléphone, faut-il véritablement considérer ces informations comme sensibles ? France Télécom exige même des abonnés un acte de volonté positif pour ne pas divulguer ces informations et n'hésite pas à faire payer cette « prestation » d'inscription sur « liste rouge » !

Le caractère confidentiel de ces informations n'existerait alors que dans la mesure où une personne aurait manifesté de façon expresse sa volonté de les considérer comme telles.

Il en est de même pour les photographies extérieures des maisons d'habitation et des immeubles donnant sur la voie publique. En effet, chacun peut à loisir les photographier et il existe même, dans le cas de Paris, un serveur Internet qui permet d'obtenir une photographie de chacun des immeubles de la capitale en saisissant simplement l'adresse souhaitée.

Pour ce qui concerne certaines informations relatives aux individus, on constate le même phénomène avec l'accès public aux informations recueillies par des sociétés télématiques qui permettent par exemple en saisissant le nom d'une personne de savoir quelles sont les entreprises qu'elle dirige, voire, dans certains cas, celles qu'elle possède.

D'une façon générale, les renseignements véritablement confidentiels liés à l'assurance patrimoniale concernent les objets possédés par une personne et les moyens de protection des demeures contre le vol ou l'incendie.

Selon Patrick de Buttet, expert en objets d'art et fondateur de l'Action pour la protection du patrimoine artistique des particuliers (Appap), le caractère confidentiel des informations relatives à la possession de biens mobiliers résulte notamment du fait que ces biens sont par essence possédés de façon discrète. Cela ne signifie pas toutefois qu'ils sont cachés. Ce constat provient simplement du fait que personne n'est véritablement capable de connaître le propriétaire d'un tableau, d'une sculpture, d'un

meuble de collection ou de tout autre objet qui, pourtant, peut avoir une valeur très importante. Alors que le propriétaire d'un appartement est facilement identifiable, celui d'un objet d'art dont la valeur est parfois supérieure peut, très souvent, demeurer anonyme.

Outre le caractère confidentiel de l'identité du propriétaire d'objets de valeur, l'estimation financière de ces derniers constitue une information sensible à part entière. En effet, des tiers peuvent savoir qu'une personne possède des objets de valeur sans pour autant en connaître la valeur réelle, car seul l'homme de l'art est capable de l'estimer.

Notons enfin que l'ensemble de ces informations doit être préservé par les professionnels intervenant dans le processus d'assurance. Le désir de confidentialité est partagé par l'ensemble des assurés, quels que soient les risques objectifs d'indiscrétion à leur égard. Toutefois, il existe des cas dans lesquels les atteintes sont nécessaires ou obligatoires.

Les atteintes à la confidentialité

Une parfaite confidentialité impliquerait que seul l'assuré, bénéficiaire ultime du droit à l'anonymat, puisse décider de la levée du secret lié à certaines informations le concernant. Cela impliquerait également qu'il puisse choisir les personnes aptes à connaître certains renseignements. La réalité est néanmoins quelque peu différente.

■ Les dérogations nécessaires

Les assurés ont généralement un rapport de confiance privilégié avec leur courtier et avec l'expert qu'ils chargent de l'évaluation de leurs biens. Ils leur transmettent plus aisément des informations sensibles car ils ont avec eux un contact direct, ce qui n'est généralement pas le cas avec la société d'as-

surances qui supporte pourtant leurs risques. Les assurés sont ainsi parfois tentés de demander à leurs interlocuteurs privilégiés de filtrer certaines informations à l'égard de l'assureur.

Cependant, pour les entreprises d'assurances, la souscription de contrats ne peut se faire que dans la parfaite connaissance du risque. Cette remarque générale prend une importance toute particulière dans le cadre des contrats d'assurance patrimoniale haut de gamme déjà évoqués.

Ces contrats sont souvent qualifiés de « contrats de confiance » du fait de l'importance des garanties qu'ils accordent une fois souscrits. Lorsqu'un contrat multirisque habitation ne prévoit aucune règle proportionnelle, aucune vétusté, aucune clause d'inhabitation, aucune des sous-limitations de garantie ou des exclusions classiques en matière de vol..., la connaissance du risque, c'est-à-dire du client et de son patrimoine, par le souscripteur doit être à la hauteur des garanties accordées.

La circulation de l'information entre l'assuré et l'ensemble des professionnels intervenant dans le processus d'assurance doit être des plus fluides car aucune des parties en présence ne peut être considérée comme un tiers qui, à ce titre, ne devrait pas avoir accès à certaines données.

La souscription de contrats « sur mesure » nécessite de pouvoir répondre à des questions simples et essentielles telles que : Qui est le client ? Quelle est approximativement la valeur réelle des biens situés dans la demeure ? Ou encore, dans le cas des contrats en valeur agréée, quelle est la valeur réelle de chaque objet assuré ?

Ainsi, ce qui pourrait apparaître au premier abord comme une atteinte à la confidentialité qui lie un client à un intermédiaire ou à un expert, constitue en fait la meilleure façon de préserver les intérêts du client. Cette atteinte nécessaire ne diminue en rien la sauvegarde du secret vis-à-vis des tiers impliqués dans l'opération d'assurance.

Bien entendu, certaines atteintes à la confidentialité sont néanmoins obligatoires.

■ Les atteintes obligatoires

En matière d'assurance patrimoniale, les atteintes obligatoires au caractère confidentiel des informations détenues par les assureurs concernent essentiellement la transmission de certains renseignements aux autorités fiscales.

Cette question préoccupe souvent les assurés, alors même que d'autres professionnels sont soumis à des obligations importantes en matière de possession d'objets de valeur, à l'exemple des commissaires-priseurs qui doivent transmettre les coordonnées des vendeurs et des acheteurs, ainsi que le prix de vente.

Seules les obligations des articles 746-1, 805 et 1649 du Code général des impôts (CGI) seront analysées car elles sont les plus significatives et engendrent souvent une réticence très importante de la part des assurés qui n'ont pas réellement connaissance de la portée de ces obligations.

Aux termes de l'article 1649 ter du CGI, les assureurs sont tenus de fournir annuellement à l'administration fiscale un relevé des contrats portant sur des bijoux, pierreries, objets d'art, de collection ou d'antiquité pour un montant supérieur à 100 000 francs. Ce relevé doit comporter uniquement les noms, prénoms et adresses des assurés. Il n'est pas fait état des montants assurés.

L'article 1756 quinquies du même code sanctionne les infractions à ces dispositions par une amende égale à 5 000 francs par renseignement omis.

Par ailleurs, en application de l'article 805 du CGI, les assureurs sont également tenus, en cas de décès du contractant ou de son conjoint, de porter à la connaissance de l'administration l'existence de contrats sur les bijoux, pierreries, objets d'art ou de collection.

Enfin, les contrats portant sur les objets précédemment énumérés peuvent être utilisés comme base d'estimation des biens entrant en succession (article 746-1 du CGI). Les estimations de ces

objets ne peuvent alors être inférieures, dans certains cas, à celles retenues dans un contrat d'assurance contre le vol ou l'incendie en cours au jour du décès et conclu par le défunt ou son conjoint, moins de dix ans avant l'ouverture de la succession, sauf preuve contraire. S'il existe plusieurs contrats, la valeur imposable est calculée sur la moyenne des évaluations qui y figurent.

L'ensemble de ces textes paraît extrêmement contraignant et la confidentialité liée à la possession de certains objets semble être menacée. Il convient, toutefois, de relativiser ce constat car l'administration fiscale fait preuve d'une certaine tolérance.

Celle-ci admet en effet que « par tolérance, les contrats multirisques qui sont assortis d'une clause générale suivant laquelle les objets mobiliers sont assurés dans la limite d'un plafond de garantie fixé en pourcentage de la valeur des autres biens assurés, ne sont pas soumis à l'obligation de déclaration » (doc. adm. 13 K-327).

Il est ainsi possible de dire que, d'une façon générale, les contrats qui portent exclusivement sur les objets énumérés par l'article 1649 ter du CGI, du type tous risques souscrits en valeur agréée sont toujours soumis à déclaration.

En revanche, les contrats dont la destination n'est pas d'assurer spécifiquement ces objets, mais qui peuvent les garantir au sein d'un ensemble d'autres biens, bénéficient d'une certaine tolérance à l'exemple des contrats multirisque habitation.

En dépit des atteintes nécessaires ou obligatoires, la confidentialité des informations relatives au patrimoine et à la personne des assurés est assez bien préservée en l'état actuel des textes et de la pratique. Les professionnels de l'assurance patrimoniale restent très vigilants à ce qui est une attente légitime des clients qui désirent protéger leurs biens des périls de la vie, sans pour autant s'exposer au regard ou à la connaissance des tiers.

INTELLIGENCE ÉCONOMIQUE : DES ENJEUX CRITIQUES

Jean Pietri

Gérant, Société Défi

La guerre appartient à l'existence sociale. Il vaut mieux la comparer, plutôt qu'à un art quelconque, au commerce qui est aussi un conflit d'intérêts et d'activités humaines.

Karl Von Clausewitz

Le paysage économique mondial a subi des bouleversements profonds, parfois brutaux. L'éclatement de l'ex-URSS, l'émergence de nouvelles puissances industrielles, l'évolution des technologies ou la prépondérance des communications en sont les exemples forts. Ainsi l'affrontement Est-Ouest et les antagonismes militaro-politiques qu'il suscitait ont-ils pris fin pour ouvrir un vaste espace de préoccupations politico-économiques. Récupérant des champs de bataille d'hier leurs forces vives, les grands pays industrialisés, malgré des alliances nécessaires, se livrent désormais un combat acharné pour imposer leur commerce à l'échelle de la planète.

Face à cette réalité incontournable, l'entreprise va devoir mieux s'informer pour orienter sa stratégie tant dans le domaine technique que commercial, financier, humain ou politique.

Pour ce faire, seule la capacité à obtenir les informations nécessaires à la bonne connaissance de son environnement va lui permettre de faire face à une concurrence de plus en plus organisée et agressive.

L'expression moderne d'un phénomène des plus anciens

Le contrôleur général Mauriat, de la DST, avait coutume de dire que l'espionnage était « le deuxième plus vieux métier du monde » – l'espionnage étant pris sous l'angle de la recherche d'information.

Le stratège chinois Sun Tzu l'avait déjà exprimé 500 ans avant Jésus-Christ dans son ouvrage relatif aux règles de subversion politique et psychologique : « Dispense généreusement dons et cadeaux pour obtenir des renseignements, gage essentiel de la victoire ».

Plus près de nous, l'industriel Kanosuke Matsushita affirmait il y a quelques années : « Les occidentaux commettent deux erreurs : réinventer ce qui a déjà été découvert et acheter ce que l'on peut se procurer gratuitement ».

C'est dire que la recherche de l'information est

une préoccupation de toujours ; elle s'est simplement adaptée aux différentes périodes qu'elle a traversées. Ainsi, ce qui est dénommé espionnage s'est affiné sous le nouveau vocable de « veille informationnelle » pour devenir aujourd'hui l'intelligence économique impliquant des méthodes qui correspondent mieux aux objectifs recherchés.

L'intelligence économique dans le monde

Au Japon, l'intelligence économique a toujours été une pratique à part entière. Au cours d'une émission des « Dossiers de l'écran » portant sur l'espionnage, M. Matsumoto, journaliste nippon invité, a déclaré : « la recherche d'information, que vous appelez espionnage en Occident, fait partie de notre culture et de notre patrimoine spirituel. Elle s'apparente plus à ce que vous définissez comme une curiosité intelligente. »

En effet, il n'y a jamais, chez les Japonais, de tentatives spécifiques et caractérisées mais toujours des interventions opportunistes directes qui paraissent même, à bien des égards, puérides. Qui n'a pas vu l'un de ces ressortissants au perpétuel sourire tout photographier sur son passage, s'enquérir de tel ou tel détail, demander une précision, décortiquer une maquette industrielle lors de stages ou de visites en entreprise ?

À ces comportements anodins, il faut ajouter des initiatives beaucoup plus caractéristiques comme ce représentant d'une grande firme nipponne ayant oublié dans sa chambre d'hôtel un brouillon d'étude révélant une enquête approfondie sur la succursale d'un grand magasin. Au delà des informations très détaillées sur la situation précise du site, ce document comportait également une annotation sur l'attitude de la personne de l'accueil : « si nous rachetons cette succursale, il faudra la

licencier car elle n'effectue pas suffisamment bien sa tâche ».

Il s'agit en réalité d'une organisation redoutable dont les structures et les cadres sont d'origine militaire. L'une des plaques tournantes de ce système érigé en institution est le Jetro (Japon External Trade Organisation), bureau de recherche et de développement des marchés extérieurs. Comme le souligne Louis Bériot dans son livre *L'invasion*, le Jetro se compose d'anciens officiers « reconvertis », issus pour la plupart des écoles militaires, qui mènent avec les grands capitaines de l'industrie une véritable bataille économique. Toute l'information ainsi recueillie est traitée, analysée et répercutée auprès des industriels concernés.

Le modèle américain se définit autrement. Il s'appuie sur une politique délibérément gouvernementale, avec en support des organismes comme la CIA ou la NSA pour tout ce qui relève des communications. Cependant, ne souhaitant pas apparaître directement, ces institutions utilisent des sociétés privées d'investigation qui exploitent une implantation internationale, fondée sur des réseaux.

De très gros moyens sont mis en œuvre pour capter tout ce qui peut toucher les intérêts américains dans le monde, notamment l'utilisation de sociétés à vocation internationale, véritables succursales des services de renseignements. Dans les années 1970, déjà, Richard Bissel, directeur adjoint des projets de la CIA déclarait : « les agents de renseignements se trouvent mieux camouflés dans les grandes entreprises que dans les ambassades ».

Depuis, cette pratique s'est considérablement développée, en particulier à travers les grandes opérations de rachats ou de prises de participation majoritaires dans les sociétés françaises. Les opérateurs concernés se voient ainsi ouvrir une voie d'accès royale à des pans entiers d'information – à moins qu'un certain nombre de contre-mesures ne soient adoptées.

À travers ces deux exemples significatifs, force est de constater que l'intelligence économique est

une démarche interactive État/industrie qui s'exprime de façon tout à fait opérationnelle pour servir les intérêts hautement stratégiques d'un pays.

Un problème sous-estimé en France

Naturelle au Japon, indispensable chez les Anglo-Saxons, incontournable chez nos partenaires européens, l'intelligence économique a du mal à véritablement se développer en France.

À ce propos l'Amiral Lacoste, ancien directeur de la DGSE (Direction générale de la Sécurité extérieure) écrit : « Il faut mettre en évidence la nécessaire maîtrise de l'information dans un concept élargi qui va bien au-delà des fonctions classiques de la veille technologique et de la protection des communications de l'entreprise. Il doit y avoir prise de conscience et amorce d'un changement des mentalités et des comportements vis à vis d'une activité jusqu'à présent beaucoup trop méconnue et négligée par les élites françaises ».

Ce constat est malheureusement fondé. Malgré la création d'un Comité pour la compétitivité et la sécurité économique chargé d'éclairer le gouvernement sur ces questions, « de le conseiller sur la conception et la mise en œuvre de la politique à suivre en cette matière et de l'assister sur la cohérence et la coordination des actions entreprises », les mécanismes ont du mal à se mettre en place.

Il appartient normalement à l'État, dans le cadre de la mission donnée à ce comité, de faire en sorte qu'une telle politique, à l'instar du Japon et des États-Unis par exemple, aide les entreprises françaises à s'organiser. Cela n'existe pas encore.

Cette situation est cependant en train d'évoluer. Le tissu industriel français commence ainsi à réagir, les grands groupes ont établi des structures qui fonctionnent. Ces exemples sont malgré tout encore

trop isolés et excluent du champ des préoccupations les PME, particulièrement exposées.

Parallèlement à cette tendance, des sociétés privées se sont créées en France ; leurs activités tournent autour de la recherche d'informations à partir d'un arsenal de moyens qui, s'ils n'ont pas l'envergure de ceux mis en œuvre dans les pays précédemment cités, n'en commencent pas moins à prendre une dimension significative.

L'intelligence économique appliquée à l'entreprise

Signalons deux approches indissociables l'une de l'autre dans un contexte de défense nationale pris dans son acception globale, c'est-à-dire de défense des intérêts économiques, industriels, scientifiques et commerciaux essentiels pour la nation.

■ La première approche est défensive

Elle consiste à prémunir l'entreprise contre toutes les agressions externes. Sont concernés les locaux, les supports d'informations et les systèmes de communication, tous moyens confondus (téléphone, fax, réseaux informatiques).

Ces dispositifs impliquent la participation de chacun à travers des sensibilisations appropriées mettant en garde contre toute tentative d'ingérence (visiteurs, stagiaires, coopérants, intervenants extérieurs), mais aussi contre les risques de déplacements à l'étranger, imprudences ou indiscretions diverses. Selon les cas, il existe des ripostes allant des simples consignes de bon sens au cryptage des données en passant par l'établissement d'un plan de protection utilisant des moyens humains (gardienage) ou techniques (détection d'intrusion).

■ La deuxième approche est offensive

Il s'agit ici d'encourager la recherche en captant, analysant, sélectionnant et diffusant opportunément les informations. Hors entreprise, celles-ci peuvent émaner de clients, de concurrents, voire de partenaires et, d'une manière générale, de tous les centres d'activités institutionnels ou privés.

Trois stades caractérisent cette information :

- l'information ouverte accessible à tous ;
- l'information significative nécessairement limitée dans sa diffusion ;
- l'information sensible non communicable.

Si seul le premier niveau concerne l'action proprement dite de l'entreprise, les deux autres ne sont pas exclus du champ des possibilités, du fait de l'imprudence et de la négligence de leurs détenteurs. Dans ce cas, seuls les services nationaux ou les sociétés privées d'investigations sont censées pouvoir intervenir. Encore faut-il les solliciter.

Cette approche offensive implique de créer dans l'entreprise une cellule opérationnelle, de mobiliser le personnel, d'exploiter les banques de données, (le réseau Internet étant l'un des pourvoyeurs incontournables, avec toute la prudence qu'il convient d'observer dans ce domaine) et, enfin, de recourir à des sociétés spécialisées françaises qui possèdent des outils et des réseaux *ad hoc*.

- pour les particuliers : patrimoniale, médicale, financière, comportementale ;
- pour les entreprises : stratégique, économique, financière, technologique, sociale.

Or, au delà des risques identifiés classiques dont la maîtrise s'accommodait de règles déontologiques fondées sur des relations traditionnelles de confiance réciproque, sont apparus des risques que nous qualifierons de nouveaux, directement issus des effets de la mondialisation du commerce et de ses pratiques. Ces dernières ont totalement changé la donne. Désormais s'ouvre un champ énorme d'investigations, qui donne à l'intelligence économique toute sa dimension.

En possession d'un patrimoine informationnel riche et varié sur tous les domaines de l'entreprise, l'assureur devient, de fait, l'une des cibles privilégiées de cette recherche d'informations. En conséquence, il se doit :

- de se prémunir, en interne, contre toute fuite susceptible de fragiliser son client. Des mesures de protection physique (confinement des supports de l'information, confidentialité et sécurisation de la distribution et de la transmission des données...) sont alors nécessaires ;
- d'anticiper les effets d'opérations de rachats ou de prises de participations majoritaires de la part d'opérateurs qui peuvent, par ce biais et en l'absence de contre-mesures, avoir librement accès à une information hautement stratégique.

L'assurance et l'intelligence économique

Comme dans tout secteur d'activités, l'assureur détient, pour le compte de ses clients, une masse d'informations importantes.

Guy Lallour, directeur général des AGF, précisait à ce propos lors des Rencontres Amrae-2000 à Biarritz en janvier 2000, que cette information était :

Les sociétés privées d'investigations

Pour répondre à un légitime besoin d'information et compenser une interactivité État/secteur industriel qui a du mal à trouver son rythme de croisière, des sociétés privées d'investigations ont commencé à émerger dans le paysage de l'intelligence économique en France.

Aujourd'hui, une soixantaine d'entre elles opèrent avec des résultats de plus en plus probants, comblant ainsi un vide inquiétant.

Leur champ d'action est large puisqu'il couvre 90 % de l'information réputée ouverte, c'est-à-dire accessible en toute légalité. Leur valeur ajoutée s'inscrit dans leur capacité à mettre en œuvre des méthodes et à utiliser des outils de recherche performants (notamment informatiques), qui leur permettent de capter, d'analyser, de sélectionner et d'extraire la bonne information.

Leurs sources peuvent être classées en deux grandes catégories :

- les sources humaines, les réseaux et les appuis ;
- les sources formelles et la documentation active.

La première catégorie est composée de sources humaines privées telles que experts, courtiers en informations, correspondants, organisations, associations et lobbies divers, ou publiques, émanant des différents secteurs de l'administration normalement accessibles.

La deuxième catégorie se révèle être une littérature qui n'est pas directement disponible. Elle a en effet essentiellement pour origine des fichiers de toute nature (médias, administrations, entreprises, associations...) existant sur des bases de données avec une accessibilité réseau, notamment Internet, permanente.

La rapidité d'accès et la puissance de tri et de stockage sont déterminantes pour conserver aux informations leur sens et leur actualité.

Pour donner un aperçu des domaines d'intervention de ces sociétés privées, voici quelques exemples de thèmes cités par Alain Lejeau, (société Acces) lors des Rencontres Amrae :

◆ *Information concurrentielle*

- connaître les intentions réelles, l'organisation détaillée, les moyens, la rentabilité du concurrent ;
- connaître l'organisation de ses équipes commerciales et leur management ;

- connaître ses prochaines campagnes publicitaires ;
- connaître ses moyens techniques et financiers, ses coûts de fabrication et ses marges par produit ;
- connaître le profil de ses principaux responsables.

◆ *Information décisionnelle*

- reconstituer les mécanismes de décision : décideurs, appuis, motivations et objectifs ;
- discerner les appuis des concurrents ;
- localiser les freins et les blocages ;
- découvrir les relations occultes ;
- détecter qui peut influencer une décision ou discréditer une offre, et pourquoi.

◆ *Information relationnelle*

- contrôler la fiabilité d'un partenaire, d'un représentant local ou d'un interlocuteur relatif à sa personnalité, ses pouvoirs, son environnement relationnel, ses motivations, ses intentions, son influence réelle, son honorabilité, sa notoriété.

◆ *Information économique*

- démontrer le mécanisme d'une fraude financière complexe, identifier les acteurs et donner les moyens d'engager des poursuites ;
- identifier la cause d'une perte de marché ;
- sensibiliser une équipe à la protection des informations stratégiques ;
- comprendre les mobiles d'une campagne de dénigrement concernant un dirigeant ou une entreprise (phénomène de désinformation).

Il est important de souligner que toutes les sociétés officiellement reconnues dans ce domaine d'activité respectent des règles déontologiques strictes assurant discrétion et confidentialité à leurs clients.

Conclusion

L'intelligence économique est l'expression moderne d'un phénomène qui existe depuis la nuit des temps, à savoir la nécessité en toute chose et dans tout domaine de s'informer afin de connaître son environnement et de s'y adapter, pour au final mieux l'exploiter.

L'information, matière première de toute activité humaine, se trouve au centre de la problématique qui touche désormais des secteurs jusque là peu concernés, comme celui de l'assurance.

Dans ce champ de préoccupations, la réponse pour l'entreprise passe par une reconnaissance de l'intelligence économique, mais aussi par la mise en place d'un dispositif à double détente, défensif et offensif, susceptible de permettre la meilleure maîtrise possible d'un environnement devenu éminemment agressif, voire hostile.

Ce phénomène d'ampleur nationale touche les intérêts vitaux du pays et suppose une politique interactive État/industrie dont les retombées, en France, tardent à produire leurs effets. Elle a en revanche ouvert la voie à un certain nombre de sociétés qui se sont spécialisées afin d'offrir aux entreprises françaises des prestations intéressantes.

INTELLIGENCE ÉCONOMIQUE ET ASSURANCE : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Thierry Van Santen

Directeur de la gestion des risques, Groupe Danone

La fièvre des regroupements dans le domaine de l'assurance et des services associés suscite une inquiétude croissante de la part des pouvoirs publics nationaux et européens en matière d'intelligence économique.

L'assurance, dans son sens le plus large, est un vecteur de collecte d'informations qui se penche parfois sur « l'intimité » des entreprises. Alors qu'assurance et réassurance mondiales sont le fait de quelques acteurs majoritaires, que le courtage mondial est dominé par trois grands cabinets aux racines nord-américaines, n'y a-t-il pas un risque de voir des informations stratégiques détournées au profit d'une puissance étrangère ? Et les yeux de se tourner vers Washington, oubliant peut-être trop facilement que certains des acteurs majeurs de ce domaine, exerçant une influence économique sensible sur les marchés, sont européens et que l'intelligence économique peut tout aussi bien être employée à des fins privées.

Le risque est-il réel ? Les entreprises en ont-elles conscience et peuvent-elles se protéger ? Enfin – et surtout –, ce risque n'est-il pas seulement la partie émergée d'un iceberg qui cacherait la réalité de l'économie de la mondialisation ?

L'assurance, outil d'information

L'a notion d'assurance repose avant tout sur la connaissance du risque et, comme chacun sait, la connaissance est le fondement du pouvoir et la devise de tout service d'espionnage. De là à faire un amalgame « assurance = espionnage », il n'y a qu'un pas.

Il est incontestable que les assureurs et les services associés disposent d'une plate-forme d'observation privilégiée qui ne se limite pas à l'observation d'une entreprise particulière ou d'un tissu économique. Les données macro-économiques que l'assurance peut produire sont riches d'enseignements sur la situation socio-économique d'une nation. Pour prendre un exemple parmi tant d'autres, l'étude des délais de paiement des entreprises permet de détecter, par anticipation, l'amorce d'une crise économique dans un pays donné.

En matière d'espionnage industriel, les informations recueillies et traitées par les courtiers, assureurs et réassureurs permettent en théorie de générer une information susceptible d'être utilisée par une puissance étrangère, soit directement dans une optique belliqueuse, soit indirectement au profit de la compétitivité de son industrie.

Sans prétendre en dresser une liste exhaustive, les différentes facettes de l'information potentielle sont :

- l'étude détaillée des *process* et la détection des points névralgiques lors des visites de risques ;
- la révélation de problèmes potentiels pouvant être utilisés médiatiquement par un concurrent – lors d'un sinistre par exemple ;
- la connaissance des concentrations de valeurs et de productivité ;
- la connaissance de projets de contrats ou d'acquisitions ;
- la santé d'une entreprise ou d'un secteur d'activité donné, au travers d'entretiens, de visites, de suivi de la clientèle.

Toutefois, ce niveau d'information s'avère relativement inégal selon les catégories concernées.

Dans ce domaine, la situation du courtier apparaît privilégiée. Non seulement il est chargé de collecter et de filtrer l'information demandée par les assureurs pour réaliser leur métier de souscripteur, mais il est aussi censé assister son client par le biais d'échanges approfondis en vue de connaître ses besoins – et donc ses points névralgiques.

Cette fonction d'audit et de conseil lui ouvre largement les portes de domaines le plus souvent préservés par l'entreprise. Cette position se révèle d'autant plus sensible lorsque cette dernière ne dispose pas de gestionnaire de risques capable de réaliser cette mission d'analyse interne et de fournir à l'assurance les seules informations qui lui sont strictement nécessaires.

En règle générale, les assureurs ne bénéficient que d'informations de deuxième niveau. Leur connaissance de l'entreprise est moins intimiste,

puisque le plus souvent filtrée par le courtier et traitée dans des « données papier » – c'est-à-dire officielles en ce sens qu'elles ont vocation à être partagées. En revanche, leur organisation naturelle leur donne une vision plus macro-économique et sectorielle.

Les réassureurs, enfin, à de rares exceptions près, disposent avant tout d'une information statistique dont l'intérêt, dans le cadre de l'intelligence économique appliquée à une entreprise donnée, reste relativement négligeable. En revanche, il est possible de concevoir qu'un État puisse tirer de ces informations quelques indications utiles sur les forces et les faiblesses d'une autre nation ou d'un secteur économique donné.

La gestion du risque dans l'entreprise

L'attitude des entreprises vis-à-vis de ce risque potentiel relève rarement d'une politique délibérée. Tout naturellement, elles répugnent à dévoiler leurs forces et leurs faiblesses et cette habitude s'applique autant au monde de l'assurance qu'aux autres secteurs.

Tout l'art réside dans un certain jeu de séduction qui consiste à montrer suffisamment sans se dévoiler tout à fait.

Concrètement, le degré de sensibilité des entreprises demeure malgré tout lié au type d'industrie considéré et à sa culture. L'entreprise de haute technologie ou relevant du domaine de la défense aura pris soin de fixer un certain nombre de règles générales d'encadrement de l'information, et ce, à destination des assureurs ou de toute autre personne ou organisme extérieur.

Néanmoins, dans la plupart des cas, les sociétés se voient contraintes de fournir un certain nombre de précisions sensibles pour satisfaire leurs besoins de couvertures. Un simple plan de charges prévi-

sionnel, une variation de stocks, des projets d'extension sont des informations mineures prises individuellement, mais qui peuvent fournir de précieuses indications si elles sont mises bout à bout.

Les sinistres sont également particulièrement sensibles. En effet, l'expertise après sinistre est une véritable radiographie technique et financière articulée autour de l'événement. Dans cette situation, l'entreprise n'a pratiquement pas d'autre choix que de divulguer des éléments essentiels du *process* et des conditions financières associées (par exemple, les marges bénéficiaires pour servir son droit à indemnisation).

Même si, comme nous venons de l'indiquer, certaines entreprises particulières ont une culture du secret, force est de constater que dans leur grande majorité elles sont encore peu sensibilisées à la protection de l'information. Bien sûr, il ne leur viendrait pas à l'idée de décrire le détail d'un procédé exclusif ou de dévoiler les caractéristiques d'un prototype. Cependant, en dehors de quelques zones sensibles, la transparence reste de règle.

Il convient de rappeler à nouveau l'intérêt que présente le gestionnaire de risques dans ce domaine. Même en l'absence d'une politique définie, sa simple présence permet à l'entreprise de filtrer l'information. Connaissant le niveau de renseignement nécessaire, il se doit de concilier les besoins des assureurs avec les nécessités de l'entreprise.

Dans la plupart des cas, c'est lui qui va recueillir les informations sensibles avant de les retraiter pour diffusion. Il en est autrement lorsque la fonction est sous-traitée à un tiers, courtier ou consultant, puisqu'en l'absence d'interface, l'entreprise ignore le niveau de détail de l'information à fournir et que la mission même de l'auditeur repose sur la connaissance.

Néanmoins, même si l'existence d'un professionnel interne à l'entreprise permet de sauvegarder l'essentiel, il ne faut guère se faire d'illusion : l'assurance est consommatrice d'information et la globalité de celle-ci peut être aisément détournée.

Faux problème

Ne sommes-nous pas là face à un faux problème ? Certes, l'assurance centralise des informations, mais les autres sources de renseignements sont multiples, à commencer par les données officielles. L'entreprise d'aujourd'hui se doit d'être communicante. Nous sommes désormais très éloignés du simple rapport dressant un bilan de l'année écoulée. Aujourd'hui, l'entreprise expose sa stratégie, ses projets et même ses faiblesses au grand jour, par les « warning calls » à l'attention des marchés financiers. L'actionnaire, l'investisseur, sont demandeurs d'informations, de transparence, et la montée en puissance du « gouvernement d'entreprise » va accentuer cette tendance par la communication sur les risques susceptibles d'affecter le résultat.

Les vecteurs d'information se multiplient, en particulier avec Internet. L'exploration complète du site de telle ou telle société permet de recueillir une masse considérable d'informations aux frontières de la confidentialité.

Mais d'autres vecteurs sont encore plus sensibles avec l'émergence du *consulting* généralisé.

Le niveau d'information des auditeurs comptables est indéniablement beaucoup plus complet que celui des courtiers. Et que dire de l'information dont disposent les consultants de terrain en environnement, en sécurité, en qualité, en sûreté ? Leurs travaux les obligent, par définition, à détailler les *process* afin de mener à bien leur mission. Tout ingénieur de haut niveau bénéficiant d'un degré d'information significatif est dans la plupart des cas en mesure de reconstituer les chaînons manquants d'un *process* industriel complexe.

N'oublions pas non plus l'importance des informations confidentielles que détiennent les banques d'affaires, les départements fusion/acquisition ou les avocats d'entreprises.

Et que penser de l'information privilégiée dont disposent, de fait, les conseils en réorganisation ?

Enfin, troisième grande catégorie de collecte d'informations : les systèmes de communication. La presse relate jour après jour les menaces qui pèsent sur nos entreprises : espionnage indirect à des fins privées par la mémorisation des connexions Internet, ou espionnage direct grâce à la captation des transferts de données par les « grandes oreilles » américaines du réseau « Echelon ».

Curieusement, Internet déchaîne les passions sur ce sujet, mais on oublie un peu trop vite les faiblesses du fax, du téléphone et les moyens d'écoute privés qui peuvent être aujourd'hui achetés dans des boutiques ayant pignon sur rue.

La suprématie des services

L'intelligence économique dans l'assurance ne serait-elle qu'un mythe ? Peut-être. Force est de constater que l'assurance détient nombre d'informations et que la concentration dans ce domaine des principaux acteurs – et en particulier des grands cabinets de courtage d'origine américaine – peut être source d'inquiétude. Mais la dimension du problème réduit ce risque à un épiphénomène.

Les cabinets d'audit financier, les conseils en organisation, les conseils en sûreté, sécurité, qualité, environnement, les grands réseaux d'avocats, les

systèmes d'information, bref toute la sphère d'assistance et de savoir qui gravite autour des entreprises, est en très grande majorité d'origine américaine.

Qu'on le veuille ou non, la révolution des services est avant tout américaine et toute entreprise un tant soit peu internationale ne peut échapper à cet environnement. Cette force extraordinaire s'est tissée en quelques années autour de la globalisation et combine d'une part, la puissance de capitaux à travers les fonds de pension, d'autre part la puissance du savoir, grâce à la maîtrise des services.

Des esprits suspicieux y verront une action pensée, concertée, délibérée de la part de Washington, dans sa quête expansionniste. Les candides y verront un concours de circonstance, en citant de rares exceptions de réussite européenne comme le rachat de l'activité d'audit d'Ernst & Young par Cap Gemini ou celle de Véritas.

Je me garderai bien de prendre position entre ces extrêmes. Toujours est-il que cette mise en perspective éclaire mieux les rapports de l'intelligence économique et de l'assurance : fustiger les concentrations anglo-saxonnes dans le courtage, au nom de la confidentialité, est un mauvais combat qui masque l'essentiel.

Le problème, beaucoup plus vaste et plus complexe, se traduit par un environnement général dans lequel l'intelligence économique ne se situe plus seulement en aval, par la captation de l'information, mais aussi en amont, par la délivrance de l'information. L'assurance dans tout cela n'est finalement qu'une faible composante.

LA PROTECTION DES DONNÉES SUR INTERNET

François Bloch • Clara Hainsdorf

groupe Media technologies communications, Clifford Chance Paris

Gilles Heude

groupe assurances, Clifford Chance Paris

Toute information confidentielle disponible ou échangée sur les réseaux doit être protégée efficacement. Aujourd'hui, l'enjeu consiste à identifier d'une part les différentes atteintes à la confidentialité, et d'autre part les mesures de sécurité les plus adaptées. En outre, de nombreuses solutions juridiques apparaissent aussi bien en droit français qu'en droit communautaire : l'information de l'utilisateur, la stricte réglementation de la cryptologie et l'obligation de secret pour certains professionnels.

Le 10 février 2000, Serge Humpich était reconnu coupable d'accès frauduleux au système informatisé des cartes bancaires pour s'être attaqué à la sécurité des moyens de paiement et, plus particulièrement, à celle des cartes à puces. Il avait réussi à fabriquer des cartes bancaires qui ont été reconnues valides par les terminaux bancaires, alors que le système était réputé inviolable. Le Groupement des cartes bancaires s'est alors empressé de le poursuivre en justice. Découverte d'une faille ou simple piratage informatique ? Cette affaire a-t-elle réellement fragilisé le monde bancaire ?

Une protection indispensable des réseaux

Il peut sembler techniquement facile pour un homme de l'art d'intercepter ou de modifier des informations transitant via Internet, qu'il s'agisse du courrier électronique (e-mail) ou des informations relatives au paiement d'une transaction. Les « back-doors » en sont un exemple. Ces

portes dérobées qui permettent de lire un message en clair alors que son auteur se croit parfaitement protégé sont souvent difficilement détectables. Cette relative vulnérabilité technique des réseaux tend à entraver le développement même du commerce électronique car elle affecte la confiance du grand public.

Il restait à analyser le niveau et la nature de la protection juridique des informations et des échanges. La généralisation des échanges de données électroniques et la mise en place du commerce électronique entraînent un besoin croissant de sécurité des réseaux et rendent indispensable la confidentialité des informations. Plusieurs affaires récentes ont ainsi démontré que les réseaux actuels étaient vulnérables et à la portée du pirate le moins confirmé. *A fortiori*, ces réseaux et, plus particulièrement, Internet, risquent d'être la proie de spécialistes souhaitant intercepter les informations sensibles d'une entreprise à des fins d'espionnage économique. L'entreprise subirait alors une perte de confidentialité des notions stratégiques consécutive à l'incapacité du système à se prémunir contre l'indiscrétion.

Notion d'information confidentielle

Comment protéger ces informations confidentielles ? Pour répondre à cette question, il faut tout d'abord définir la notion même d'information confidentielle.

La confidentialité sur Internet concerne l'ensemble des actions de l'internaute, de la simple navigation jusqu'à la gestion de comptes, sans oublier l'achat de produits « en ligne ». Elle suppose donc que ces informations ne puissent être ni interceptées, ni modifiées, ni stockées, ni utilisées par un tiers.

En réalité, la difficulté consiste à déterminer si l'information est publique ou non : cette appréciation se fera in concreto, selon, par exemple, le type de communication utilisée.

Les modalités de mise à disposition des informations « en ligne » pourront ainsi définir le caractère public ou confidentiel de l'information : en effet, si l'accès à ces informations n'est pas restreint en raison de la qualité du destinataire, mais par le paiement d'une certaine somme, ou si l'information mise « en ligne » n'est pas envoyée par courrier électronique, elle peut être juridiquement considérée comme publique, car elle n'est pas adressée à des personnes déterminées.

La divulgation d'informations confidentielles sur Internet est sanctionnée pénalement puisque la Cour de cassation a décidé que les informations mises « en ligne », c'est-à-dire reproduites, peuvent faire l'objet de recel, contrairement aux informations qui n'ont pas été appréhendées matériellement.

Application à la banque et à l'assurance

En matière bancaire, l'article 57 de la loi du 24 janvier 1984, dite « loi bancaire », consacre ainsi l'obligation au secret professionnel des établissements de crédit, et sa violation est sanctionnée pénalement¹. Le

débiteur de l'obligation de secret professionnel peut cependant en être relevé par le bénéficiaire du secret, sous réserve de remplir des conditions très précises.

Cette obligation ne concerne que les informations confidentielles, c'est-à-dire celles qui, selon la doctrine et la jurisprudence, présentent un caractère précis, notamment tout renseignement chiffré tel que le solde d'un compte, les mouvements de ce compte, le détail des écritures, ou le montant des prêts consentis aux clients. Ce secret est attaché aux opérations, réalisées entre la banque et le client, touchant à l'« intimité » de cette relation. Notons qu'une information confidentielle, même partagée, ne perd pas sa qualité de secret. Certains services « en ligne » utilisés à titre de référence peuvent poser problème dans la mesure où ils fournissent des indications sur des opérations privées, notamment celles concernant les prêts.

Les assureurs, quant à eux, ne sont pas soumis au secret professionnel au sens strict. Néanmoins, ils sont tenus à une obligation de confidentialité qui s'applique à toutes les informations relatives à la vie privée des assurés et des bénéficiaires qui leur sont transmises. C'est principalement en matière d'assurance de personnes que l'assureur doit respecter cette obligation, en particulier au titre des questionnaires médicaux transmis aux assurés préalablement à la souscription d'un contrat. Si le questionnaire est disponible sur Internet, l'assureur est responsable du maintien de la confidentialité des informations fournies par l'assuré. Ainsi, en cas de violation de cette obligation, la responsabilité civile ou contractuelle de l'assureur pourra être recherchée. Cependant, une action pénale fondée sur une violation de la loi « informatique et libertés » de 1978 relative aux données personnelles serait vraisemblablement plus efficace.

Il est encore trop tôt pour aborder précisément la question du secret médical, au regard, notamment, du besoin croissant pour les assureurs, afin de mieux adapter leurs offres à leur clientèle, de disposer, dans un cadre de confidentialité renforcée, d'informations qui leur demeurent aujourd'hui inaccessibles de par la loi. Toutefois, cette question resur-

gira le jour où les sociétés d'assurances et autres organismes professionnels disposeront d'une base de données contenant des informations médicales.

Identification des menaces

■ Le traçage

Nous avons déjà relevé précédemment que la simple navigation sur Internet pouvait mettre la confidentialité en péril : en effet, que ce soit pour des raisons d'intérêt commercial ou par pure curiosité, les utilisateurs sont « tracés ». Leurs données personnelles peuvent ainsi être collectées, soit directement, pour la gestion de comptes – plus de 10 millions sont aujourd'hui « en ligne » – ou de dossiers médicaux, soit indirectement grâce à des matériels susceptibles de tracer l'utilisateur et vendus par des constructeurs tels que Microsoft. Cependant, les serveurs utilisent en général des « cookies ».

Il est en effet intéressant pour un serveur de connaître le type de recherche déjà réalisée par un utilisateur, les pages auxquelles il a déjà accédé. Grâce aux « cookies », ces fichiers cachés qui permettent non seulement d'identifier le visiteur chaque fois qu'il revient sur le site, mais aussi de lui envoyer des fichiers ciblés, le serveur peut identifier le client et dresser, éventuellement, un historique de ses actions.

Ces données personnelles doivent donc être d'autant plus protégées qu'elles sont confidentielles ou relèvent du secret de la vie privée (art. 9 du Code civil). Une directive européenne en date du 24 octobre 1995 est entrée en vigueur le 25 octobre 1998 dans tous les pays de l'Union, mais l'arsenal juridique français répond déjà aux exigences européennes. En effet, la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) protège la confidentialité des données nominatives grâce à la loi de 1978 (« informatique et libertés »). Elle recommande notamment que les utilisateurs soient clairement informés, par une mention expresse,

apparaissant avant que la collecte n'intervienne, de la finalité et de la durée de conservation de ces informations. Elle protège ainsi les droits des utilisateurs en soumettant la collecte, l'utilisation et le transfert de telles données à des conditions très strictes, notamment à l'autorisation de l'utilisateur.

Mais, si la confidentialité se heurte aux problèmes issus du traçage, elle est principalement menacée au niveau des paiements « en ligne ».

■ Paiements en ligne et cryptologie

Pour valider une transaction en ligne, les échanges informatisés doivent être sécurisés : disponibilité, intégrité et confidentialité. En effet, le message ne doit pas pouvoir être intercepté par un tiers indésirable lors du transfert, surtout s'il contient des informations sensibles ou confidentielles (comme, par exemple, un numéro de carte bancaire ou un code). Cependant, ce service de confidentialité doit pouvoir être utilisé optionnellement par les utilisateurs en fonction de la nature des données qu'ils acheminent sur le réseau et de la valeur qu'ils leur donnent. Après la transaction, les informations contenues dans le message ne doivent être conservées que par les seuls intervenants autorisés (en général les établissements de crédit).

La cryptologie est, à cet égard, un moyen de garantir la confidentialité du message et elle constitue une arme économique essentielle pour les entreprises. La cryptologie est l'ensemble des techniques permettant de protéger les informations grâce à un code secret qui les rend inintelligibles pour des tiers lors de leur conservation ou de leur transmission. Le chiffrement – c'est-à-dire l'action qui consiste à substituer un texte inintelligible à un message ou à un ensemble de données – ne connaît pas les opérations nécessaires pour retrouver le texte initial. Celles-ci sont déterminées par l'algorithme de chiffrement utilisé. Deux types d'algorithmes sont aujourd'hui employés : les algorithmes à clé symé-

trique, dits à clef privée ou secrète et les algorithmes à clef asymétrique, dits à clef publique.

Les lois applicables à la cryptologie ont fait l'objet de modifications successives ; les dernières en date, issues de la loi du 29 décembre 1990, ont instauré un double régime d'autorisation et de déclaration préalable. La loi du 26 juillet 1996 reprend la distinction ainsi opérée tout en franchissant une étape supplémentaire dans la voie d'un assouplissement de ces règles. En effet, la liberté est fonction des finalités d'utilisation, d'importation et d'exportation.

D'après la loi de 1996, une totale liberté préside au choix des moyens de cryptologie destinés à rendre confidentiel un message à condition que les prestations de confidentialité soient gérées par un « tiers de confiance ». Ce tiers de confiance est un organisme habilité qui gère des clefs de déchiffrement pour le compte de l'utilisateur. Ce dernier passe un contrat avec le tiers de confiance qui lui transmet régulièrement les clefs à utiliser pour chiffrer son information.

Aujourd'hui, même si la présence d'un tiers de confiance n'est plus exigée par les textes, elle est plus que nécessaire pour une protection adéquate des données. Le recours à un tiers, intermédiaire le plus souvent non bancaire, s'est ainsi développé (First Virtual, Cybercash, Kline...).

En 1998 et 1999, un nouveau cadre réglementaire a été adopté en application de la loi de 1996 dont l'usage, selon Christian Pierret, secrétaire d'État à l'Industrie, « est une condition indispensable pour les transactions financières [et] constitue un compromis réaliste et efficace qui concilie les besoins légitimes de confidentialité des utilisateurs et les exigences de sécurité de l'État ».

L'usage des clefs de chiffrement jusqu'à 128 bits est en principe libre (voir tableau récapitulatif du régime de la cryptologie en France) ; au-delà, une autorisation préalable reste nécessaire. Cette réglementation ne prend pas en compte les cumuls de clefs, chacune étant inférieure à 128 bits. Ces cumuls, beaucoup plus efficaces et plus difficiles à casser, sont appréciés de ceux qui ont pour mission

d'assurer la confidentialité des informations transmises (dispositifs dans lesquels l'intégralité du message est codée et rendue ainsi inintelligible aux tiers). Il est pourtant manifeste que les entreprises françaises sont parmi les moins sensibilisées à la sécurité informatique. En effet, même si l'Union européenne a su imposer quelques initiatives pour permettre une meilleure protection de la confidentialité et donc des données personnelles (directive européenne de 1995 relative aux données personnelles), on observe que les Britanniques et les Français sont encore les seuls au sein de l'Union à n'autoriser qu'un usage limité de la cryptographie.

Certaines banques ont déjà procédé à des essais de certificat numérique sur carte à puce pour réguler toutes leurs relations avec leur clientèle *via* Internet. Face aux pirates et à certains services de renseignement, les banques ont inventé un passeport numérique, sorte de signature numérique qui authentifie la source et chiffre efficacement les données transitant sur Internet. Ces certificats reposent sur l'utilisation de clefs cryptographiques et d'algorithmes mathématiques, technologie employant *a priori* un niveau de chiffrement impossible à percer par des personnes non autorisées.

De même, d'autres banques se proposent, quant à elles, de sécuriser les paiements « en ligne » grâce à un certificat numérique, en partenariat avec Gemplus et Certplus.

Protéger les machines avec les « firewalls »

L'objectif est de comprendre comment un pirate pourrait pénétrer dans tel ou tel réseau. Il importe notamment de savoir, par exemple, quels sont les points du réseau qui doivent être impérativement protégés et ce, au regard du degré de confidentialité des informations véhiculées, celle-ci étant principalement fondée sur les secrets que représentent les mots de passe et le chiffrement.

Cependant, même si tous les messages sont chiffrés de manière complexe, un pirate cherchera alors à détecter les faiblesses du réseau au niveau de la machine de l'utilisateur : une fois cette machine sous contrôle, il pourra accéder facilement aux informations de l'entreprise. Il est donc nécessaire de sécuriser uniformément tous les postes en relation avec ledit site de l'entreprise, par exemple au moyen de « firewalls », de fichiers cryptés etc., tout en préservant une certaine facilité de maniement pour l'utilisateur.

Un « firewall » est une association de matériels et de logiciels informatiques qui protège un réseau sécurisé ou interne d'un réseau public externe ou non sécurisé. Les « firewalls » fonctionnent soit en filtrant le trafic, soit en servant de sas entre deux réseaux, et peuvent être utilisés pour prévenir des accès extérieurs non sécurisés et pour protéger les systèmes internes d'accès indésirables. Ils doivent être configurés de manière à autoriser ou refuser l'accès à des services ou certaines transmissions sur le réseau.

On assiste ainsi à un développement croissant des moyens de sécurité visant à protéger la confidentialité des échanges et à assurer la protection de la vie privée. Cependant, à chaque nouvelle solution technique, une parade est trouvée, et ce, dans des délais très brefs. Le système des cartes bancaires du Gie était réputé inviolable, et pourtant Serge Humpich a réussi à le pénétrer.

La technique ne semble donc pas suffisante pour protéger efficacement les données. C'est pourquoi, certains théoriciens réfléchissent aujourd'hui à d'autres méthodes de protection plus en amont, qui consisteraient, non plus à chiffrer le contenu d'un message, mais à coder la structure même du message. Ainsi, chaque message sera lisible, mais non exploitable en soi par le pirate.

Note

1. Voir les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal (un an d'emprisonnement et 100 000 francs d'amende).

Récapitulatif du régime de la cryptologie en France

Finalités	Fonctions offertes				
	Authentification Intégrité Signature Non-répudiation	Confidentialité			
		< ou = 40 bits	> 40 bits et < ou = 128 bits	> 128 bits	
				Avec séquestre	Sans séquestre
Utilisation	<i>Libre</i> (décret n° 98-101)	<i>Libre</i> (décret n° 99-200)	<i>Déclaration ordinaire*</i> (décret n° 99-199)	<i>Libre</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)
Fourniture	<i>Déclaration simplifiée</i> (décret n° 98-101)	<i>Déclaration ordinaire</i> (décret n° 99-199)	<i>Déclaration ordinaire</i> (décret n° 99-199)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)
Importation	<i>Libre</i> (décret n° 98-101)	<i>Libre</i> (décret n° 99-200)	<i>Déclaration ordinaire*</i> (décret n° 99-199)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)
Exportation	<i>Libre</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)	<i>Autorisation</i> (décret n° 98-101)

*Le décret dispose que l'utilisation et l'importation sont soumises à une déclaration uniquement dans le cas où elles concerneraient du matériel ou des logiciels qui n'auraient pas été déclarés au préalable par le fabricant, le fournisseur ou l'importateur, et si ledit matériel ou lesdits logiciels n'ont pas spécifiquement comme finalité, l'usage privé par un individu.

ERRATUM

Le numéro 40 de la revue *Risques* comportait une erreur dans la reproduction de l'article de Christophe Radé ;
page 115, colonne de gauche, après « il ne reste alors », il fallait lire « plus rien à indemniser, si ce n'est un hypothétique préjudice de carrière ».
La rédaction de *Risques* vous prie de bien vouloir l'excuser pour ce désagrément.

3.

A Assurance : la fin du cycle ?

■ Pierre Picard

Phase décroissante d'un cycle ou dépression durable ?

■ Scott E. Harrington

Les cycles de l'assurance vont-ils disparaître ?

■ Anne Gron

Cycles et capital : passé, présent et avenir

■ J. David Cummins

Cycles de la réassurance et titrisation des risques catastrophes

■ Jean-François Outreville

*Déséquilibre, chocs ou tendances :
quelle explication pour le cycle de l'assurance ?*

■ Jean-Luc Besson

Cycles longs et cycles courts de l'assurance

■ Pierre Florin

Y aura-t-il des cycles au XXI^e siècle ?

PHASE DÉCROISSANTE D'UN CYCLE OU DÉPRESSION DURABLE ?

Pierre Picard

Professeur à l'université Paris-X Nanterre, Thema

Chaire FFSA d'économie de l'assurance

A l'heure du retour de la croissance économique, le recul du chiffre d'affaires des assurances de biens et de responsabilité observé depuis 1997, en France comme dans les principaux pays européens, est préoccupant. En France, après un repli de 1 % et 1,7 % des primes d'assurance dommages en 1997 et 1998, un accroissement de 1 % environ a été constaté en 1999. Toutefois, cette hausse modérée reflète avant tout une progression de la « matière assurable », comme les nouvelles immatriculations en assurance automobile ; la rentabilité de l'assurance de dommages, elle, a continué à se dégrader en 1999.

Si un tel recul présente un caractère tout à fait exceptionnel depuis plus de quarante ans, les assureurs sont néanmoins accoutumés à considérer leur marché comme étant soumis à une certaine volatilité, tant pour le volume de souscription que pour la rentabilité des contrats d'assurance. En effet, l'activité d'assurance et de réassurance est par sa nature même sujette à des fluctuations cycliques :

– cycles liés à la survenance de sinistres exceptionnels (comme l'ouragan Andrew aux États-Unis en 1992), qui réduisent les ressources financières des assureurs et des réassureurs et enclenchent un mouvement de tension des prix. Il peut s'ensuivre une reconstitution progressive de la capacité de souscription qui permettra, à terme, le début d'un mouvement baissier.

– cycles associés aux ondes de « chocs d'offre » plus structurels, comme ceux résultant d'une exacerbation brutale de la concurrence, qui vient intensifier une pression à la baisse des prix. L'effet de la diversification des formes de distribution, déjà marqué par l'essor de la banque-assurance, n'est sans doute que le prélude à des chocs bien plus brutaux associés à la vente liée de l'assurance par des circuits de distribution qui échappent au secteur financier (la grande distribution, les constructeurs automobiles...) et bien sûr au commerce électronique.

– cycles associés à l'évolution progressive des contrats et des tarifs en réponse à des « chocs de demande ». Les assurances de responsabilité sont ici en première ligne, à l'heure où les principes juridiques évoluent et s'adaptent au rythme des changements de nos sociétés : aléas thérapeutiques, manipulations génétiques, responsabilité associée aux produits, responsabilité environnementale... Ainsi, alors que les marchés traditionnels de l'assurance connaissent une pression baissière sur les prix, l'évolution des besoins de protection est susceptible de renforcer le rôle de l'assurance dans la couverture des « nouveaux risques ». Les cycles reflètent alors, de manière agrégée, les mouvements contrastés de la couverture des risques de masse et de ceux qui appellent des innovations de produit ou de gestion.

Quel regard porter sur la conjoncture actuelle du marché de l'assurance, compte tenu de cette

diversité des chaînes de causalité qui peuvent expliquer les fluctuations de l'activité et de la rentabilité de l'assurance ? Il serait hasardeux et certainement peu justifié de formuler une appréciation globale sur cette évolution. Chaque type de risque a sa propre logique et correspond à un marché bien particulier où l'offre et la demande ont chacune leur spécificité. Toutefois, il est sans doute intéressant de prendre un peu de recul. La théorie économique des cycles fournit en effet des éclairages instructifs sur la dynamique d'un marché d'assurance ou de réassurance, sur les raisons pour lesquelles il peut être soumis à des fluctuations cycliques asynchrones avec celles de l'activité macroéconomique. Elle met en évidence certains facteurs susceptibles d'être à l'origine d'une évolution haussière ou baissière du marché. Ce faisant, elle nous invite à une réflexion sur les effets des changements structurels de ce même marché sur les cycles de souscription et de prix. L'imbrication toujours plus forte des marchés d'assurance et surtout de réassurance avec les marchés financiers est l'un des éléments les plus importants. Les nouvelles politiques de gestion du risque des grandes entreprises en est un autre. Enfin, l'intensification de la concurrence sur les marchés d'assurance associée à l'émergence de nouveaux besoins conduit à envisager des marchés

toujours moins cloisonnés et où les produits évolueront à un rythme accéléré.

La conjoncture défavorable du marché européen de l'assurance de dommages nous rappelle la nécessité d'une meilleure compréhension des mécanismes cycliques dans l'assurance. Les articles rassemblés ici contribuent à cette réflexion sur les facteurs explicatifs des cycles dans le secteur de l'assurance et de la réassurance, et mettent en regard faits et théories économiques. Nous espérons que le lecteur y trouvera des éléments susceptibles d'enrichir ses propres analyses des évolutions passées et actuelles et, ainsi, de mieux anticiper ce que seront demain les évolutions des marchés. Ainsi que l'écrivait Denis Kessler dans le rapport de la FFSA sur l'Assurance française en 1998 : « Les assurances de biens et de responsabilité semblent être engagées dans une phase négative du cycle qui les caractérise. C'est la seconde fois au cours des années 90 qu'une telle phase se produit, ce qui est particulièrement inquiétant ». La question n'est-elle pas finalement de savoir si, en matière d'assurance de biens et de responsabilité, nous sommes aujourd'hui dans la phase décroissante d'un cycle ou si les transformations inévitables de la structure du marché, notamment sa concentration, sont les signes annonciateurs d'une dépression plus durable ?

LES CYCLES DE L'ASSURANCE VONT-ILS DISPARAÎTRE ?

Scott E. Harrington

Darla Moore School of Business, université de Caroline du Sud

Le secteur de l'assurance connaît des cycles réguliers, qui évoluent généralement entre des périodes de tension et de dépression du marché. Les principales explications de cette volatilité des prix et de l'activité du marché de l'assurance mettent l'accent sur les conséquences durables de chocs affectant le capital et les capacités financières des assureurs. Certains facteurs sont toutefois susceptibles d'atténuer dans l'avenir l'ampleur et la régularité de ces fluctuations.

Selon les modèles économiques de base, les primes d'assurance « équitables » sont égales à la valeur actualisée des coûts des garanties – y compris ceux liés à la détention du capital permettant à l'assureur de garantir le paiement des demandes d'indemnisation.

Ces modèles n'ont pas été à même d'expliquer deux phénomènes liés : d'une part, l'augmentation considérable des primes sur certains marchés d'assurance, à la suite d'importantes réductions de capital causées par des événements particulièrement défavorables en matière de sinistres ou d'investissements. Il est difficile d'expliquer l'ampleur de ces augmentations par des changements affectant le niveau des primes équitables : il apparaît plutôt que ce sont ces événements défavorables et la réduction de capital correspondante qui sont à l'origine de cet accroissement des primes au-delà de leur valeur équitable. D'autre part, de nombreuses lignes d'assurance sont historiquement caractérisées par des cycles qui touchent les primes et les profits : ces fluctuations suggèrent que les primes réelles dépendent en fait de la rentabilité passée. Aux États-Unis, jusqu'aux années 1980, la durée moyenne des cycles du marché de l'assurance était de six ans. Chacun

d'eux alternait avec des périodes de tension du marché, caractérisées par des hausses brutales des primes et une disponibilité réduite des garanties. Cependant, hormis les augmentations à court terme des primes de réassurance en matière de risques catastrophiques au début des années 1990, les dernières périodes de tension du marché américain remontent aux années 1974-1975 et 1985-1986. La dizaine d'année entre les deux et l'absence de tension du marché depuis 1986 ont conduit certains observateurs à suggérer que ces cycles allaient disparaître.

Nous envisagerons ici, de façon résumée, les diverses explications de la volatilité des tarifs de l'assurance et des cycles qui affectent son marché afin de savoir si les causes sous-jacentes de cette volatilité sont susceptibles d'avoir diminué en importance¹. Nous évoquerons tout d'abord l'implication essentielle des modèles de primes équitables ainsi que les analyses des tensions et des fluctuations cycliques du marché, qui mettent l'accent sur les chocs affectant le capital disponible et les contraintes de capacité. Cela nous fournira un cadre d'analyse pour envisager ensuite les facteurs susceptibles d'atténuer la volatilité des tarifs et de réduire les cycles qui affectent le marché.

Théorie des fluctuations du prix de l'assurance

Les modèles de base indiquent que les primes équitables dépendent à la fois des prévisions relatives aux coûts des futurs sinistres, des coûts de souscription et de ceux liés à la détention du capital garantissant le paiement des demandes d'indemnisation. Ces primes équitables correspondent donc à une anticipation ; elles augmentent généralement à la suite d'un accroissement inattendu des coûts, qui conduit fréquemment à réviser à la hausse l'estimation des prochains sinistres. Cependant, les primes équitables ne dépendent pas directement de la rentabilité antérieure. La croyance, largement répandue dans le public, selon laquelle les assureurs réviseraient automatiquement leurs prix à la hausse pour compenser de mauvais résultats, relève d'une confusion entre la récupération des sommes antérieurement perdues en indemnisation et les changements de prévisions des coûts à venir. La concurrence devrait normalement empêcher les assureurs d'augmenter leurs tarifs pour reconstituer leur capital à la suite de mauvais résultats. De façon plus générale, dans la mesure où les assurés préfèrent la stabilité des prix, les assureurs qui leur épargnent des variations de prime (dues aux variations aléatoires de leurs résultats techniques) tendront à évincer ceux qui ne le font pas.

Au-delà de ce raisonnement théorique fondamental et au vu de certaines évidences factuelles, on peut estimer que les primes peuvent croître d'un montant supérieur à la valeur actualisée des coûts futurs anticipés, si la plupart des assureurs, sur un marché donné, connaissent simultanément de très importantes pertes liées aux sinistres ou à leurs investissements.

Ce type de problème entraîne en effet une diminution substantielle du capital disponible sur le marché. Pour renouveler les contrats à des niveaux de primes équitables sans accroître le risque d'insolvabilité, les sociétés d'assurances devront lever rapidement un capital important. Les raisonnements visant à expliquer les changements de prix en termes de chocs sur le capital et de contraintes de capacité

soulignent que le coût lié à la levée de ce capital sera probablement plus élevé en cas de pertes importantes, en raison de l'incertitude régnant sur les marchés de capitaux. Si le capital ne peut être levé rapidement à un coût relativement faible, les assureurs devront choisir entre laisser croître leur risque d'insolvabilité et réduire le niveau de couverture qu'ils proposent à un prix donné. C'est cette dernière solution qui sera préférée et, de ce fait, la disponibilité des garanties diminuera tandis que les prix augmenteront au-delà des niveaux justifiés par l'anticipation des coûts.

Des primes d'assurance plus élevées suite à un choc conduisent à court terme à des profits attendus supérieurs au rendement normal demandés par les investisseurs sur le long terme. Ce phénomène ne traduit pas un manque de concurrence. Dans la mesure où des pertes importantes réduisent un capital coûteux à reconstituer, le capital restant devient un facteur de production rare produisant un rendement à court terme élevé. Cette situation est par nature temporaire : des prix supérieurs à ceux justifiés par l'augmentation prévue du coût des sinistres futurs contribuent à restaurer le capital propre des assureurs, qui sont alors en mesure de lever progressivement des capitaux extérieurs. Ainsi, le capital s'accumule, l'offre de couverture augmente et les prix retrouvent des niveaux normaux.

Le cycle de souscription consiste alors en une alternance de périodes de tension et de dépression du marché. En période de dépression, nombreux sont les assureurs qui cherchent à placer des garanties, il en résulte des prix stables ou à la baisse. En période de tension au contraire, l'offre diminue et les primes augmentent. Ce cycle de souscription n'est pas étroitement lié au cycle général de l'économie, il met au contraire en avant le rôle des chocs affectant le capital disponible. D'importantes pertes subies à l'échelle du secteur de l'assurance entraînent une diminution du capital, qui fait elle-même augmenter les primes au-delà de leurs niveaux équitables : c'est la période de tension. Des prix élevés et un apport progressif de capitaux extérieurs finissent par produire une augmentation de l'offre et une diminution des primes : c'est la période de dépression. Si la concurrence entre assureurs induit au final une diminution des prix, les portant en deçà de leurs niveaux équitables, les pertes d'exploitation

et les réductions de capital se reproduisent, contribuant ainsi à une augmentation des prix et au retour d'un marché tendu.

Il existe au moins trois explications possibles au fait que, en période de dépression, la concurrence pourrait produire une tendance persistante à une réduction des primes, en deçà des niveaux équitables. Tout d'abord, à la suite de chocs ayant affecté le capital, les assureurs prennent conscience du fait que celui-ci sera relativement rare, donc précieux – ce qui les encourage à détenir un excédent de capital. Ceci peut favoriser une baisse des prix et de la rentabilité du capital au cours des périodes précédant un choc. Ensuite, les prix peuvent devenir inadaptés en raison de la difficulté à prévoir de façon précise le coût des sinistres pour certains types d'assurance. D'aucuns peuvent en effet pratiquer des prix exagérément bas en raison de prévisions trop optimistes. La difficulté de prévoir de façon précise le coût des sinistres – et par conséquent d'adapter les prix – rend difficile aux assurés et aux autorités de régulation chargées de veiller à la solvabilité des opérateurs, l'identification des sociétés d'assurance financièrement vulnérables. Enfin, la garantie par l'État des obligations des assureurs envers les assurés (comme celle qui existe aux États-Unis) n'incite pas les assurés à traiter avec des assureurs à l'assise financière solide. Le risque moral qui en résulte pourrait conduire certains d'entre eux à pratiquer délibérément des prix bas et à s'exposer à un risque d'insolvabilité élevé. Des sociétés financièrement vulnérables pourraient également proposer des garanties à des prix inadaptés afin de se procurer la trésorerie nécessaire pour procéder à l'indemnisation de sinistres intervenus dans le cadre de contrats souscrits antérieurement, retardant ainsi leur identification et leur fermeture par les autorités de régulation.

Pratiqués en raison d'un optimisme ou d'une prise de risque excessifs, les prix bas sont susceptibles d'avoir un effet disproportionné sur l'ensemble du marché. Les tarifs inadaptés de certaines sociétés d'assurances pourraient entraîner des baisses de prix de la part d'autres compagnies qui voudraient éviter de perdre des contrats à renouveler, mais aussi le produit des investissements liés à la constitution d'une clientèle. Si tel est le cas, ce qui semble probable, le comportement anormal en

matière de tarification d'un nombre relativement restreint d'assureurs pourrait contribuer à étendre la dépression à l'ensemble du secteur, entraînant par là même des résultats défavorables et la période de tension suivante.

Conséquences

Tous ces arguments suggèrent qu'un certain nombre de facteurs peuvent atténuer les fluctuations de prix sur les marchés d'assurance. Énumérons en quelques-uns.

■ Stabilité accrue des facteurs externes

Pour ce qui est du capital de l'assureur, toute diminution de la fréquence et de la gravité des chocs externes devrait réduire l'ampleur des fluctuations. On peut notamment se demander si des chocs touchant l'ensemble du secteur – comme une augmentation inattendue du coût des sinistres, par exemple, à la suite d'une modification des principes juridiques en vigueur dans le domaine de l'assurance responsabilité, ou une forte augmentation des taux d'intérêt – sont moins probables que par le passé. Si tel est le cas, les périodes de tension devraient être moins fréquentes, peut-être moins graves, et les assureurs moins enclins à accumuler des réserves en capital dans les périodes précédant un choc, ce qui atténuerait les baisses de prix.

■ Meilleure gestion du risque

Assureurs et assurés ont pu tirer les leçons de l'expérience acquise au cours des vingt-cinq dernières années. Cet apprentissage pourrait inciter certains assurés à accorder une plus grande importance à la puissance financière des sociétés d'assurances et les conduire à améliorer leur gestion du risque, réduisant ainsi leur vulnérabilité aux chocs. De tels changements dans la gestion des risques pourraient prendre la forme d'une plus grande diversification des activités, d'une réduction de l'exposition au risque de taux d'intérêt ou d'une meilleure couverture de ce risque, d'une utilisation de nouveaux outils de risk management tels les *cat*

bonds ou les produits dérivés correspondants, mais aussi d'une capacité accrue à retirer des ressources en capital et des ressources humaines des activités pour lesquelles les prix sont perçus comme inadaptés et enfin de détention d'un capital accru. On peut penser que de tels changements réduisent les effets des chocs et donc les modifications de l'offre qui conduisent aux situations de tension du marché.

■ Diminution de l'optimisme excessif et/ou de la prise de risque excessive

L'apprentissage des effets dits « de malédiction du vainqueur » pourrait conduire à une réduction du nombre de sociétés pratiquant des prix inadaptés. Plus important peut-être, l'expérience acquise par certains assurés concernés par le risque d'insolvabilité des assureurs pourrait les inciter à éviter une compagnie pratiquant des prix exagérément bas – à moins que l'assureur lui-même, les courtiers ou les agences de notation ne fournissent des preuves solides de sa santé financière. Le mouvement vers la qualité qui en résulterait disciplinerait les assureurs. L'amélioration des règles visant à prévenir le risque d'insolvabilité – des normes de capital en fonction du risque, un contrôle réglementaire accru et une moindre garantie par l'État des obligations des assureurs – pourrait réduire le nombre d'assureurs pratiquant des prix inadaptés ainsi que les retombées de ces pratiques sur les décisions tarifaires des autres assureurs.

■ Mobilité accrue des clients

Toute tendance des assurés à changer fréquemment de sociétés d'assurances pourrait atténuer les retombées de prix inadéquats pratiqués par quelques assureurs sur les décisions tarifaires de l'ensemble de la profession. Une telle situation de mobilité accrue est particulièrement probable à l'heure où des changements technologiques comme le commerce électronique facilitent la comparaison des offres en matière de prix. Il en résulte une moindre incitation à supporter des coûts importants pour obtenir de nouvelles affaires, et des marges plus faibles sur les primes de renouvellement

permettant de récupérer les coûts initiaux. Si ces dernières sont plus faibles, les assureurs seront moins enclins à suivre les baisses de tarif de certains concurrents.

Il n'est pas de réponse claire à la question de savoir si les facteurs externes affectant le capital détenu par l'assureur demeureront plus stables qu'ils ne l'ont été au cours des années 1970 et 1980. Les éléments énumérés ci-dessus devraient réduire l'ampleur des fluctuations affectant les prix et l'offre de couverture d'assurance. S'il n'y a a priori aucune raison de croire que la tension des marchés appartient au passé, il ne me surprendrait pas que les mouvements cycliques soient désormais moins prononcés. D'un autre côté, les inquiétudes exprimées aujourd'hui sur l'excès de capacité des marchés d'assurance et la publicité qui a été accordée aux pertes récemment subies par un pool de réassurance américain rappellent le début des années 1980. Il est difficile de dire si ces phénomènes représentent des nuages passagers ou une tempête qui s'approche.

Traduction effectuée par Jean-Marc Sahuc et supervisée par Pierre Picard.

Bibliographie

Cummins, J. D., et. Danzon, P. M (1997), « Price, Financial Quality and Capital Flows in Insurance Markets », *Journal of Financial Intermediation* 6, p. 3-38.

Cummins, J. D., Harrington E. S., et Klein R., eds. (1991), *Cycles and Crises in Property/Casualty Insurance : Causes and Implications for Public Policy*, Kansas City, Mo. NAIC.

Gron, A. (1994), « Capacity Constraints and Cycles in Property/Casualty Insurance Markets, » *RAND Journal of Economics* 25, p. 110-127.

Harrington, S. E. et Danzon P. M. (1994), « Price Cutting in Liability Insurance Markets, » *Journal of Business* 67, p. 11-358.

Harrington, S. E. et Niehaus G. (1999). « Volatility and Underwriting Cycles, » in Georges Dionne, ed., *The Handbook of Insurance* (Boston, Kluwer Academic, à paraître).

Winter, R. A. (1994), « The Dynamics of Competitive Insurance Markets, » *Journal of Financial Intermediation* 3, p. 379-415.

Note

1. Voir Harrington et Niehaus (1999) sur l'analyse des causes de la volatilité des prix en matière d'assurance et des cycles affectant le marché de l'assurance.

CYCLES ET CAPITAL : PASSÉ, PRÉSENT ET AVENIR

Anne Gron

J.L. Kellogg Graduate School of Management, Northwestern University

De nombreuses recherches ont mis en évidence le rôle significatif du capital dont disposent les assureurs dans l'explication des cycles de l'assurance. Ces explications sont-elles encore pertinentes aujourd'hui ? L'apparition de substituts à l'assurance traditionnelle et la modification de la demande d'assurance des entreprises constituent deux tendances importantes qui affectent aujourd'hui l'environnement du marché et ne manqueront pas d'avoir des répercussions sur la relation entre cycles et capital.

Le cycle du marché de l'assurance est un phénomène qui affecte l'ensemble du secteur de manière récurrente. Les changements de l'environnement, tels que l'apparition de nouveaux produits de substitution, ou ceux qui concernent la demande peuvent avoir un effet déterminant sur les cycles à venir. Leur impact dépend en réalité des causes sous-jacentes du cycle de l'assurance. Ces causes ont fait et continuent de faire l'objet d'un débat. Les chercheurs ont avancé et étayé de nombreuses explications, en mettant notamment l'accent sur la pénurie de capitaux à court terme, le rôle des conventions comptables et réglementaires, les procédures de fixation des tarifs ainsi que les changements intéressant la distribution des pertes¹. Ces hypothèses ne s'excluent pas nécessairement les unes les autres. Dans cet article, je me concentrerai sur le rôle du capital dans les cycles d'assurance et sur les conséquences probables des mécanismes alternatifs de prises en charge des risques et de l'évolution de la demande d'assurance des entreprises. Je commencerai par un

bref tour d'horizon des recherches concernant le rôle des capacités (c'est-à-dire du capital disponible) sur les marchés d'assurance et je présenterai ensuite quelques recherches récentes consacrées à cette question. J'aborderai enfin le rôle des changements concernant les substituts de l'assurance et la demande d'assurance des entreprises à la lumière de ces théories.

Le passé

■ Panorama de la recherche

L'hypothèse selon laquelle le capital des assureurs jouerait un rôle en matière de cycles d'assurance a été avancée par Stewart (1984) et formellement développée par Winter (1988, 1994) et Gron (1990). Le niveau du capital détenu par les assureurs détermine la capacité de souscription du secteur et on est en présence de « contraintes de

capacité » si l'offre est inférieure à la demande. Les théories de Winter et Gron relatives à ces contraintes soutiennent que des perturbations influant sur le marché de manière persistante pourraient être causées par des insuffisances temporaires de l'offre liées à des chocs affectant la valeur des sociétés d'assurances.

À la suite de ces modèles définis à l'échelle de l'ensemble du secteur de l'assurance, les chercheurs ont étudié le rôle de la capacité en s'appuyant sur des données en coupe transversale. Doherty et Garven (1995) ont ainsi montré que les taux d'intérêt ont un impact à la fois sur la structure du capital et sur la rentabilité comptable des assureurs, théorie qu'ils ont étayée empiriquement. Cagle et Harrington (1995) et Cummins et Danzon (1997) ont étudié l'influence du capital disponible sur la tarification, l'offre de couverture et la rentabilité des assureurs, en tenant compte des contraintes endogènes de solvabilité. Les premiers intègrent le risque endogène d'insolvabilité dans un cadre comprenant une responsabilité limitée et un capital incorporel tandis que les seconds, partant de ce résultat, supposent que la demande varie avec la qualité de l'offre qui elle-même dépend de la solvabilité de l'assureur. Ce modèle prédit une relation positive entre le capital détenu par la société et l'accroissement des primes. Doherty et Posey (1997) ont également développé un modèle de contrats implicites qui fournit la même relation entre le capital de la firme et la croissance des primes. Ces modèles confirment la relation croissante entre capacité et rentabilité qui a été observée dans le domaine de l'assurance de responsabilité dans les années 1980.

Dans l'ensemble, la recherche empirique confirme généralement la théorie selon laquelle les insuffisances temporaires de capital jouent un rôle important dans les cycles du marché de l'assurance. Ce résultat peut être notamment observé sur de longues périodes dans des branches importantes, telles que l'assurance automobile ou l'assurance habitation. On constate, toutefois, une anomalie

frappante dans le cas des études concernant l'assurance de responsabilité durant les années 1980. Celle-ci peut s'expliquer par le fait que les évaluations de la capacité relative réalisées à l'échelle du secteur de l'assurance ne mesurent pas correctement le rapport entre l'offre et la demande en matière d'assurance de responsabilité. Il est aussi possible que la demande d'assurance de responsabilité ait connu une croissance significative au cours de cette période, ce qui complique l'analyse de l'effet des contraintes de capacité, car celle-ci suppose habituellement que la demande est relativement stable. Une autre explication serait que le rôle du capital dans les cycles affectant le marché de l'assurance a changé au cours de la période récente. Une quatrième explication, proposée ci-après, pourrait être l'omission de certaines variables dans les mesures de capacité.

Le présent

■ Le cycle est-il toujours pertinent ?

Froot et O'Connell (1997, 1999) montrent de manière convaincante que des insuffisances temporaires de capital ont joué un rôle important dans la perturbation la plus récente qu'a connu le marché, à savoir la crise de la réassurance des risques catastrophe à la suite de l'ouragan Andrew de 1992. Froot et O'Connell (1997) établissent qu'une concurrence imparfaite peut amplifier les conséquences d'une insuffisance temporaire de capital. Étudiant la relation entre l'offre et la demande en matière de réassurance de catastrophe, ils constatent que les accroissements de primes suivant des catastrophes de grande ampleur résultent d'une diminution de l'offre de réassurance et d'une augmentation de la demande de réassurance. En d'autres termes,

une capacité temporairement faible entraîne d'importantes augmentations de prix. Froot et O'Connell (1999) montrent que, dans d'autres lignes d'assurance catastrophe, les primes ont augmenté à la suite de l'ouragan Andrew alors même que les pertes prévues devraient demeurer inchangées.

Le modèle de Froot et O'Connell se fonde sur une approche de la gestion du risque par les entreprises privilégiant la notion de portefeuille, approche décrite dans l'article de Froot, Scharfstein et Stein (1993). En utilisant cette approche, Gron et Winton (1999) démontrent qu'une crise aura une durée plus longue dans des branches d'assurance où l'exposition au risque représentée par les contrats anciens est significative et durable, au travers des dossiers de sinistres ouverts. La durée de la crise ayant affecté l'assurance de responsabilité a ainsi été supérieure à celle de la réassurance de catastrophe, notamment parce que les risques de responsabilité ont eux-mêmes une durée beaucoup plus longue que l'exposition au risque de dommages.

Les recherches actuelles indiquent que le capital continue de jouer un rôle significatif dans les crises du marché de l'assurance et elles apportent de nouveaux éclairages sur les cycles d'assurance et le rôle des capacités. En premier lieu, des réductions de capital significatives ont pour effet d'accroître l'aversion des assureurs pour le risque. Dans les branches où ils sont moins nombreux et où la concurrence est moins grande, ces effets auront un impact particulièrement important sur l'évolution des prix. Le volume de dossiers de sinistres en cours amplifie également cet effet. S'il existe un grand nombre de dossiers ouverts, le capital détenu par un assureur ne constitue pas une mesure totalement pertinente de sa capacité à prendre en charge des risques nouveaux. Une variable importante a donc été omise dans les études antérieures car l'aptitude des assureurs à supporter le risque en matière d'assurance de responsabilité dépend à la fois de la quantité de capital qu'ils détiennent et de l'exposi-

tion persistante au risque résultant des dossiers ouverts dans les anciens contrats.

L'avenir

■ Des changements majeurs de l'environnement du marché de l'assurance

Le recours de plus en plus fréquent aux marchés de capitaux pour couvrir les risques assurables et les changements dans la demande d'assurance des entreprises constituent deux tendances importantes touchant aujourd'hui l'environnement du marché de l'assurance. Compte tenu de ce que nous savons de la relation entre capital et cycle de l'assurance, comment celle-ci peut-elle être affectée par ces évolutions ?

Au cours de la décennie passée, les marchés de capitaux ont suscité un intérêt grandissant comme instruments de gestion du risque et ils ont effectivement été de plus en plus utilisés. Différentes méthodes ont permis de financer la garantie des risques catastrophe : cat bonds, futures, options et titres sur indices. Cette évolution produit deux effets sur l'environnement du secteur de l'assurance. En premier lieu, elle donne aux assureurs et aux réassureurs un accès plus large et plus souple au capital. À ce titre, elle devrait accélérer les adaptations en offrant à l'assurance une source de capital moins coûteuse et plus immédiate. En ce qui concerne les crises du secteur de l'assurance, un meilleur accès au capital devrait avoir pour effet de réduire l'intensité et la durée de l'impact des gros sinistres dans les branches où il existe des produits financiers pouvant être substitués au capital. Cette évolution devrait également avoir un effet sur les branches d'assurance sans substituts disponibles. Supposons, par exemple, que les lignes d'assurance

de responsabilité connaissent une insuffisance temporaire de capital, mais que les marchés financiers ne procurent un financement direct que pour les risques catastrophe. Les assureurs opérant dans ces deux branches ont la possibilité de financer sur les marchés de capitaux une plus grande partie des risques catastrophe et de réaffecter le capital aux lignes d'assurance de responsabilité. Un meilleur accès aux marchés de capitaux devrait ainsi réduire l'ampleur et la durée des crises.

En second lieu, les instruments financiers tels que les titres sur indices offrent un substitut à l'assurance traditionnelle. Les demandeurs d'assurance peuvent acheter de tels titres, réduisant la pression sur les prix de l'assurance et le pouvoir de marché des assureurs. À court terme, le déplacement de la demande vers les produits de substitution est à même de produire des excédents de capacité et de réduire ainsi le risque de crises. À long terme, le capital détenu par le secteur de l'assurance s'adaptera au niveau de la demande résultant de cette évolution. Dans la mesure où les produits d'assurance et les produits financiers représentent des substituts imparfaits, on peut encore s'attendre à ce que des sinistres importants et significatifs entraînent des insuffisances temporaires de capital. Cependant, dans les branches où des substituts financiers sont disponibles, l'ampleur des changements de prix et la durée des cycles seront réduites car les assurés reporteront leur demande sur ces produits si les prix augmentent de façon significative.

Une seconde tendance affectant l'environnement du secteur de l'assurance réside dans l'apparition de pratiques « non traditionnelles » de gestion du risque, telles que l'autoassurance, les groupes de conservation du risque et les captives. Selon les estimations, 30 à 40 % du marché global de l'assurance de dommages (biens, accidents et risques divers) et environ 60 à 80 % de l'assurance des grands risques, où la tendance est la plus forte, ont quitté le marché traditionnel de l'assurance². À court terme, cette

évolution conduit à des excédents de capacité sur le marché de l'assurance si le capital n'en sort pas rapidement. Là encore, la probabilité d'une pénurie de capital et la fréquence des crises se trouvent réduites. Cette tendance est également liée à la dissociation des services d'assurance. Les assureurs peuvent ainsi offrir des services de gestion et de contrôle des sinistres distincts du financement des garanties. Dans ces domaines, ils sont, en effet, susceptibles de profiter d'économies d'échelle et d'avoir des compétences élevées³.

La rétention du risque de plus en plus fréquente de la part des entreprises pourrait modifier de façon intéressante la dynamique du secteur de l'assurance. Dans le passé, l'offre d'assurance pouvait être plus variable que la demande. Cependant, les modèles de gestion du risque mettant en avant la notion de portefeuille indiquent que, si les entreprises conservent plus de risques, des sinistres importants auront pour effet de réduire leur capacité de rétention et d'accroître la demande d'assurance. Imaginons les conséquences d'un accroissement imprévu de l'exposition au risque de responsabilité. Non seulement les entreprises paieront des sommes plus importantes, ce qui aura pour effet de réduire leur capital, mais elles pourront, en outre, s'attendre à devoir payer des sommes plus importantes à l'avenir pour la garantie des risques actuellement couverts. Les encours de contrats continuent d'exister, mais ce sont désormais les entreprises qui les supportent plutôt que les assureurs. Dans un tel contexte, la demande d'assurance par les entreprises pourrait connaître un accroissement soudain. Cette demande accrue se traduira par une pénurie temporaire de capital dans le secteur de l'assurance, puisque l'offre y est faible comparée à la demande. La question intéressante est alors de savoir si le capital y affluera plus rapidement dans l'hypothèse où ce sont les entreprises qui supportent la plupart des conséquences des risques anciens et non les assureurs.

Traduction effectuée par Jean-Marc Sahuc et supervisée par Pierre Picard.

Bibliographie

- Cagle, J. A. et Harrington, S. E. (1995), « Insurance Supply with Capacity Constraints and Endogenous Solvency Risk », *Journal of Risk and Uncertainty*, 11, p. 219-232.
- Cummins, J. D. et Danzon, P. (1991), « Price Shocks and Capital Flows », in Cummins, J. D., Harrington, S. E. et Klein, R. W. (eds), *Cycles and Crises in Property/Casualty Insurance: Causes and Implications for Public Policy*, National Association of Insurance Commissioners.
- Cummins, J. D. et Danzon, P. (1997), « Price, Financial Quality, and Capital Flows in Insurance Markets », *Journal of Financial Intermediation*, vol. 6, p. 3-38.
- Cummins, J. D., Harrington, S. E. et Klein, R. W. (1991), *Cycles and Crises in Property/Casualty Insurance: Causes and Implications for Public Policy*, National Association of Insurance Commissioners.
- Cummins, J. D. et Outreville, J.-F. (1987), « An International Analysis of Underwriting Cycles in Property-liability Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 54, p. 246-262.
- Doherty, N. A. et Garven, J. (1995), « Insurance Cycles : Interest Rates and the Capacity Constraint Model », *Journal of Business*, vol. 68, p. 383-404.
- Froot, K. A., Scharfstein, D. S. et Stein, J. (1993), « Risk Management : Coordinating Corporate Investment and Financing Policies », *The Journal of Finance*, 48, December, p. 1629-1658.
- Froot, K. A. et O'Connell, P. J. (1997), « On the Pricing of Intermediated Risks : Theory and Application to Catastrophe Reinsurance », National Bureau of Economic Research, Working Paper n° 6011, April.
- Froot, K. A. et O'Connell, P. J. (1999), « The Pricing of U.S. Catastrophe Reinsurance », in Froot, K. (ed.), *The Financing of Property Casualty Risks*, National Bureau of Economic Research.
- Gron, A. (1990), *Property-Casualty Insurance Cycles, Capacity Constraints and Empirical Results*, Ph. D. dissertation, Massachusetts Institute of Technology.
- Gron, A. (1994a), « Capacity Constraints et Cycles in Property-Casualty Insurance Markets », *Ret Journal*, p. 110-127.
- Gron, A. (1994b), « Evidence of Capacity Constraints in Insurance Markets », *Journal of Law and Economics*, p. 349-377.
- Gron, A. et Winton, A. (1999), « Policy Overhang and Market Behavior », Northwestern University Working Paper, August.
- Harrington, S. E. (1988), « Prices et Profits in the Liability Insurance Market », in Litan, R. E. et Winston, C. (eds), *Liability: Perspectives and Policy*, Washington, D.C., Brookings Institution.
- Johnson et Higgens (1992), *Self-Insurance: Trends and Perspectives*, Chicago, Il.
- Stewart, B. D. (1984), « Profit Cycles in Property-Liability Insurance », in Long, J. D. et Randall, E. D. (eds), *Issues in Insurance*, 3d ed. Malvern, Penn., American Institute for Property and Liability Underwriters Inc.
- Venezian, E. C. (1985), « Ratemaking Methods and Profit Cycles in Property and Liability Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 82, p. 477-500.
- Winter, R. A. (1988), « The Liability Crisis and the Dynamics of Competitive Insurance Markets », *Yale Journal on Regulation*, 5, p. 455-499.
- Winter, R. A. (1991). « The Liability Insurance Market » *Journal of Economic Perspectives*, 5, p. 115-136.
- Winter, R. A. (1994), « The Dynamics of Competitive Insurance Markets », *Journal of Financial Intermediation*, 3, p. 379-415.

Notes

1. Les articles du premier groupe comprennent Winter (1988, 1994), Gronb (1994a, 1994b) et Cummins et Danzon (1991). Cummins et Outreville (1987) démontrent comment les conventions comptables et réglementaires peuvent se traduire par des cycles de profit. Venezian (1985) fournit une base pour les procédures de fixation des tarifs qui se traduit par des cycles de profit. Harrington (1988) et Cummins et Danzon (1994) constatent que les cycles de profit sont liés à des changements affectant les coûts.
2. Voir Murphy (1995) et Johnson et Higgens (1992) pour plus de détails sur cette tendance.
3. Une conséquence secondaire de ce changement affectant l'environnement du secteur réside dans le fait qu'une proportion accrue des revenus des assureurs provient des services de gestion. La diversification par rapport à la fourniture de garantie peut procurer une source de revenus plus stable.

DÉSÉQUILIBRE, CHOCS OU TENDANCES : QUELLE EXPLICATION POUR LE CYCLE DE L'ASSURANCE ?

Jean-François Outreville

*Secrétaire exécutif de l'assurance mutuelle du personnel
Office des Nations unies à Genève*

Depuis un certain nombre d'années, on observe un mouvement cyclique des résultats des sociétés d'assurances IARD. Cet article présente un résumé des différentes hypothèses avancées pour expliquer ce phénomène et examine les tendances à long terme pouvant avoir un effet sur l'allongement de la durée du cycle qui semble se matérialiser aujourd'hui.

Il y a peu encore, le sujet favori des discussions au sein des sociétés d'assurances IARD avait trait à l'évolution future du cycle des résultats techniques d'exploitation dans les diverses branches d'assurance. Le sujet semble être passé de mode si l'on se réfère à la quasi-absence d'articles récents parus dans la presse. Il demeure cependant un des sujets de prédilection des économistes de l'assurance pour la simple raison qu'aucune explication unique et définitive n'a encore été admise.

Le fait que l'on ait observé dans le passé des fluctuations plus ou moins régulières des résultats techniques, aussi bien au niveau global que pour certaines lignes d'assurance, a amené les assureurs à croire qu'il existait des cycles d'affaires¹. Aux États-Unis, les premières études ont démontré, jusqu'à la

fin des années 80, l'existence d'un cycle d'environ six ans au niveau de l'ensemble des affaires, mais, récemment, cette période semble s'être allongée. Ce phénomène cyclique existe aussi pour chaque catégorie d'assurance, mais les cycles ne sont pas nécessairement en phase, ni de même durée. Cela laisse d'ailleurs perplexe l'économiste qui se demande pourquoi il n'existe pas d'effet de portefeuille.

Ce même phénomène existe aussi à l'échelle internationale comme l'ont démontré plusieurs études dont les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous. Là encore, les cycles ne sont ni en phase ni de même durée, et l'observation semble prouver que, dans certains pays, ils ont tendance à s'allonger lorsque l'on considère une période plus récente.

Existence de cycles dans plusieurs pays		
Pays	Période d'étude	Longueur du cycle
Australie	1957/1979	4 ans et 8 mois
	1965/1987	5 ans et 1 mois
Canada	1958/1979	6 ans et 8 mois
	1965/1987	5 ans et 7 mois
Corée du Sud	1969/1984	5 ans et 3 mois
	1971/1995	non significatif
États-Unis	1957/1979	6 ans et 1 mois
	1965/1987	6 ans et 11 mois
France	1957/1979	8 ans et 3 mois
	1965/1987	6 ans et 8 mois
République fédérale d'Allemagne	1957/1979	7 ans et 9 mois
	1965/1987	6 ans et 5 mois
Italie	1957/1979	7 ans et 9 mois
	1965/1987	non significatif
Malaisie	1972/1983	5 ans et 10 mois
	1970/1995	12 ans
Mexique	1966/1983	8 ans et 5 mois
Nouvelle-Zélande	1957/1979	6 ans et 4 mois
Singapour	1975/1990	6 ans
	1970/1996	7 ans et 9 mois
Suède	1957/1979	6 ans et 3 mois
Suisse	1957/1979	5 ans et 4 mois
	1965/1987	6 ans et 10 mois

Source : Cummins et Outreville (1987), Lamm-Tennant et Weiss (1997), Outreville (1998), Chen, Wong et Lee (1999).

Cet article a pour but de présenter un résumé des différentes hypothèses ayant été avancées par le passé pour expliquer ces mouvements cycliques. En raison du caractère international du phénomène, les explications que nous proposons ignorent les effets purement nationaux². Ce résumé de la littérature est présenté suivant trois mots clefs : déséquilibre, chocs externes et tendances.

Déséquilibre entre offre et demande

La littérature actuarielle n'offre pas de preuve de l'existence de cycles dans la fréquence ou la gravité des sinistres. De même, si l'on considère l'autre élément ayant une incidence notable sur les résultats, c'est-à-dire les taux de rentabilité des actifs financiers, on n'en trouve aucune concernant le mouvement cyclique des taux. Il semble donc raisonnable de penser que, si des cycles existent, ils résultent d'une situation de déséquilibre entre l'offre et la demande.

La demande d'assurance IARD étant généralement supposée être insensible aux prix du fait de

son caractère obligatoire ou quasi obligatoire, les observateurs du secteur interprètent l'existence d'un cycle comme un phénomène d'offre uniquement (Wilson, 1981 ; Smith, 1982 ; Berger, 1988).

■ Excès de concurrence par les prix

De nombreux auteurs considèrent que l'assurance IARD est un secteur où, dans le court terme, les prix sont un facteur essentiel de concurrence. Les autres facteurs de concurrence que sont la qualité des services ou la différenciation des produits ne portent effet qu'à moyen ou long terme. La pression du marché (intermédiaires rémunérés) entraînerait ainsi l'ensemble des assureurs dans une spirale de baisse des tarifs jugée parfois irrationnelle au niveau de la souscription de certains risques (Stewart, 1987 ; Radach, 1988 ; Harrington et Danzon, 1994).

Certains auteurs estiment même que les assureurs, pour éviter de perdre leur part de marché dans cet environnement, ne changerait leur pratique tarifaire que lorsqu'un risque catastrophique les y contraindrait (Hagstrom, 1994).

■ Problèmes de capacité financière

Un certain nombre de recherches s'attardent à montrer que l'existence d'un cycle peut être dû aux rigidités de l'offre et à l'incapacité des assureurs à dégager rapidement un niveau de marge de solvabilité suffisant pour adapter l'offre à la demande (Stewart, 1987 ; Doherty et Garven, 1992). Ils qualifient ce phénomène d'imperfection du marché des capitaux.

Cette hypothèse selon laquelle les résultats cycliques seraient en partie expliqués par le coût élevé d'acquisition du capital (ou d'accroissement de la marge de solvabilité) est vérifiée par Cummins et Danzon (1992) ainsi que par Gron (1992, 1994).

■ Processus naïf de tarification

Venezian (1985) a attribué la présence d'un phénomène cyclique à l'utilisation de modèles de tarification trop naïfs utilisant des processus d'extrapolation de tendances. L'utilisation de tels modèles entraîne des prévisions à moyen terme biaisées, parce que systématiquement surestimées ou sous-estimées selon les périodes du cycle.

Les résultats de Venezian et de Niehaus et Terry (1993) utilisant un modèle autorégressif de second degré démontrent l'existence d'un cycle d'environ six ans. Ces résultats confirment les hypothèses, similaires, relevées dans les études d'Outreville (1981) et de Smith (1984).

Les effets externes : chocs et contraintes réglementaires

Les études publiées par le NAIC aux États-Unis démontrent que le phénomène cyclique peut être accentué ou déclenché par la survenance de chocs externes aléatoires tels que la réalisation de risques catastrophiques ou la variabilité des taux d'intérêt. Par

ailleurs, les contraintes réglementaires représentent un autre élément externe important.

■ Influence des taux d'intérêt

Plusieurs études montrent qu'il existe un lien statistiquement significatif entre les mouvements à court terme des taux d'intérêt et la variabilité des résultats de l'assurance IARD. Doherty et Kang (1988) et Doherty et Garven (1992) estiment que la variabilité des taux d'intérêt entraîne des chocs externes influençant l'équilibre des prix. La sensibilité des résultats aux variations des taux d'intérêt dépend des possibilités d'accès au marché des capitaux et à la réassurance. En conséquence, les entreprises privées seraient les plus affectées selon l'analyse de Doherty et Garven (1992). S'il n'y avait pas une rigidité de l'offre, la relation entre mouvement cyclique et mouvement des taux d'intérêt serait encore plus prononcée. Ce point de vue est partagé par Lamm-Tennant et Weiss (1997).

■ Existence de délais réglementaires

Bien que l'existence d'un cycle ne soit pas compatible avec une hypothèse d'anticipations rationnelles, Cummins et Outreville (1987) considèrent qu'elle n'est pas liée au comportement irrationnel de certains assureurs, mais plutôt à des délais réglementaires (renouvellement de polices, approbation de tarifs par les autorités de contrôle, règles comptables). Ils démontrent que ces délais peuvent, selon un processus autorégressif de second degré, engendrer un mouvement cyclique du fait de l'impossibilité d'ajuster immédiatement les prix en fonction de l'information disponible et anticipée.

Des études réalisées aux États-Unis ont comparé les régimes de surveillance et de contrôle des tarifs des différents États en ce qui concerne l'assurance automobile. Elles démontrent que les autorisations préalables nécessaires dans certains de ces États augmentent la variabilité des résultats (Witt et Miller, 1981 ; Witt et Urrutia, 1983) et sont corrélés avec la présence de cycles (Outreville, 1990 ; Tennyson, 1991, 1993).

Cette hypothèse d'anticipations rationnelles « contrariées » est aussi validée par Lamm-Tennant et Weiss (1997) sur une période d'étude plus récente. Les auteurs vérifient que l'existence d'un cycle est liée statistiquement à celle de chocs (perte catastrophique, mouvement des taux d'intérêt), mais aussi à celle de délais réglementaires créés par les autorités de contrôle du secteur.

Les tendances à long terme

■ Influence des cycles économiques

Webb (1992) considère que les cycles en assurance sont beaucoup plus réguliers à court terme que les cycles économiques et que les deux types de cycles ne coïncident pas. Grace et Hotchkiss (1995) ont étudié la relation susceptible d'exister entre les différents types de cycles économiques et ceux de l'assurance. Ils ont conclu que les résultats de l'assurance IARD étaient bien corrélés à long terme avec la performance des indicateurs économiques, mais non à court terme.

■ L'existence de tendances à long terme

Dans plusieurs pays, Outreville (1984) avait observé une tendance significative à la baisse du ratio frais administratifs sur primes susceptible d'avoir une incidence sur la variabilité des résultats cycliques. Cette variable de contrôle avait été intégrée dans le calcul de la période de cycles par Cummins et Outreville (1987).

Dans une étude récente concernant des pays d'Asie, Chen, Wong et Lee (1999) ont conclu que ces tendances à long terme pouvaient être un facteur explicatif de l'allongement des périodes de cycles qu'ils ont observé dans certains pays. Dans ce numéro de *Risques*, Scott Harrington avance un certain nombre d'autres hypothèses de tendances

qui peuvent expliquer que les cycles sont moins prononcés aujourd'hui.

Conclusion

Les recherches académiques présentées dans ce résumé n'ont pas apporté de réponse définitive sur les raisons de l'existence de cycles en assurance IARD. Ce phénomène serait le résultat de plusieurs effets et causes combinés et certaines tendances à long terme pourraient avoir un effet sur la durée du cycle. Au niveau européen, il serait vraisemblablement intéressant d'analyser l'effet de l'ouverture des marchés et de l'adoption de règles de régulation commune sur les formes nouvelles des fluctuations cycliques de l'assurance.

Le contenu de cet article n'engage que son auteur et en aucun cas l'organisation dont-il est fonctionnaire.

Bibliographie

- Berger, L. A. (1988), « A Model for the Underwriting Cycle in Property-Liability Insurance Industry », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 55, p. 298-306.
- Chen, R., Wong, K. A. et Lee, H. C. (1999), « Underwriting Cycles in Asia », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 66, p. 29-47.
- Cummins, J. D. et Danzon, P. (1992), « Price Shocks and Capital Flows in Liability Insurance », Working Paper, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Cummins, J. D., Harrington, S. E. et Klein, R. W. (1991), « Cycles and Crises in Property-Casualty Insurance : Causes and Implications for Public Policy », *Journal of Insurance Regulation*, Fall, p. 50-93.
- Cummins, J. D. et Outreville, J.-F. (1987), « An International Analysis of Underwriting Cycles », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 54, p. 246-262.
- Doherty, N. A. et Garven, J. (1992), « Insurance Cycles : Interest Rates and the Capacity Constraint Model », *Journal of Business*, vol. 68, p. 383-404.
- Doherty, N. A. et Kang, H. B. (1988), « Interest Rates and Insurance Price Cycles », *Journal of Banking and Finance*, vol. 12, p. 199-214.
- Grace, M. F. et Hotchkiss, J. L. (1995), « External Impacts on Property-Liability Insurance Cycle », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 62, p. 738-754.

- Gron, A. (1992), « Capacity Constraints and Cycles in Property-Casualty Insurance Markets », *Journal of Law and Economics*, vol. 25, p. 110-127.
- Gron, A. (1994), « Insurance Markets with Capacity Constraints », Working Paper, University of Chicago.
- Hagstrom, R. G. (1994), *The Warren Buffett Way: Investment Strategies of the World's Greatest Investor*, Boston, John Wiley and Sons, Inc.
- Harrington, S. E. et Danzon, P. M. (1994), « Price Cutting in Liability Insurance Markets », *Journal of Business*, vol. 67, p. 511-538.
- Lamm-Tennant, J. et Weiss, M. A. (1997), « International Insurance Cycles : Rational Expectations/Institutional Intervention », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 64, p. 415-439.
- Niehaus, G. et Terry, A. (1993), « Evidence on the Time Series Properties of Insurance Premiums and Causes of the Underwriting Cycle », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 60, p. 466-479.
- Outreville, J.-F. (1981), « Les opérations des sociétés d'assurances IARD : identification de modèles et simulation d'hypothèses de conjoncture économique », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 6, October, p. 34-50.
- Outreville, J.-F. (1984), « Les résultats techniques de l'assurance incendie, accidents et risques divers en Amérique du Nord et en Europe : 1955-1979 », *Études et Dossiers*, 82, Genève, Association internationale pour l'étude de l'économie de l'assurance.
- Outreville, J.-F. (1990), « Underwriting Cycles and Rate Regulation in Automobile Insurance Markets », *Journal of Insurance Regulation*, vol. 8, p. 274-286.
- Outreville, J.-F. (1998), *The Theory and Practice of Insurance*, Boston, Kluwer Academic Publishers, p. 297.
- Radach, F. R. (1988), « A Strategy for Cycle Management », *Best's Review*, June, p. 48-50.
- Smith, B. D. (1982), « The Property-Liability Underwriting Cycle : What lies Ahead ? » *CPCU Journal*, September, p. 138-142.
- Smith, M. L. (1984), « Property-Liability Insurance Markets, Taxation and Interest Rates », *Proceedings, International Insurance Seminar*, New Orleans.
- Stewart, B. D. (1987), « Profit Cycles in Property-Liability Insurance », in E. D. Randall, ed., *Issues in Insurance*, 4th edition, Malvern, AIPLU, p. 111-174.
- Tennyson, S. (1991), « The Effect of Rate Regulation on Underwriting Cycles », *CPCU Journal*, vol. 44, p. 33-45.
- Tennyson, S. (1993), « Regulatory Lag in Automobile Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 63, p. 36-58.
- Venezian, E. (1985), « Ratemaking Methods and Profit Cycles in Property and Liability Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 52, p. 477-500.
- Webb, B. L. (1992), *The Property and Liability Insurance Industry*, *Insurance Investment Management Handbook*.
- Wilson, W. C. (1981), « The Underwriting Cycle and Investment Income », *CPCU Journal*, vol. 34, p. 225-232.
- Witt, R. C. et Miller, H. (1981), « Price Competition, Regulation and Systematic Underwriting Risk in Automobile Insurance Markets », *CPCU Journal*, vol. 34, p. 174-189.
- Witt, R. C. et Urrutia, J. (1983), « Price Competition, Regulation and Systematic Risk in Automobile Insurance », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 8, p. 403-429.

Notes

1. Fegusson, R.E., « Will the underwriting cycle turn at 10.55 AM on April 22, 1983 ? » *Best's Review*, March 1983.
2. Voir à titre d'information l'article de D. J. Cummins, S. E. Harrington et R. W. Klein (1991) qui résume l'étude entreprise aux Etats-Unis par le NAIC pour examiner l'effet de la crise concernant l'assurance responsabilité civile dans les années 1984-1985.

CYCLES DE LA RÉASSURANCE ET TITRISATION DES RISQUES CATASTROPHE

J. David Cummins

Wharton School, université de Pennsylvanie

Les risques catastrophe sont un facteur explicatif essentiel des cycles qui affectent le marché de la réassurance. La titrisation constitue aujourd'hui un moyen de financement de ces risques plus efficace que les mécanismes traditionnels de la réassurance tout en facilitant le traitement des informations et l'évaluation des tarifs.

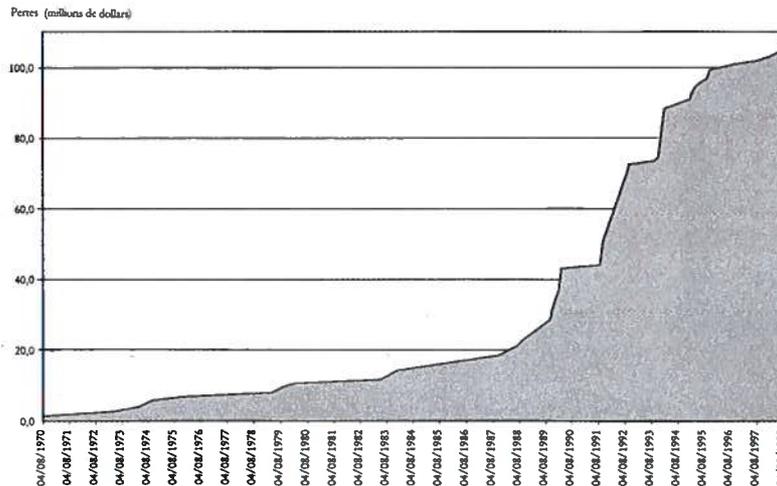
Les marchés de l'assurance et de la réassurance connaissent, dans presque tous les pays industrialisés, des cycles affectant les prix et la disponibilité des garanties (cf. Lamm-Tennant et Weiss, 1997). Bien que ces cycles relèvent en partie d'une illusion causée par des conventions institutionnelles et comptables (cf. Cummins et Outreville, 1987), ils comportent également une composante « réelle » caractérisée par l'alternance de périodes de dépression du marché, durant lesquels les prix sont bas et les garanties largement disponibles, et de périodes de tension, où les prix sont élevés et la disponibilité des garanties réduite.

Le point de basculement entre les périodes de dépression et de tension correspond souvent à un choc exogène affectant le capital dont disposent les assureurs, comme dans le cas de la crise du marché américain de l'assurance de responsabilité de 1984-1985. Plus récemment, une augmentation du nombre de sinistres résultant de catastrophes type ouragan ou séisme a entraîné des perturbations sur les marchés de l'assurance et de la réassurance. De tels chocs ont non seulement fortement accentué le cycle affectant ces marchés, mais ils ont également suscité des interrogations sur leur capacité à finan-

cer les pertes résultant de catastrophes. Puisque les prix et le volume de l'offre en matière d'assurance de catastrophes dépendent en définitive du marché de la réassurance, cet article se concentrera sur les effets qu'ont les pertes catastrophiques sur l'activité de réassurance, et expliquera en quoi la titrisation des risques est un mécanisme plus efficace face à ce type de sinistres.

Pertes catastrophiques et cycles de réassurance

La fréquence et la gravité des dommages assurés résultant de catastrophes se sont accrues de façon significative depuis la fin des années 1980, principalement en raison de la croissance rapide de la valeur des biens assurés dans les zones touchées par les ouragans, les séismes et autres catastrophes – naturelles ou causées par l'homme. 60 % des quelque 2 000 catastrophes et 70 % des 200 milliards de dollars de sinistres en résultant, enregistrés dans le monde durant la période 1970-1998, l'ont été après 1988¹.

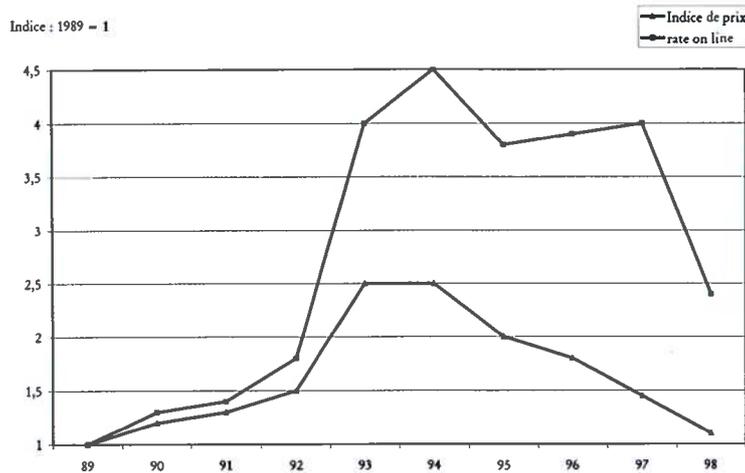


Source : Swiss Re (1999).

Figure 1 : Dommages assurés pour les 40 catastrophes les plus importantes montants cumulés 1970-1998

Les cycles affectant les prix et l'offre de réassurance sont liés à des catastrophes majeures. Le cycle de la réassurance est illustré à la figure 2, où est retracé le niveau des prix sur le marché international entre 1989 et 1998. Le graphique montre un indice du *rate on line* qui constitue une mesure du prix de la réassurance couramment utilisée et définie comme le rapport entre la prime de réassurance et le montant maximum payable en vertu du contrat.

Y figure également un indice de prix, qui ajuste le *rate on line* en fonction du volume de l'offre de réassurance sur le marché. Les deux indices ont connu une très forte augmentation à la suite de l'ouragan Andrew de 1992 (18 milliards de dollars de dommages assurés), et sont restés élevés à cause du séisme de Northridge (Californie) de 1994. Les prix ont diminué à la fin des années 1990, en l'absence de catastrophes comparables.



Source : Guy Carpenter.

Figure 2 : Niveaux de prix de la réassurance : rate on line et indice de prix

La théorie la plus influente en matière de cycles affectant les marchés de l'assurance et de la réassurance est peut-être celle selon laquelle ces fluctua-

tions sont dues à des asymétries en matière d'information et à d'autres imperfections du marché faisant obstacle à la libre entrée et à la libre sortie

des capitaux dans le secteur (cf. Winter 1974, Cummins et Danzon, 1997). À la suite d'un choc résultant d'une catastrophe, les marchés de capitaux sont dans l'incertitude quant au caractère suffisant ou non des réserves des réassureurs et quant aux dommages catastrophiques à venir. Cette imperfection de l'information accroît le coût du capital exigé par les investisseurs. Les réassureurs, réticents à lever des capitaux dans de telles conditions, augmentent alors leurs tarifs, tandis que les demandeurs de réassurance se disputent des capitaux en quantité réduite. Lorsque le capital s'accumule à la faveur d'une période de sinistralité normale, les réassureurs rechignent à réduire leur capitalisation en versant des dividendes ou en rachetant des actions : ils croient en effet qu'il sera difficile d'opérer une recapitalisation à la suite du prochain choc. D'où une période de dépression du marché, pendant laquelle des réassureurs en situation d'excès de capital se font concurrence pour satisfaire une demande de réassurance limitée.

Des questions ont également été soulevées quant à la capacité du secteur international de la réassurance à traiter des catastrophes de grande ampleur (cf. Cummins et Weiss, 2000). Les marchés de l'assurance et de la réassurance fonctionnent bien dans le cas de sinistres de faible ampleur et de caractère fréquent, mais ils ne constituent pas des mécanismes efficaces pour financer les sinistres rares et de plus grande importance (cf. Jaffee et Russel, 1997). En raison de la « loi des grands nombres », les dommages attendus sont hautement prévisibles dans le cas du premier type de sinistres. Par conséquent, les assureurs peuvent détenir un capital nettement inférieur à la valeur assurée totale pour amortir toute fluctuation résiduelle, au-delà des dommages attendus. Si la loi des grands nombres fonctionne bien pour les sinistres fréquents et de faible ampleur, ceux résultant de catastrophes s'en écartent en raison de leur taille et de leur rareté. Les modélisateurs dans le domaine des catastrophes estiment à 1 % la probabilité d'un ouragan en Floride

ou d'un séisme en Californie entraînant 45 milliards de dollars de dommages. Un tel événement étant susceptible de se produire à tout moment, il est inapproprié de mettre en réserve chaque année 1 % des dommages prévus ; un assureur serait plutôt conduit à garder en réserve la quasi totalité de leur montant pour éviter toute insolvabilité en cas de survenance de la catastrophe.

S'il n'existait pas d'asymétrie d'information ni d'imperfection de marché, il serait possible de mettre en réserve des capitaux en quantité suffisante pour faire face à une catastrophe majeure, en les investissant au taux de rendement du marché, celui-ci étant adéquat pour rémunérer les fournisseurs de capitaux. Cependant, dans la mesure où il est coûteux de détenir des capitaux au sein d'une société d'assurances, ceci ne constitue pas un mécanisme efficace de financement des sinistres résultant de catastrophes. Même en l'absence d'asymétrie d'information à l'origine de cycles de l'assurance, il serait coûteux pour un assureur de détenir du capital en raison des coûts réglementaires et des coûts d'agence, ainsi que du fait des règles fiscales et comptables qui pénalisent l'accumulation du capital (cf. Jaffee et Russell, 1997). Aussi n'est-il pas surprenant que seule une partie des biens assurés fortement exposés aux catastrophes naturelles soit couverte par la réassurance (cf. SwissRe, 1997).

Le rôle des instruments financiers

La titrisation représente un moyen de financement des sinistres catastrophiques nettement plus efficace que l'assurance et la réassurance traditionnelles. Si une catastrophe entraînant 45 milliards de dollars de dommages représente environ 15 % du capital du secteur américain de l'assurance et environ 30 % du capital du secteur international de la réassurance, un

tel cas représente moins de 1 % de la valeur des actions et des obligations du marché financier américain, soit en réalité moins que les variations médianes quotidiennes de cours au sein des bourses américaines. Ainsi, s'il est vrai qu'un événement qui se produit une fois tous les cent ans affecterait gravement les marchés mondiaux de l'assurance, il pourrait néanmoins être aisément absorbé par les marchés financiers.

Les marchés de titres sont également plus efficaces que les marchés d'assurance pour traiter l'information et faciliter la recherche des conditions de prix les plus avantageuses : ils peuvent atténuer, voire éliminer, les cycles touchant aux prix de l'assurance, à l'instar de ceux affectant les marchés agricoles, dont l'ampleur a été réduite de façon significative par l'usage de produits dérivés. De plus, les instruments financiers liés à l'assurance sont de nature à séduire les investisseurs, car les catastrophes sont des événements « zéro bêta », c'est à dire ayant une faible corrélation avec le rendement des actions et des obligations. Ainsi, les titres liés à l'assurance sont-ils appréciables en vue d'une diversification de portefeuille : ils produisent un déplacement favorable de la frontière des investissements efficaces (cf. Litzenberg, Beaglehole et Reynolds, 1996).

Les titres liés à l'assurance les plus marquants émis à ce jour sont : les *cat calls*, du *Chicago Board of Trade* (CBOT), et les *cat bonds*.

Les *cat calls* sont des options basées sur des indices de dommages à l'échelle du secteur de l'assurance. Ceux-ci sont réunis par les *Property Claims Services* (PCS), services statistiques de ce même secteur. Les indices sont basés sur les estimations des PCS sur les dommages aux biens cumulés résultant de catastrophes dans des zones géographiques spécifiques (telles que le sud-est des États-Unis), sur des périodes trimestrielles ou annuelles. Ils sont définis en termes de « points d'indice » correspondant au total des dommages cumulés divisé par 100 millions de dollars. Par exemple, un « call sud-est 20/40 » serait déficitaire pour des dommages

cumulés résultant de catastrophes dans la région sud-est de plus de 2 milliards de dollars (20 points). Chaque point d'indice a une valeur de 200 dollars au règlement, de telle sorte qu'un call 20/40 ferait gagner au maximum 4 000 dollars.

La plupart des *cat bonds* émis jusqu'à présent l'ont été à la suite de sinistres enregistrés par des assureurs spécifiques, ce qui les différencie des options du CBOT². Les capitaux levés grâce à l'émission d'un *cat bond* (cf. sa structure caractéristique, fig. 3) sont investis dans des titres sûrs tels que des obligations du trésor et détenus par un réassureur *monoline*. Le recours à un tel réassureur est souvent motivé par des raisons réglementaires et fiscales, mais il protège également les investisseurs du risque d'insolvabilité de l'assureur émetteur. Si la catastrophe définie ne se produit pas, les investisseurs reçoivent leur capital plus les intérêts, qui correspondent habituellement au Libor plus une prime de risque allant de 350 à 600 points de base pour un événement dont la probabilité de survenance est de 1 %. Cependant, si l'événement défini se produit, l'assureur peut prélever des fonds sur le réassureur pour indemniser les assurés ; il est alors fait grâce de tout ou partie des intérêts et du principal. Ainsi, l'assureur détient une option d'achat sur les obligations du réassureur *monoline*³.

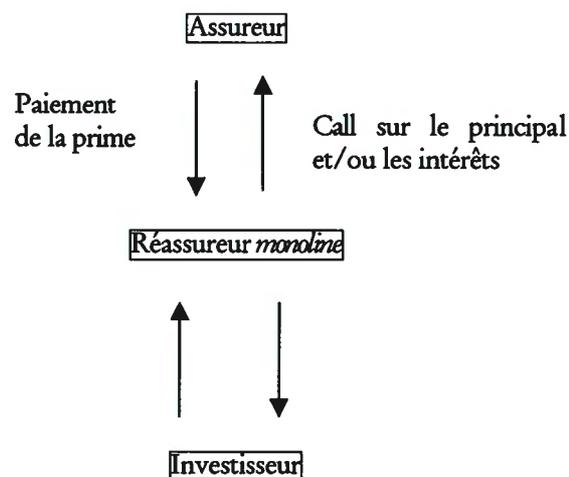


Figure 3 : cat bond avec réassureur monoline

Les options sur indices et les *cat bonds* propres à un assureur peuvent être comparées et différenciées en termes de coûts de transactions, de liquidité et d'exposition au risque moral et au risque de base. Les options sur indice dominent les *cat bonds* en termes de coûts de transactions – les premières donnent lieu à des opérations financières peu onéreuses, tandis que les secondes entraînent des coûts sensiblement plus élevés en matière de conseil juridique, de conseil en investissement, de conseil fiscal et d'audit. Les options sont susceptibles d'accentuer la liquidité du marché à cause de leur standardisation et de l'anonymat des opérateurs. De leur côté, les *cat bonds* émis jusqu'à présent ont une moindre liquidité car ils sont non-standardisés et non-échangés en bourse. Les options sont également supérieures aux *cat bonds* spécifiques à un assureur en termes d'exposition au risque moral. Après émission de *cat bonds*, un assureur peut en effet être incité à assouplir ses normes de souscription ou à exagérer le montant des dommages. À l'inverse, les options sont moins exposées au risque moral parce qu'elles sont basées sur des dommages considérés à l'échelle du secteur de l'assurance et non d'un assureur en particulier. Le principal inconvénient des options sur indice par rapport aux contrats propres à un assureur est qu'elles ont un moindre potentiel de couverture du risque de base. Cela est dû à la faible corrélation entre les dommages enregistrés par un assureur et l'indice. Une étude récente indique toutefois que de nombreux assureurs peuvent couvrir le risque lié aux ouragans de Floride de façon très efficace en utilisant des options sur un indice à l'échelle de l'État (cf. Cummins, Lalonde et Phillips, 2000).

Le volume des opérations sur les options catastrophes du CBOT s'est accru depuis leur introduction mais il demeure modeste, tandis que plus de 4 milliards de dollars de capital ont été levés sur le marché des *cat bonds*. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer la lenteur du développement du marché des titres liés à l'assurance. Les

assureurs, connaissant mal ces contrats, sont réticents à l'idée de compromettre leurs relations avec les réassureurs en s'en remettant trop largement à la titrisation. En outre, la possibilité de risque moral, le risque de base et les coûts de transactions liés à l'émission de *cat bonds* demeurent élevés. Enfin, le marché de la réassurance a connu une dépression depuis 1995, ce qui a amoindri l'intérêt qu'ont eu les assureurs à rechercher des moyens alternatifs de financement du risque.

Conclusion : l'avenir

Bien que le marché de ces instruments financiers ne connaisse qu'une lente évolution, les avantages de la titrisation sont évidents : capacité plus grande des marchés de titres à supporter le risque, plus grande efficacité de ces marchés à l'échelle internationale – par comparaison avec ceux de l'assurance – et caractère attrayant d'actifs « zéro bêta » pour les investisseurs. Ces instruments financiers semblent ainsi destinés à modifier radicalement le marché en matière de risques purs (ceux traditionnellement traités par le biais de l'assurance et de la réassurance). Il est prévisible que les assureurs primaires conserveront une moindre part du risque assuré et joueront le rôle d'opérateurs de première ligne plutôt que celui de porteur de risque – et ceci pour de nombreux types d'assurance, à l'instar de l'évolution constatée sur les marchés hypothécaires. Il est prévisible que les réassureurs se concentreront davantage sur la gestion du risque de base au détriment d'une activité consistant à supporter le risque, en constituant des portefeuilles de réassurance diversifiés et en transférant le risque sur les marchés de titres au moyen d'opérations sur obligations et sur options.

Outre ces avantages pour les assureurs et les réassureurs, les titres liés à l'assurance peuvent aussi être

directement émis par des sociétés industrielles exposées aux risques purs et leur permettre de contourner les marchés de l'assurance dans leur ensemble. En raison de la liquidité des marchés financiers, le volume d'émission de ces titres sur un marché plus développé peut augmenter ou diminuer rapidement, en permettant aux opérateurs en couverture de combler les insuffisances de garantie générées par des marchés tendus et d'éviter les pics tarifaires produits par les cycles affectant le marché de l'assurance. Ces évolutions peuvent permettre d'accroître l'efficacité des marchés en matière de risques purs et, finalement, d'éliminer les cycles réels affectant le marché.

Traduction effectuée par Jean-Marc Sahuc et supervisée par Pierre Picard.

Bibliographie

- Cummins, J. D. and M. Danzon, P. (1997), « Price, Financial Quality and Capital Flows in Insurance Markets », *Journal of Financial Intermediation* 6 : 3-38.
- Cummins, J. D., Lalonde, D. and D. Phillips, R., (2000), « The Basis Risk of Catastrophic-Loss Index Securities », working paper, Wharton Financial Institutions Center, University of Pennsylvania, Philadelphia).
- Cummins, J. D., M. Lewis, C. and D. Phillips, R. (1999), « Pricing Excess of Loss Reinsurance Against Catastrophic Loss », in Kenneth A. Froot, ed., *The Financing of Catastrophe Risk* (Chicago : University of Chicago Press).
- Cummins, J. D. and Outreville, F. (1987), « An International Analysis of Underwriting Cycles » *Journal of Risk and Insurance* 54 : 246-262.
- Cummins, J. D. and A. Weiss, M. (2000), « The Global Market for Reinsurance : Consolidation, Capacity, and Efficiency », forthcoming in the *Brookings-Wharton Papers on Financial Services*.

Froot, K. A. (1998), *The Evolving Market for Catastrophic Event Risk* (New York : Marsh and McLennan Securities).

Jaffee, D. M. and Russell, T. (1997), « Catastrophe Insurance, Capital Markets, and Uninsurable Risks » *Journal of Risk and Insurance* 64 : 205-30.

Lamm-Tennant, J. and A. Weiss, M. (1997), « International insurance cycles : Rational Expectations/Institutional Intervention » *Journal of Risk and Insurance* 64 : 415-439.

Litzenberger, R. H., R. Beaglehole, D. and E. Reynolds, C. (1996), « Assessing Catastrophe Reinsurance-linked Securities as a New Asset Class », *Journal of Portfolio Management* (December) : 76-86.

SwissRe (1997), « Too Little Reinsurance of Natural Disasters in Many Markets », *Sigma* 7 : 3-22.

SwissRe (1999), « Natural Catastrophes and Man-Made Disasters 1998 : Storms, Hail, and Ice Cause Billion-Dollar Losses », *Sigma* 1 : 1-38.

Winter, R. A. (1994), « The Dynamics of Competitive Insurance Markets », *Journal of Financial Intermediation* 3 : 379-415.

Notes

1. Les données de la figure 1 proviennent de SwissRe (1999). SwissRe définit un sinistre catastrophique comme représentant 32 millions de dollars de dommages ou davantage pour un seul événement.
2. Bien sûr, il n'y a aucune raison pour que les cat bonds soient nécessairement propres à un assureur, et des cat bonds ont effectivement été émis qui étaient basées sur d'autres critères que les dommages supportés par un assureur particulier. Cependant, pour les besoins du présent article, nous soulignons les différences entre les options sur indice et les titres propres à un assureur parce qu'ils constituent les instruments de titrisation les plus courants aujourd'hui.
3. L'événement qui déclenche l'option peut être basé sur un critère unique ou sur des critères multiples - par exemple, un ouragan de Saffir-Simpson de magnitude 3, 4 ou 5 qui fait perdre à l'assureur 500 millions de dollars dans le sud-est des États-Unis. Un mécanisme de paiement conjoint est généralement utilisé pour maîtriser le risque moral.

CYCLES LONGS ET CYCLES COURTS DE L'ASSURANCE

Jean-Luc Besson

Directeur des études et des statistiques de la FFSA

Le développement des marchés de l'assurance peut s'analyser en distinguant des cycles longs et des cycles courts. Si les premiers correspondent à des produits d'assurance qui se modifient avec l'évolution de la société, les seconds sont plus liés à des fluctuations conjoncturelles. La profonde mutation que connaît le secteur marque l'entrée dans une nouvelle période et amène à un réexamen des analyses traditionnelles.

Les discussions parfois passionnées sur la « nouvelle économie » ont remis au premier plan de l'actualité l'analyse de la croissance économique en termes de cycles. Il convient de distinguer les évolutions conjoncturelles de celles de plus longue durée correspondant à l'irruption et au développement de technologies nouvelles.

Tout en relevant d'une problématique quelque peu différente, la notion de cycle est, depuis longtemps, familière à qui s'intéresse au développement de l'assurance. On peut, pour les besoins de l'analyse, y distinguer également deux grandes catégories de fluctuations.

La première concerne les évolutions de longue période qui sont liées à la demande d'assurance et à la transformation des besoins. C'est ainsi que le développement de l'assurance vie est à mettre en relation avec un certain vieillissement de la population qui provoque un besoin accru d'épargne et de protection. Il est également possible de pronostiquer l'essor de la demande en ce qui concerne l'assurance santé ou la prise en charge de la dépendance.

D'une manière encore plus directe, on peut évidemment citer le développement de l'assurance automobile qui a répondu à celui de l'évolution du

parc de voitures et qui a connu son maximum de croissance dans les années 1960-1980.

La seconde catégorie a trait aux fluctuations de plus courte période, plus conjoncturelles. Conditionnées par la variation de la sinistralité, le prix de l'assurance et les conditions tarifaires, celles-ci sont accentuées par l'intensité de la concurrence sur le marché.

L'intérêt de l'analyse des fluctuations en termes de cycles est au premier chef d'ordre intellectuel. Elle permet en effet une meilleure connaissance de l'évolution de l'assurance et une compréhension accrue des mécanismes qui prévalent. Mais, cette approche revêt aussi un caractère opérationnel essentiel. L'assureur est un gestionnaire de risques dont la performance ne peut s'interpréter qu'à moyen et long termes. Le lancement de produits nouveaux, la rédaction des clauses et la fixation des conditions tarifaires ne produisent souvent leurs pleins effets qu'après plusieurs années. La fixation de ces règles conditionne largement la plus ou moins grande antisélection qui en résultera pour le portefeuille de nouveaux et d'anciens contrats et celle-ci, donnée éminemment cruciale pour la détermination de la rentabilité future de l'activité, est très différente selon la phase du cycle dans

laquelle on se trouve (ou dans laquelle on croit se trouver !). Ainsi, procéder à une augmentation de tarifs dans une phase haute du cycle peut conduire la société à de graves désagréments.

Il convient dès lors de s'interroger sur la pertinence de cette vision d'ensemble de l'évolution de l'assurance, de comprendre en quoi elle est caractéristique d'un marché et d'anticiper les changements futurs. La notion de cycle correspond en effet à une tendance générale observable à l'échelle d'un marché.

Les fluctuations de longue durée

Les fluctuations de longue période sont causées par les changements de la demande et elles correspondent au développement de marchés et de produits d'assurance à des périodes bien déterminées. Pour rendre notre propos plus concret, nous traiterons cette question à l'aide de deux exemples : l'assurance automobile et l'assurance vie.

L'assurance automobile est obligatoire en France (pour sa composante de responsabilité civile) depuis 1958, alors même que le parc automobile est en

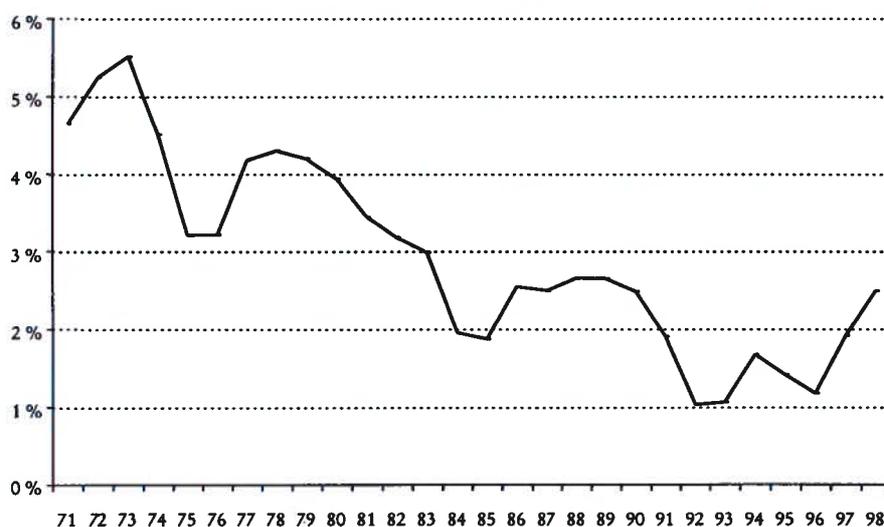
forte croissance depuis le début de l'année 1950. Elle a connu un important développement parallèlement à celui du parc automobile.

Cette forte croissance a culminé au cours de la période 1960-1980 pour ensuite connaître un ralentissement à partir du milieu des années 1980 quand le marché de l'automobile en France est arrivé à maturité.

Aujourd'hui, il est clair qu'il n'existe plus de réelle possibilité de croissance. Par ailleurs, le nombre grandissant d'offres d'assurance ne peut que conduire à une sensible érosion de marges des sociétés d'assurances dans ce domaine. Cette situation explique la tendance actuelle au développement de prestations de services autour de l'automobile, et même à l'émergence d'un concept de prise en charge globale de la mobilité, dans le but d'une part de recréer des conditions de marge plus favorables, et d'autre part d'éviter le processus inverse qui consisterait à ce que d'autres offreurs de services ne complètent leurs offres par des prestations d'assurance au détriment des assureurs.

Ainsi, la nature même de l'activité d'assurance automobile se trouve dans une phase de mutation et cette évolution est, pour une large part, à mettre en relation avec la maturation, voire la saturation du marché de l'automobile dans notre pays.

Taux de croissance annuel du parc automobile



Le cas de l'assurance vie est assez sensiblement différent. En effet, alors que l'assurance vie avait connu un développement significatif avant la Seconde Guerre mondiale, la forte inflation qui a affecté l'économie française pendant la guerre et dans l'immédiat après-guerre a conduit à un très net ralentissement de cette activité, et il a fallu attendre les années 1980 pour que le taux de croissance ne redevienne important. On relèvera que l'essor correspond à une phase de désinflation et au passage d'une économie d'endettement à une économie plus favorable à l'épargne. Le vieillissement de la population et les interrogations sur le devenir des régimes de retraite par répartition ont fait le reste, la phase d'accumulation de l'épargne que l'on connaît ayant un effet très favorable sur l'activité que l'offre de produits mieux adaptés à la demande a encouragée.

Si l'on en croit certaines prévisions, cette tendance devrait se maintenir jusqu'à ce que la génération du « *baby boom* » arrive à son tour dans la phase de désaccumulation de l'épargne consécutive à la retraite.

Face à une demande qui faiblit, la croissance est relancée par l'introduction sur le marché de produits différents qui ouvrent une nouvelle phase du cycle : services nouveaux en assurance non-vie des particuliers, contrats en unités de compte en assurance vie.

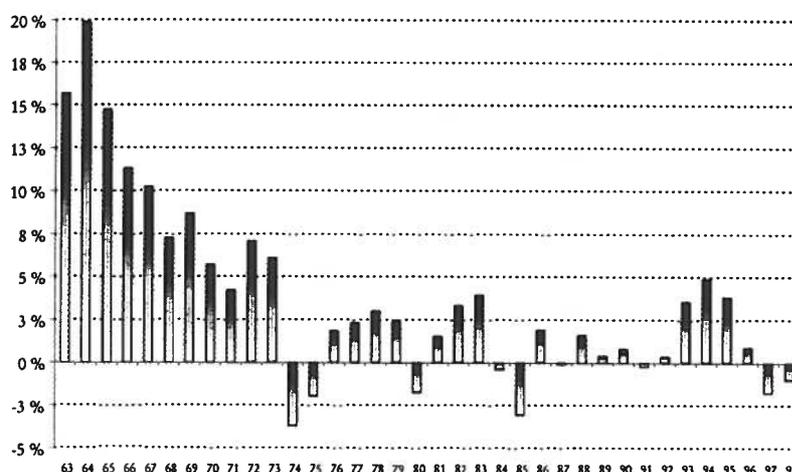
On perçoit, à partir de ces exemples combien l'assurance est tributaire des évolutions fondamentales de la société, qu'elles soient démographiques, économiques ou liées à des principes fondamentaux de consommation.

Les fluctuations de nature conjoncturelle

Au-delà de ces évolutions de longue durée, ou plutôt à l'intérieur de celles-ci, l'assurance est soumise à des tribulations dues à différents facteurs, telle la sinistralité, qui nécessitent un pilotage pour maintenir l'équilibre financier de chaque société, garantir le dénouement des contrats et assurer la rentabilité attendue des opérations.

C'est tout naturellement en assurance non-vie que ces phénomènes sont les plus sensibles en raison, d'une part du caractère en moyenne plus court des engagements des assureurs, d'autre part des fluctuations de la sinistralité dont les causes sont largement exogènes et volatiles. La gestion en capitalisation permet en effet un lissage intertemporel qui entraîne une moindre dépendance vis-à-vis des fluctuations de courte période que la gestion en répartition.

Évolution des primes automobiles (hors inflation)



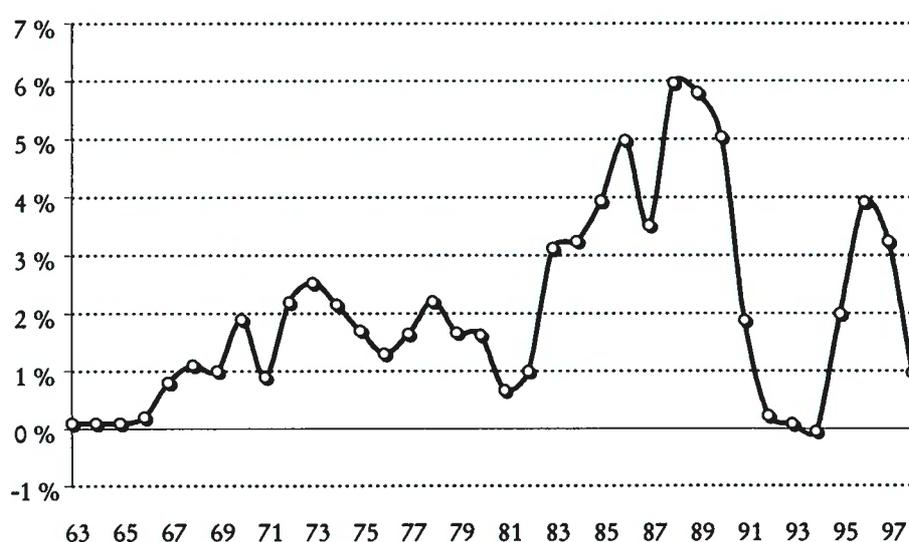
Les termes des contrats et les tarifs pratiqués sont par nature déterminés et fixés à l'avance, ce qui nécessite une anticipation du futur et une prévision. À l'évidence, la réalité constatée *ex post* à la fin de la période de garantie comporte en règle générale des écarts par rapport à l'anticipation *ex ante*. À cet état de fait, se surajoute l'incidence de l'activité financière des sociétés d'assurances qui comporte également une part d'incertitude propre.

De ce fait, l'activité d'assurance non-vie dans un univers concurrentiel nécessite de nombreux ajustements des tarifs à la hausse ou à la baisse.

Notons au passage que la fréquence de ces ajustements, parfois mal ressentis par les clients (surtout lorsqu'ils entraînent une hausse), est la rançon de la concurrence et, en quelque sorte, la garantie que les tarifs pratiqués reflètent le juste prix du risque.

En effet, une stabilité de longue durée qui ne serait pas en accord avec l'évolution de la sinistralité ou des recettes financières serait le signe, soit d'une surtarification chronique au détriment des clients, soit d'une sous-tarification tout aussi chronique mettant en cause la solidité et la viabilité de la société et donc sa capacité à honorer ses engagements dans de bonnes conditions.

Évolution des résultats des sociétés d'assurance non-vie (en % des cotisations)



Certes, les gestionnaires disposent d'instruments permettant un certain lissage intertemporel des résultats, ce qui a pour effet d'absorber des évolutions aléatoires, sans pour autant entraîner une modification des tarifs ou des termes des nouveaux contrats. Ces instruments, qu'il s'agisse de ceux de la réassurance avec transfert de risque ou d'autres plus financiers, ont toutefois un prix qui est lui-même soumis à des variations dans le temps selon la loi de l'offre et de la demande.

Dans l'analyse des évolutions en termes de cycles, il convient de distinguer deux effets qui ne sont évidemment pas indépendants :

- l'évolution des primes payées par les assurés qui intègre un effet volume et un effet prix ;
- l'évolution des résultats des sociétés.

Le mécanisme du cycle engendré par l'interférence de ces deux composantes dont l'interaction se fait selon un caractère somme toute assez simple dans son principe : augmentation des tarifs après une phase de dégradation des résultats, baisse des tarifs après une phase d'amélioration des résultats. Il résulte au premier chef du décalage entre la sinistralité anticipée dans les calculs et celle constatée *ex post*.

Néanmoins, dans la réalité, d'autres effets viennent se surajouter tels que les résultats financiers qui

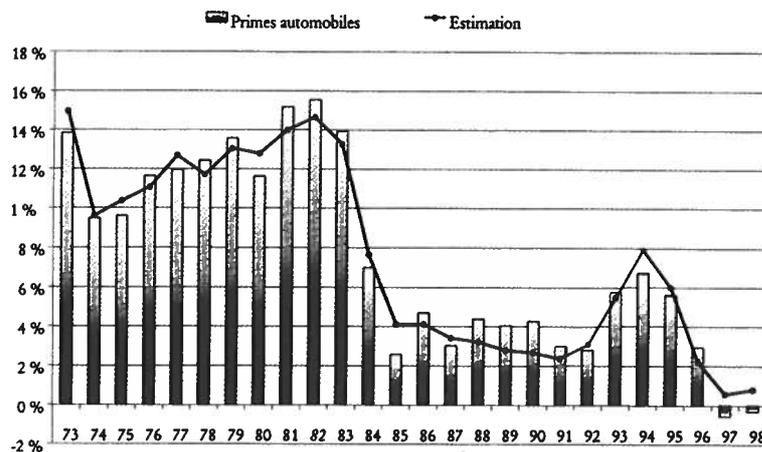
eux aussi varient dans le temps ou le fait qu'une société accepte ou non des pertes plus ou moins importantes.

L'assureur ayant à prendre en compte l'incertitude relative aux risques futurs est amené à moduler les tarifs qu'il pratique en fonction également de cette incertitude et pas uniquement de la sinistralité constatée sur une période de court ou moyen terme (par exemple, sinistres sériels ou sinistres de type catastrophique ou encore évolution de la jurisprudence en responsabilité civile).

On comprend mieux dès lors que l'aspect cyclique des évolutions soit lié à un comportement global du marché du fait que, pour l'essentiel, les décisions des assureurs dans les branches les plus importantes ne peuvent pas trop diverger de celles des autres concurrents. En effet, une éventuelle surtarification se paie non seulement par une moindre progression du chiffre d'affaires, mais aussi par un risque accru d'antisélection.

Le prix payé pour la réassurance introduit un facteur supplémentaire dont l'influence s'exerce également sur les changements de phase des cycles.

Modélisation de l'évolution des cotisations automobile



On peut, grâce à des modélisations économétriques, mettre en évidence et mesurer l'influence des résultats des années antérieures sur le niveau des tarifs pratiqués.

À cet effet, considérons un exemple particulier en examinant l'assurance automobile. Au cours de la période 1973-1998 l'évolution annuelle des cotisations peut être évaluée à l'aide d'un modèle linéaire qui intègre comme variables exogènes :

- l'évolution du parc ;
- le résultat d'exploitation au cours des deux années précédentes ;
- un indice d'inflation propre à l'assurance automobile.

Une étude montre que, outre un effet volume (l'évolution du parc) et un effet prix qui prend en compte l'évolution du montant des indemnités, le résultat de la branche au cours des deux années précédentes a un effet sur l'évolution des cotisations du fait de son incidence sur les décisions tarifaires.

Que réserve l'avenir ?

On peut légitimement s'interroger sur les évolutions futures qui sont conditionnées par les tendances de fond affectant la profession de l'assurance :

- concentration et mondialisation des groupes d'assurances ;
- généralisation des services aux clients en sus de l'assurance proprement dite ;
- approche et gestion par client plus systématique ;
- segmentation marketing et tarifaire accrue pour répondre aux attentes spécifiques des différentes clientèles.

On est conduit à introduire une distinction entre les opérations d'assurance traditionnelle et celles qui concernent des risques nouveaux encore mal connus, pour lesquels l'assureur ne dispose pas d'une expérience tarifaire, et qui comportent une incertitude accrue.

La fidélisation de la clientèle devient dans ce contexte un enjeu qui va à l'encontre de révisions tarifaires trop soudaines. Par ailleurs, la mondialisation des groupes peut permettre des lissages intertemporels des résultats par subventions croisées entre différents marchés. Ces arguments plaident pour une atténuation de l'amplitude des cycles et pour des ajustements plus fréquents.

A contrario, le resserrement des marges bénéficiaires, une segmentation tarifaire plus poussée et la tendance de l'assurance à couvrir des risques moins bien cernés ou par nature plus évolutifs renforcent l'incertitude que doit gérer l'assureur et conduit inévitablement à des ajustements ex post plus importants.

Ainsi, il existe une opposition d'intérêt entre l'amplification des fluctuations – résultant de marges plus restreintes que par le passé pour les branches traditionnelles et d'une incertitude plus grande pour les nouvelles catégories d'assurance – et la nécessité de les atténuer vis-à-vis de clients que l'on s'efforce de fidéliser. Cela exigera un appel plus important aux différents moyens de lissage intertemporels, comme la constitution de provisions d'égalisation plus abondantes, le recours à la réassurance ou à des techniques financières.

Bibliographie

Didier, M. et Taubert, P. (1998), « Conjoncture de l'assurance et cycle économique », *Risques*, n° 33, p. 33-39.

Genest, F., Pagenelle, H. et Soares, D. (1999), « Modélisation en assurance automobile », document FFSA.

Cummins, J. D., Harrington, S. E. et Klein, R., eds (1991) « Cycles and Crises in Property/Casualty Insurance : Causes and Implications for Public Policy », Kansas City, Mo. NAIC.

Cummins, J. D. et Outreville, J.-F. (1987), « An International Analysis of Underwriting Cycles in Property-Liability Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 54, p. 246-262.

Harrington, S. E. et Danzon, P. M. (1994), « Price Cutting in Liability Insurance Markets », *Journal of Business*, 67, p. 11-358.

Lamm-Tennant, J. et Weiss, M. A. (1997), « International Insurance Cycles: Rational Expectations/Institutional Intervention », *Journal of Risk and Insurance*, 64, p. 415-439.

Winter, R. A. (1994), « The Dynamics of Competitive Insurance Markets », *Journal of Financial Intermediation*, 3, p. 379-415.

Y AURA-T-IL DES CYCLES AU XXI^e SIÈCLE ?

Pierre Florin

Directeur général adjoint, AXA

Les cycles d'assurance du passé sont périmés. Cette activité a connu de si nombreuses modifications au cours des dix dernières années qu'il est difficile de prévoir les causes, la fréquence et les amplitudes des variations futures. Ces modifications touchent en effet aussi bien les règles internes de fonctionnement de la profession, que l'offre, la demande des clients et même les risques ou les engagements réels de l'assureur.

L'implication de l'assurance dans la totalité des activités humaines, individuelles ou collectives, sa sensibilité aux phénomènes naturels ou économiques et ses propres règles internes rendent aujourd'hui pratiquement impossible toute tentative pour démontrer ou anticiper l'existence d'un modèle de cycle caractérisant notre activité.

Bien sûr, certains facteurs ou variables demeurent cycliques – telles les capacités de réassurance –, mais ils sont dépassés par d'autres facteurs ou variables, liés essentiellement à l'activité et au comportement humains dont on n'a pas trouvé, pour l'instant, de modèle cyclique.

Il est toujours malaisé de définir le métier de l'assurance, mais on peut cependant affirmer que son objectif premier est de protéger : les biens, les personnes, le patrimoine. Cette protection est tout à la fois individuelle (garantir la famille, l'entreprise) et collective, dans la mesure où elle est fondée sur la mutualisation des risques. L'addition de ces éléments qui interviennent, traditionnellement, dans l'activité de l'assurance rend déjà difficile l'anticipation de ses tendances futures, mais certains aspects majeurs des évolutions actuelles laissent

entrevoir un avenir largement différent et susceptible de remettre en cause toute idée de cycle connu.

Pour essayer de classer les grandes lignes de force qui conditionnent désormais le monde de l'assurance, il convient sans doute de distinguer :

- l'évolution des règles propres ou internes à notre activité (réglementation, rentabilité des capitaux...);
- l'évolution de l'offre d'assurance (produits, méthodes commerciales, internationalisation...);
- l'évolution des clients et de la demande;
- l'évolution des risques et des dangers.

L'évolution des règles internes de l'assurance

Au cours des dix dernières années, pour toutes activités d'assurance et tous pays confondus, nous avons assisté à de nombreuses modifications de la réglementation, visant à améliorer aussi bien les règles minimales de solvabilité que la protection du

consommateur. À ces règles légales, les assureurs ont ajouté des exigences beaucoup plus fortes de rentabilité des capitaux investis dans l'assurance.

Cette double contrainte, légale et de rentabilité, a modifié, et modifiera encore, les équilibres et les ajustements entre l'offre et de la demande en conduisant à des choix probablement plus stricts et plus rapides que par le passé. Certaines lignes d'assurance risquent même d'être remises en cause de façon dramatique, notamment celles qui ont trait à l'assurance construction décennale, à l'assurance maritime ou à l'assurance responsabilité...

Le risque doit maintenant être à la fois assuré, rémunéré et « égalisé ». Un des facteurs clés de cette évolution concerne en effet la stratégie qui sera mise en œuvre dans la gestion des provisions d'égalisation de toute forme.

L'évolution de l'offre d'assurance

Ici aussi, le recensement de tous les acteurs de l'assurance, et de leurs méthodes, ne ressemble aucunement à ce que l'on a pu observer par le passé et laisse présager des contradictions largement imprévisibles.

Nous assistons d'une part à la constitution d'un nombre restreint de « mégaconglomérats » d'assurances qui opèrent dans le monde entier et dans toutes les branches d'assurance. D'autre part, de nouveaux acteurs, en nombre important, interviennent dans certains secteurs d'activité, comme, par exemple, les marchés financiers, les captives, l'autoassurance des grandes entreprises, les sociétés spécialisées sur l'Internet, les constructeurs d'automobiles, les banques, les États, etc. Par ailleurs, les méthodes commerciales utilisent désormais des outils dont les effets techniques ne sont pas encore connus (Internet, ventes aux enchères de capacité ou de placement...).

Pour certains de ces acteurs, les risques grossissent et la mutualisation diminue. Voilà une situation qui rendra certains accidents inévitables en raison même de cette réalité historique de l'assurance qui est, par nature, faite de la survenance d'événements imprévisibles.

Si le réajustement de situations déséquilibrées est un phénomène cyclique, nous le connaissons à nouveau. Les principaux facteurs explicatifs se modifiant à chaque période, il s'agira alors, en fait, d'une variation du modèle classique du cycle des capacités.

L'internationalisation, lente mais inévitable, constitue un autre facteur de transformation de l'offre. Avec le développement des moyens de communication et l'homogénéisation du niveau de vie (familles, entreprises et États), l'intervention des professionnels dépasse de plus en plus souvent les frontières. Nous assistons à une offre en majorité planétaire. Les conséquences de cette internationalisation sur la disparition des cycles classiques géographiquement décalés et sur les risques cumulatifs et systémiques ne sont pas encore mesurées, mais elles rendent l'étude, la mesure et les protections contre les risques obligatoires.

L'évolution des clients et de la demande

Au moment même où l'offre se structure et se diversifie, la demande se transforme, mais suit le même chemin.

Si la gamme des produits traditionnels (automobile, incendie, assurances de personnes) demeure identique, elle est cependant de plus en plus souvent complétée par la protection de l'épargne, l'assurance santé, les produits de retraite et bientôt de dépendance. Cet apport nouveau prend une importance variable selon les marchés, leur législa-

tion et leur régime fiscal, mais il est certain que le désengagement des États dans les systèmes de protection est une tendance lourde.

Ce phénomène, qui ne fait que commencer, va transformer considérablement la profession, ses investissements, ses résultats et donc les facteurs d'évolution cyclique.

La démographie des pays occidentaux (notamment le vieillissement de l'Europe), celle des pays émergents et leur croissance vont changer. Elles modifient déjà la demande de protection des populations concernées. L'indemnisation, la prévention et l'assistance, ces trois éléments fondamentaux de la protection, doivent s'adapter à l'évolution de ces marchés. Le service, l'assistance ou la prévention étaient, jusque-là, considérés comme marginaux dans l'assurance traditionnelle, et ils étaient d'ailleurs fournis quasi gratuitement. Dans le futur immédiat, ces services seront non seulement achetés, mais ils constitueront l'élément principal de la demande.

Le dernier aspect de la transformation de cette demande, et non le moindre, concerne l'approche collective des besoins de protection. En effet, l'assurance supplée l'État dans certains des secteurs de prévoyance et de gestion de la protection. Elle doit reprendre à sa charge les droits comme les devoirs de ces fonctions. Par exemple, si la santé vient à entrer, d'une façon ou d'une autre, dans le domaine de l'assurance, il sera inadmissible de pratiquer une sélection excessive, qui entraînerait l'exclusion d'un trop grand nombre de personnes du système. Il en va de même pour la protection contre les calamités naturelles.

Ainsi, les rapports entre l'offre et la demande ne résultent plus uniquement de la somme de décisions individuelles, mais aussi de décisions collectives, voire législatives ou réglementaires. Il est bien évident que, dans un tel contexte, la régularité des fluctuations dans l'activité du marché prend un autre aspect, là encore, inconnu.

L'évolution des risques

Enfin, le dernier facteur qui affectera les fluctuations futures de l'activité du secteur de l'assurance concerne les risques eux-mêmes, qui constituent les engagements des assureurs.

Nous sommes en effet entrés dans l'ère des catastrophes, qu'elles soient naturelles ou technologiques.

En France, la dernière semaine du siècle qui vient de s'achever a montré – suggéré pourrait-on dire – les effets du cumul de ces deux types de phénomènes. Il s'agit du naufrage du pétrolier *Erika* avec la pollution des côtes qui a suivi, et de la tempête qui a causé des dommages considérables sur la presque totalité du territoire.

Le coût des réparations entraînées par ces deux phénomènes peut être estimé à 30 ou 40 % des fonds propres de l'ensemble des sociétés d'assurances du marché français, heureusement bien réassuré. Il est indéniable que, du fait de l'augmentation mondiale du taux d'assurance contre les éléments naturels, de l'évolution de l'habitat et de la climatologie, les catastrophes naturelles assurées seront de plus en plus fréquentes et de plus en plus coûteuses. Par ailleurs, l'évolution des technologies entraînera aussi des catastrophes collectives liées à la pollution et aux produits défectueux dont le coût sera lui-même amplifié par les changements des législations sur la responsabilité des opérateurs. Dans ce domaine, il est certain que le rapport prix/capacité n'est pas encore au niveau souhaitable, de même que les prestations de prévention ou la législation.

Bien d'autres aspects qui touchent à l'évolution rapide des risques et des engagements des assureurs peuvent être évoqués. Je ne mentionnerai, pour mémoire, que les formes nouvelles de criminalité, les risques financiers systémiques, et la sensibilité des processus industriels.

En conclusion, il faut se convaincre que la nature et les mécanismes de l'assurance ont grandement évolué au cours de la dernière décennie. Cette évolution rend obsolètes de nombreux facteurs caractéristiques des cycles précédents, mais elle en conserve, toutefois, un certain nombre. Parmi les éléments qui subsistent malgré tout, et peut-être

heureusement, citons la mémoire trop courte des opérateurs ainsi que l'orgueil de notre profession.

Nous pratiquons un des plus beaux métiers qui soient, gérer la protection des gens, mais nous manquons encore trop d'éducation professionnelle et de modestie face aux enjeux et aux dangers qui le caractérisent.

4.

Croniques

Droit

Georges Durry

Une révolution réussie : l'avance sur recours

Économie

Jean-Luc Besson

Bilan 1999 : l'impact des tempêtes

Finance

Philippe Lecreux

Réassurance de bilan : de nouvelles voies

Histoire

André Straus

Banquiers et assureurs au XIX^e siècle

CHEA

Dominique Herbrich

Gérer le risque de propriété intellectuelle

Une révolution réussie : l'avance sur recours

Georges Durry

Président honoraire de l'université Panthéon-Assas (Paris II)

S'il était une distinction qui, pour les auteurs de la grande loi de 1930, était fondamentale, c'était bien celle des assurances de dommages et des assurances de personnes. Aussi, après le titre I consacré à l'exposé des règles générales du contrat d'assurance, la loi était-elle divisée en deux autres titres : le deuxième, propre aux assurances de dommages, et le troisième, spécifique aux assurances de personnes. La codification de 1976, qui a imposé une « renumérotation » des textes antérieurs, n'y a naturellement rien changé : aux articles L. 121-1 et suivants, qui régissent les assurances de dommages, font pendant les articles L. 131-1 et suivants, réglementant les assurances de personnes.

Qu'est-ce qui oppose aussi nettement ces deux catégories d'assurances ? Les premières – souvent appelées « indemnitaires » – visent à compenser, et rien de plus, un préjudice d'ordre pécuniaire, évaluable avec précision. Les secondes – volontiers baptisées « forfaitaires » –, dans lesquelles le sinistre est constitué par un événement affectant la personne – maladie, accident, décès, mais aussi survie à une certaine date –,

sont de la part de l'assureur une « promesse de sommes » (Picard et Besson) dont le montant est arbitrairement fixé par le contrat, sans référence à un préjudice. Et de cette opposition fondamentale vont découler des différences de régime importantes bien connues.

D'une part, aucun excès d'assurance n'est concevable en assurance de personnes. Si l'assuré est capable de payer les cotisations qui lui garantiront 50 000 F (7 633,5 €) par jour d'immobilisation consécutive à un accident et s'il trouve l'assureur disposé à lui accorder cette garantie, ce dernier devra, en cas de sinistre, honorer sa dette, sans pouvoir prétendre que le préjudice provoqué par l'immobilisation est en réalité infiniment moindre. L'assurance de dommages, au contraire, est entièrement dominée par ce qu'il est convenu de nommer le « principe indemnitaire », c'est-à-dire l'interdiction faite à l'assuré de réaliser un bénéfice grâce à l'assurance. Si une maison valant 750 000 F (114 500 €) a été assurée contre l'incendie pour 1 million (152 270 €), l'assureur est autorisé à ramener l'indemnisation à la valeur réelle de l'immeuble, quand bien même il aurait encaissé des

cotisations calculées sur la valeur d'un million et l'assuré aurait-il été d'une parfaite bonne foi. À l'article L. 121-1, le premier des textes consacrés à l'assurance de dommages, selon lequel « l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre » s'oppose l'article L. 131-1, le premier lui aussi de la série, prévoyant que, dans les assurances de personnes « [...] les sommes assurées sont fixées (sous entendu *ne varietur*) par le contrat ».

D'autre part, l'assurance de personnes ignorait jusqu'à présent la subrogation de l'assureur dans les droits de son assuré contre un éventuel tiers responsable – mécanisme en revanche essentiel dans l'assurance de dommages. En effet, en application du principe indemnitaire, il ne convient pas que l'assuré puisse cumuler indemnité d'assurance et indemnité de réparation : il serait indemnisé deux fois et l'assurance serait source de bénéfice. Donc, dans la mesure où il a été indemnisé par son propre assureur à l'occasion d'un sinistre provoqué par un tiers, il perdra son action en réparation contre ce dernier. Cependant, et dans la

même mesure, cette action sera transférée à l'assureur grâce à la subrogation légale prévue par l'article L. 121-12, en sorte que le poids final de la réparation pèse, en toute logique, sur le responsable.

Tout cela étant en revanche exclu en assurance de personnes (celle-ci ignore en effet la notion de bénéfice), l'assuré, comme ses ayants droit, peuvent parfaitement cumuler indemnité d'assurance et indemnité de responsabilité. La suite « naturelle » en est que l'article L. 131-2 interdit, en son alinéa 1, toute subrogation à l'assureur de personnes dans les possibles droits de son assuré ou de ses ayants cause contre un tiers responsable.

Or ce bel édifice classique (tout juste obombré par un arrêt de la première chambre civile du 26 avril 1978 [Bull., I, n° 154], sur lequel la dimension de cette chronique interdit de s'étendre) est aujourd'hui bouleversé par l'apparition d'une catégorie intermédiaire, apparemment promise au plus bel avenir : l'assurance dite « avance sur recours ». En voici le mécanisme : en cas d'accident, l'assureur s'engage à verser à l'assuré – ou à ses ayants droit en cas de décès –, les sommes stipulées au contrat. Si le sinistre s'est produit dans des conditions qui engagent la responsabilité d'un tiers, le contrat prévoit – c'est là la nouveauté – la subrogation de l'assureur dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable. L'indemnité d'assurance n'est alors

qu'une avance, à valoir sur les dommages et intérêts dus par le responsable. Ainsi a-t-on affaire à un hybride : c'est une assurance de personnes, par la nature de l'événement garanti, mais dont le régime est celui d'une assurance de dommages.

Sous l'empire de la législation de 1930, une telle formule était impossible, puisque l'article L. 131-2, disposition d'ordre public, interdisait en assurance de personnes la subrogation de l'assureur. Elle a donc été récemment validée, en deux temps. D'abord dans un cas particulier – mais de loin le plus important en pratique –, celui des accidents de la circulation (art. 33 de la loi du 5 juillet 1985, dite « loi Badinter », devenu art. L. 221-25 C. ass.) ; puis, par une disposition générale introduite dans le code sous la forme d'un second alinéa de l'article L. 132-1 par une loi du 16 juillet 1992. Selon ce dernier texte, désormais, même en assurance de personnes, la subrogation de l'assureur dans les droits de l'assuré contre un tiers responsable peut toujours être stipulée « pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévu par le contrat ».

Ce texte n'est pas seulement une révolution théorique. Il faut aussi en souligner la conséquence pratique, à savoir une diminution considérable du coût de l'assurance, qui va en faciliter la diffusion. En effet, l'assureur saura qu'il va être remboursé d'une partie, calculée avec précision par les actuaires, des sommes qu'il devra

verser à l'ensemble de ses assurés. Les tarifs vont donc pouvoir être abaissés d'autant, par rapport au prix d'une assurance de personnes sans subrogation. Et c'est ainsi que les conducteurs d'automobiles, notamment, pourront, pour quelques centaines de francs – ou dizaines d'euros –, être intégralement indemnisés des conséquences corporelles d'un accident et ce, même dans le cas où, pour une raison ou une autre, aucun assureur de responsabilité n'aurait eu à les indemniser en totalité. Qui s'en plaindrait ?

Un obstacle devait toutefois être levé pour parvenir à ce résultat, car une interprétation littérale, de l'article 33 de la loi de 1985 d'abord, de la loi de 1992, ensuite, aurait pu poser problème. Ces textes subordonnent en effet la faculté de subrogation au fait que l'indemnité d'assurance soit destinée à réparer le préjudice subi par l'assuré. À l'inverse, s'il s'agit de sommes considérées comme de nature forfaitaire, l'interdiction de la subrogation subsiste. Or comment les choses se passent-elles en pratique ? Parfois le contrat stipule que la prestation de l'assureur sera calquée sur l'indemnité à laquelle peut prétendre l'assuré, calculée selon les règles du droit de la responsabilité civile comme s'il existait un responsable de son dommage. Alors, il n'y a aucune difficulté : la prestation de l'assureur est de nature indemnitaire et la subrogation, possible. Mais, bien plus fréquemment (sur ce point, cf. Groutel, « La qualifica-

tion des prestations constituant une avance sur recours », Resp. civ. et ass. 1999, chron. 5), l'assureur fixe l'indemnité qu'il versera de façon plus précise, ne serait-ce qu'en lui assignant un plafond, préoccupation au demeurant légitime. N'est-ce pas alors verser dans le forfaitaire et donc interdire la subrogation ?

La Cour de cassation semble avoir aujourd'hui bien compris que, si elle se montrait trop rigide à cet égard, elle rendrait inopérantes les réformes de 1985 et 1992, dont on pense avoir démontré ci-dessus le caractère hautement opportun. Aussi la

chambre criminelle d'abord, qui doit avoir connaissance de ces problèmes lorsqu'un accident révèle une infraction et qu'il y a constitution de partie civile, puis la première chambre civile de la Cour de cassation, par arrêt du 15 décembre 1998 (Bull. I, n° 355) ont-elles hardiment simplifié le problème. Ainsi, selon ce dernier arrêt, le caractère prédéterminé de la prestation ne fait pas obstacle à ce que les parties lui confèrent la nature d'une avance sur indemnité et la soumettent au recours subrogatoire de l'assureur. En clair, il suffit que le contrat évoque une avance sur recours en stipulant que, si la responsabilité d'un tiers peut être engagée, l'assu-

reur aura recours contre ce tiers, pour que la formule soit validée. Les puristes, dont nous avouons un temps avoir fait partie, protesteront, en faisant observer que c'est confondre la cause et l'effet : ce n'est pas parce que la subrogation est prévue que la prestation de l'assureur est indemnitaire, mais c'est du fait du caractère indemnitaire des sommes versées par l'assureur que la subrogation devient possible. Mais, à la réflexion, nous nous rallions volontiers à la position de la Cour de cassation, beaucoup plus pragmatique et qui seule, permet que la volonté récente du législateur de favoriser l'avance sur recours soit suivie du maximum d'effet.

Bilan 1999 : l'impact des tempêtes

Jean-Luc Besson

Directeur des études et des statistiques de la FFSA

Porté par un environnement plus propice, le marché de l'assurance a retrouvé en 1999 le chemin de la croissance, surtout en ce qui concerne l'assurance vie. Les résultats d'ensemble des sociétés d'assurance non-vie seront marqués de manière significative par l'impact des tempêtes de fin d'année.

L'évolution du marché

Après un premier trimestre décevant, la croissance économique a regagné une vigueur qui devrait se maintenir. La progression du PIB (en volume) s'est inscrite dans une tendance de progression annuelle de 3 % que le consensus des économistes s'attend à voir se prolonger, et même s'amplifier tout au long de l'année 2000.

Le recul du chômage est régulier depuis 1997 et devrait continuer pour se situer en fin d'année 2000 autour de 10 % de la population active. La progression du revenu des ménages a entraîné une augmentation de la consommation sans altérer notablement leur niveau d'épargne et les entreprises se sont remises à investir.

Ces évolutions se situent dans le contexte d'une inflation encore réduite (0,5 % en 1999) qui devrait perdurer (1 % en 2000). Les taux longs se sont tendus régulièrement, passant la barre des 4 % au début de 1999 pour atteindre 5,3 % en fin d'année, alors que les taux courts sont restés compris entre 2,6 % et 3 % pendant la même période.

Les craintes d'une politique monétaire plus restrictive de la Réserve fédérale américaine (FED) ont subitement tendu les taux en début d'année 2000 provoquant une forte décote de la Bourse de Paris, alors que l'indice phare, le CAC 40, avait progressé de 51 % en 1999, ce qui constitue un record historique.

Un marché de l'assurance qui renoue avec la croissance

Bénéficiant de cet environnement plus tonique, le marché de l'assurance a connu en 1999 une forte croissance (+ 10 %) en contraste avec 1998 où il avait reculé de 10,5 %.

C'est dans le secteur de l'assurance vie que le retournement de

la tendance est le plus net puisque les sommes collectées ont progressé de 15 % en 1999 pour atteindre 495 milliards de francs (75 milliards d'euros) après un recul de 16 % l'année précédente. Pour la première fois depuis longtemps, l'année qui vient de s'écouler n'a pas été affectée par des annonces ou des modifications du régime fiscal de l'assurance vie. Par ailleurs, l'excellente tenue de la Bourse a facilité la souscription des contrats multisupports.

Dans le secteur de l'assurance non-vie, après une baisse (- 1 %) en 1998, la croissance qui s'amorce est encore très timide (+ 1 %). Sous l'effet de la consommation des ménages, de la reprise de l'industrie du bâtiment et de l'investissement des entreprises, la demande d'assurance, aussi bien des particuliers que des entreprises, a été plus intense, tandis que l'érosion des conditions tarifaires se poursuivait (particulièrement pour les risques d'entreprises). Le contexte du marché de la réassurance, lui-même orienté vers une baisse des prix, a facilité cette évolution.

Le total des actifs gérés par les sociétés d'assurances a fortement

progressé : de 4 700 milliards de francs (717 milliards d'euros) en valeur de marché à la fin 1998, il devrait atteindre près de 5 000 milliards de francs (763 milliards d'euros) à la fin 1999. Notons que, dans le même temps, les plus-values latentes ont reculé de 560 à 500 milliards de francs (85 à 76 milliards d'euros) du fait de la hausse des taux qui a réduit les plus-values latentes obligataires, réduction non totalement compensée par la forte hausse des plus-values sur actions et des plus-values immobilières.

Les résultats des sociétés qui, globalement, étaient de 12,5 milliards de francs (2 milliards d'euros) après impôts en 1998, devraient être nettement affectés par les conséquences de la tempête avec une situation contrastée selon le type d'entreprises : augmentation pour les sociétés d'assurance vie et baisse pour les sociétés d'assurances de dommages.

Les principales branches d'assurance en 1999

Comme cela a déjà été évoqué, la croissance du chiffre d'affaires en assurance vie a été forte en 1999 avec un taux d'augmentation de 15 %. Globalement, la collecte, avec 495 milliards de francs (75 milliards d'euros), reste encore inférieure à celle de 1997 (514 milliards de francs, soit 78 milliards d'euros). Le recul très important de 1998, dû à l'incerti-

tude et à l'inquiétude devant les annonces et les modifications du régime fiscal, est en passe d'être effacé. Si la tendance macroéconomique du marché reste située aux environs de 6 %, la croissance a été dopée par un transfert important des capitaux du livret A vers l'assurance vie (le taux administré de ce livret d'épargne a été ramené de 3 % à 2,25 % le 1^{er} août 1999). Par ailleurs, on observe une nette augmentation du taux de réemploi des capitaux arrivés à échéance, ce qui contribue pour deux points supplémentaires à la croissance.

Cette forte croissance est due pour une large part aux contrats en unités de compte qui représentent 60 % des cotisations des affaires nouvelles en 1999.

Les encours de provisions mathématiques ont augmenté de 12 % et dépassaient fin 1999 les 3750 milliards de francs (572 milliards d'euros). Environ 16 % de ce total correspondent à des unités de compte dont 70 milliards (10,5 milliards d'euros) sont relatifs à des contrats DSK (actifs majoritairement investis en actions).

L'assurance complémentaire santé et accidents corporels (60 milliards de francs, soit 9 milliards d'euros) a connu une croissance de 1 % en 1999. La concurrence des autres organismes d'assurance complémentaire (mutuelles 45 et institutions de prévoyance) qui bénéficient d'une fiscalité plus favorable

constitue un frein à une croissance rapide.

En ce qui concerne les assurances de biens et de responsabilité (197 milliards de francs, soit 30 milliards d'euros en 1999), le marché a retrouvé une timide croissance de 1 % de son chiffre d'affaires, alors que la demande a nettement progressé (immatriculation de véhicules neufs en augmentation de 11 %, reprise de l'activité du bâtiment et développement de l'investissement des entreprises).

L'érosion des conditions tarifaires pour les risques de particuliers s'est poursuivie et la baisse des prix a continué pour les risques d'entreprises. La détérioration des résultats techniques, déjà constatée avant la tempête de fin d'année, est due à l'augmentation du coût des sinistres.

Les tempêtes de fin d'année

Les ouragans de fin décembre, Lothar et Martin selon la terminologie, ont eu des effets particulièrement dévastateurs en raison à la fois de leur puissance (vents atteignant près de 200 km/h) et de l'étendue du territoire concerné.

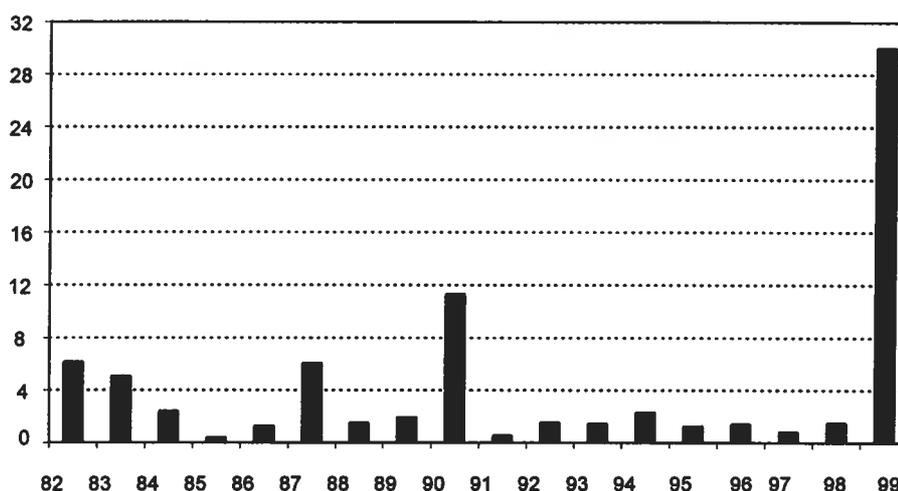
Le coût pour les assureurs et les réassureurs est évalué à plus de 30 milliards de francs (4,6 milliards d'euros) sans que ce chiffre puisse encore être considéré comme défi-

nitif étant donné l'allongement notable des délais de déclaration, l'ampleur des dommages et la len-

teur des réparations, les entreprises du bâtiment devant faire face à une importante surcharge de tra-

vail. Qui plus est, l'évaluation des pertes d'exploitation des entreprises sera longue.

Coût annuel des tempêtes (en milliards de francs)



Les derniers événements très dommageables remontent à l'année 1990 où trois ouragans, Daria, Herta et Vivian, avaient ravagé la moitié nord de la France entre le 25 janvier et le 15 février. Au total, le montant de la facture s'était élevé à 9 milliards de francs de l'époque, dont les deux tiers avaient été in fine pris en charge par la réassurance. Les tempêtes que l'on avait connues précédemment sur le territoire métropolitain, notamment en 1987 et 1982, avaient un caractère beaucoup plus local (ouest de la France ou Bretagne) et sont intervenues à une époque où la couverture prévue dans les contrats était bien moindre (ainsi, en 1982, seuls 70 % des particuliers étaient garantis et à peine la moitié des

risques des entreprises et des professionnels). La généralisation de ces garanties est intervenue en 1990.

On voit ainsi que les ouragans qui viennent de se produire auront des conséquences beaucoup plus importantes qui vont peser sur les résultats des sociétés d'assurances.

Elles vont être amenées à faire face à l'augmentation du coût des couvertures de réassurance et à compléter les provisions d'égalisation. Il pourrait donc en résulter une augmentation des tarifs, différenciée selon les sociétés, mais qui dépendra également des autres éléments de de sinistralité des branches concernées.

Pour le moins, les prix des garanties tempêtes en assurance devront être réévalués.

Une question cruciale se pose : ces éléments exceptionnels se reproduiront-ils de manière plus fréquente que par le passé ? Face à l'incertitude qui règne, l'application du principe de précaution consiste à se préparer à une période plus riche en événements naturels brutaux, que ce soit en termes de prévention (normes de construction), de dispositifs de secours ou en termes financiers (prix des garanties).

Note

1. Le ratio combiné passe de 107% en 1998 à 109% en 1999 pour les sociétés d'assurance de dommages avant prise en compte de la tempête.

Réassurance de bilan : de nouvelles voies

Philippe Lecreux

Risk manager

L'un des objectifs prioritaires des grands groupes industriels cotés en bourse est la réduction de volatilité des résultats annuels, celle-ci étant une source de forte décote du titre.

Après la vogue des captives de réassurance, dont l'usage est bénéfique mais limité – et peu compatible avec une consolidation en normes USGAAP (U.S. General Accounting Association Practices) –, une solution traditionnelle de « lissage des résultats » s'est matérialisée par une réassurance financière proposée par tous les grands assureurs et courtiers du marché.

Cette réassurance financière classique s'avère un excellent outil pour constituer une provision contre les risques futurs, mais elle comporte un handicap majeur et rédhibitoire en comptabilité USGAAP, sa non-transparence comptable. Cette ambiguïté a malheureusement permis à certains groupes de masquer des pertes existantes par un plan de réassurance financière consistant en engagements sur exercices futurs non répertoriés dans les bilans. Il s'agit dans ce cas d'emprunts de fait, non révélés aux actionnaires – sauf indication en pied de bilan mais cela est rarement le cas.

Cette dérive d'utilisation de l'outil traditionnel qu'est la réassurance financière risque de conduire à son discrédit total. Aujourd'hui existent d'autres solutions, à la fois plus transparentes pour l'actionnaire et plus performantes pour la protection des bilans. Nous les qualifierons de « réassurances de bilan » pour les distinguer des réassurances traditionnelles.

Ces solutions nouvelles s'adressent à des groupes qui doivent faire face à une volatilité de leurs résultats annuels (en raison de cours de matières, de phénomènes de conjonctures ou d'autres causes), mais n'ayant pas de difficultés de trésorerie à court terme, la distinction entre « charge comptable de l'année/flux de trésorerie » étant l'un des mécanismes utilisés par cette nouvelle technique.

Étendue des garanties et fait générateur

L'e mécanisme de réassurance de bilan consiste en l'articulation entre un contrat d'assurance et des mécanismes financiers.

L'industriel ou l'entrepreneur souscrit un contrat d'assurance « classique » étendu à des risques non couverts par le marché traditionnel. Ce contrat peut inclure

des dommages, une perte d'exploitation, mais aussi – et surtout – des risques liés au crédit, à l'image de marque, à la conjoncture macroéconomique, au cycle de production, au domaine politique ou à toute autre perturbation externe ayant des conséquences négatives dans les comptes consolidés. Dans la pratique, nous souscrivons un contrat en classe « pertes financières diverses », qui subira des taxes d'assurances à 9 % sur la quote-part de cotisation liée au chiffre d'affaires global diminué du chiffre d'affaires export, la cotisation totale étant assise sur le chiffre d'affaires global.

L'e fait générateur d'indemnisation sera l'écart significatif entre le résultat consolidé réel et le résultat consolidé prévisionnel de l'exercice tel qu'anticipé par l'industriel et son assureur. Ce type de contrat suppose un partenariat de longue durée. Prenons 10 ans pour faciliter la présentation, mais des durées de 5 à 15 ans sont concevables.

Pour éviter toute contre-lettre ou garantie occulte de l'industriel, il y aura dépôt chez l'assureur d'un montant égal à la cotisation de toute la durée de garantie (10x dans le cas d'étude). En matière de

comptabilité, la cotisation déductible pour l'industriel et acquise pour l'assureur sera d' $1x$ par an. L'écart par rapport aux $10x$ est pour l'industriel une charge sur exercices futurs et pour l'assureur une cotisation non acquise. Contrairement à la réassurance financière traditionnelle, il y a donc transparence comptable.

Capacité

Dans un montage habituel, la capacité disponible serait de $10x$ (diminuée des frais f), respectant ainsi, année par année, le caractère « assurance » et non-constitution de provision. Ce type de figure peut aisément être requalifié si l'on considère la durée totale du programme.

Dans notre cas d'étude, nous obtenons un effet de levier tout en respectant les principes de l'assurance et sans requalification en produit financier.

Les « $10x$ moins les frais » vont être mis dans un panier auquel l'assureur ajoute, disons : y . Celui-ci confie ensuite cette somme globale de $10x + y - f$ à un organisme financier qui, de son côté, ajoutera sa propre participation, soit z . La totalité $10x + y - f + z$ fera l'objet d'un placement global à terme du plan – soit 10 ans dans notre cas d'étude. La capacité d'assurance disponible sur la durée pourra donc être la valeur future à échéance 10 ans de la quote-part de l'industriel dans le placement global.

L'introduction de garanties sur certaines participations (z particulièrement) permet de ne pas avoir

d'effet proportionnel, tout en accédant globalement à une taille de placement très supérieure à $10x$. Pour ne pas prendre de risque en capital sur ces $10x$, l'organisme gestionnaire du fonds devra s'engager sur une garantie globale en capital.

Dans la pratique, les fonds seront investis partiellement en « coupons zéro » pour le minimum garantissant le capital de départ, et le surplus pourra être orienté vers des obligations subordonnées ou des placements plus spéculatifs pour un rendement dopé avec la contrainte de volatilité. Sur une part non négligeable des placements, cette volatilité serait inacceptable en cas de besoin urgent de liquidités. En revanche, si nous raisonnons sur une durée de placement de 10 ans, le recours partiel à des fonds spéculatifs diversifiés est concevable.

Pour résoudre ce problème de non-sortie de fonds avant l'échéance tout en permettant le lissage de résultats annuels chez l'industriel, tout sinistre sur le contrat d'assurance sera réglé en comptabilité dans l'exercice concerné, et ce sous forme de créance certaine sur l'assureur exigible à la fin du programme pluriannuel de couverture. Ainsi l'industriel pourra-t-il constater le préjudice, et sa contrepartie par une créance certaine sur un tiers solvable (l'assureur). Son résultat comptable, quant à lui, pourra être très proche de sa prévision. Cette créance sera, soit prise à sa valeur actualisée et conservée telle quelle

jusqu'à son terme, soit escomptée auprès d'un organisme financier aux conditions du marché. L'assureur constatera pour sa part une charge de sinistre à régler, qu'il provisionnera jusqu'au règlement effectif.

Cette spécificité de règlement de sinistre par créance à terme justifie encore l'application réservée aux industriels soucieux de réduction de volatilité mais sans difficultés de trésorerie. Elle conserve vis-à-vis des actionnaires une totale transparence comptable. Les résultats comptables – tant chez l'industriel que chez l'assureur – sont présentés conformément aux règles internationales.

Aspects particuliers

Si en montage classique il est difficile de faire bénéficier l'industriel des rendements financiers réalisés par les placements de l'assureur (sauf accord occulte pouvant faire requalifier le montage juridique et fiscal), nous utilisons dans notre exemple une possibilité offerte par le code des assurances de lier une limite de garantie à une unité de compte. Cet artifice, fréquemment utilisé en assurance vie, est juridiquement possible en assurance IARD, notamment dans le domaine des pertes financières diverses. Cette unité de compte sera liée à un placement *ad hoc*.

La globalité de ce montage permet donc à l'industriel de bénéficier d'un outil de réduction de volatilité de ses résultats annuels. Cet outil peut s'appar-

renter à un placement financier dans sa conception mais, dans sa structure juridique (validée par des juristes et des auditeurs internationaux), il ne relève pas d'un placement à valoriser chaque année en valeur de marché mais bien d'un contrat d'assurance bénéficiant de la déductibilité annuelle des cotisations.

Pour l'« assureur fronteur » (garantisant le risque sans le conserver), l'intérêt principal n'est pas dans la commission de *fronting* mais dans sa participation via une filiale *ad'hoc* à la gestion de fonds sur longue durée, sous réserve de clauses de solvabilité. C'est dans cette gestion de fonds que réside la

rémunération principale du groupe d'assurances.

Enfin, pour le financier participant au montage directement ou via un SPV, il y a diversification de placements avec garantie de rendement minimum (contrepartie d'un abandon partiel des performances réelles).

Banquiers et assureurs au XIX^e siècle

André Straus

Chercheur au CNRS

« **B**anque et assurance, une histoire de famille » titrait M. Ruffat dans un article de « Soixante ans de banque » paru en décembre 1992. Depuis l'apparition de l'assurance maritime moderne dans les républiques italiennes du Nord, il est vrai que les deux activités sont fortement liées. En un temps où la règle est à la polyvalence, elles se révèlent inséparables du capitalisme et techniquement complémentaires, puisque l'assurance vient réduire les aléas du banquier. Elles sont aussi parallèles pour les détenteurs de capitaux, à qui s'offre le choix entre prêter contre un intérêt ou assurer contre une cotisation. Les modifications viennent du développement de la forme juridique des sociétés par actions. Tandis que la banque restera longtemps fondée sur la fortune privée des banquiers, l'assurance la précédera dans l'adoption de la nouvelle forme juridique.

Le XIX^e siècle est l'époque du véritable démarrage des banques, mais aussi de l'assurance moderne. La prise d'autonomie de la profession d'assureur a été en fait progressive, à partir du négoce – en

particulier du négoce maritime. Commerçants et industriels s'impliquent à côté des gens de finance dans le développement des affaires d'assurance transports et incendie. Mais dans la grande entreprise assurancière, le rôle du milieu bancaire s'avère bien souvent décisif.

En Angleterre, après l'abrogation en 1824 du « Bubble Act » de 1720, le succès initial de toute nouvelle société d'assurances tient en effet surtout à la fortune et au renom de ses promoteurs et de ses premiers administrateurs. Aussi relève-t-on nombre de banquiers au sein des conseils. On trouve ainsi, parmi les fondateurs de l'*Alliance Assurance Company* (1824), Francis Baring, John Irving, Samuel Gurney, Moses Montefiore et Nathan Meyer Rothschild. Cette « présence bancaire » confère à la nouvelle compagnie une assise financière solide et lui permet d'influencer favorablement les actionnaires potentiels.

Issus du négoce, déjà financiers, les banquiers du début du

XIX^e siècle, les représentants de la « Haute Banque », s'avancent vers la banque moderne. Cette époque est celle de la grande évolution de la pratique bancaire. Aux deux objectifs qui sont les leurs – rendement et liquidité – s'en ajoute un troisième : la possibilité pour l'un des associés de siéger au conseil d'administration de l'une des entreprises concernées par leurs investissements. Cette intervention dans la gestion est bien illustrée par les compagnies d'assurances et explique pourquoi, en France, les Mallet ou les Laffitte sont, après la Révolution et l'Empire, à l'origine de la renaissance de ce secteur. À l'époque, les plus grands banquiers parisiens obtiennent du gouvernement l'autorisation de fonder des compagnies d'assurance maritime sous forme de sociétés anonymes – c'est le cas de la Royale et de la Compagnie d'assurances générales. La famille Mallet a compris l'importance de la branche dans le développement industriel. Grâce à l'assurance, le risque, devenu plus tolérable, permet l'initiative : en 1819, Aimé Torras fonde ce qui deviendra les Assurances Générales de France ; James Mallet, son cousin, est l'un des administra-

teurs et lui succédera comme président entre 1844 et 1862. Il sera suivi d'Adolphe Marcuard, associé gérant de la maison Marcuard, André, auquel succédera à son tour le baron Alphonse Mallet, fils de James.

Au début du siècle, à vrai dire, la présence dans telle ou telle société d'assurances relève souvent de l'affinité politique. À la Compagnie des assurances générales, créée en 1819, les actionnaires sont surtout légitimistes, à la Phénix, ils sont plutôt bonapartistes, sinon républicains. Les fondateurs de la Royale – Laffitte, Benjamin Delessert, le saint-simonien Vital-Roux – sont d'un « royalisme assez mitigé, très constitutionnel, siégeant dans l'opposition ». Plus tard, passé le milieu du siècle, les considérations économiques prendront cependant nettement le dessus sur les amitiés politiques. À l'aube du second Empire, les banquiers négociants laissent la place aux banquiers modernes, gestionnaires de patrimoines et acteurs de la modernisation du pays. À travers les difficultés liées à la crise de 1847-1848, le mouvement semble inéluctable. Peu à peu, chacun à leur rythme, les banquiers cessent leurs opérations de négoce. Accompagnant les progrès de la mobiliérisation, les grandes familles abandonnent progressivement leurs traditions négociantes pour choisir la finance.

Clavière et les frères Périer sont banquiers. En 1819, Jacques Laffitte est le premier actionnaire de la Phénix. Lors de la constitution de l'Union-Incendie en 1828, on remarque parmi les principaux souscripteurs une vingtaine de banquiers, dont Benedict Fould. En 1829, la banque J. Laffitte et Cie se retrouve avec la maison Pillet-Will et Cie parmi les fondateurs de l'Union-Vie¹. Les Périer, les frères Péreire, les Rothschild, les Mallet se retrouvent ainsi dans les conseils d'administration de compagnies.

Aux États-Unis, les deux fondateurs de la *Mutual Life Insurance Company of New York*, Alfred S. Pell et Morris Robinson, viennent, le premier du milieu de l'assurance (de la *Mutual Safety Insurance Company*, qui pratiquait les assurances maritime et incendie), le second de la banque, bien au fait des affaires financières et du milieu de la finance². Ils ont ensuite convaincu des assureurs comme Zebedee Cook Jr. ou Joseph B. Collins, des négociants comme William H. Aspinwall, Robert B. Minturn ou James Boorman, le grand propriétaire foncier Henry Brevoort, des avocats ou encore le chancelier de l'Université de l'État de New York de se joindre à eux.

Au Japon, les marchands des districts d'Omi et d'Ise dont sont souvent issus les banquiers

d'Osaka feront de cette ville une place financière de premier plan de l'ère Meiji et par suite, un lieu d'élection de l'activité assurancière qui prend alors son essor.

En Allemagne, le rôle des banquiers tient une place non négligeable. Prenons par exemple la banque Oppenheim : Salomon Oppenheim a participé de manière significative à la création de la *Rheinschiffahrt-Assekuranz-Gesellschaft*, et ses fils Simon et Abraham fonderont (avec d'autres banquiers de Cologne, Rothschild de Francfort, et les Fould de Paris) *Colonia*, la première compagnie privée d'assurance contre l'incendie. Quelques années plus tard, cette banque sera à l'origine de la *Kölnische Rückversicherung*, première compagnie de réassurance, fondée avec l'appui des Rothschild de Francfort, Paris et Londres. D'autres sociétés spécialisées suivront jusque dans les années 1880³. Toujours en Allemagne, c'est avec le banquier Wilhelm Finck que Carl Thieme, qui vient lui-même d'une famille d'assureurs⁴ fonde Allianz.

L'intervention de la banque, ou de banquiers, n'est pas, à l'évidence, une nécessité. Les créateurs de sociétés d'assurances peuvent aussi rechercher le soutien d'industriels ou de décideurs dans les régions d'implantation. La *Phoenix Assurance Company*, créée en 1782, est ainsi financée par les

raffineries de sucre londoniennes, mécontentes des tarifs pratiqués par les sociétés en place. On retrouve la même attitude avec la création, en 1862, de la *Commercial Union* et de la *Mercantile Fire Insurance Company* par les propriétaires de quais et d'entrepôts de la Tamise. D'autres sociétés apparaissent dans un cadre régional, soit grâce à des industriels – la *Midland Counties Insurance Company* (Lincoln, 1851) –, soit avec l'appui d'autorités locales – la *Provincial Welsh Fire and Life Insurance Company* (Wrexham, 1852).

En France, aussi, les banquiers ne sont pas les seuls à s'intéresser à l'assurance. On rencontre ainsi, parmi les administrateurs de l'Urbaine-Incendie, des industriels – le raffineur Lebaudy ou le directeur général des Chemins de Fer de Paris à Orléans –, ou des notables – le maire de Paris ou le Receveur général de la Seine. Propriétaires et négociants se retrouvent parfois à l'origine des compagnies françaises. Ils s'y associent avec des techniciens comme le mathématicien Myrtil Maas, par exemple, qui sera directeur de l'Union-Vie et publiera le premier ouvrage français d'actuariat.

Mais le trait marquant de la fin du XIX^e siècle reste l'augmen-

tation de la puissance financière des assurances et, par là, la multiplication de leurs rapports avec le monde bancaire. En Angleterre, entre 1890 et 1914, banquiers et négociants sont massivement représentés aux conseils d'administration des organismes d'assurances : un banquier ou un administrateur de banque sur deux est administrateur d'au moins une société. Les principales firmes de négociants et de « merchant bankers » et une forte proportion de banquiers privés, siègent aux conseils de plusieurs compagnies d'assurances. On peut citer la « merchant bank » *Frühling & Goschen*, qui voit l'un de ses associés figurer aux conseils de l'*Atlas Assurance Company*, de l'*Indemnity Mutual Marine Insurance Company*, de la *London Assurance Corporation*, de la *Northern Assurance Company*, de l'*Ocean Marine Insurance Company*, de la *Royal Exchange Assurance Corporation* et de la *Sun Life Assurance Company*. On pourrait multiplier les exemples de liens entre banques commerciales et compagnies d'assurances, « tissés » par les banquiers et négociants figurant dans les conseils des deux types d'institutions. À la *Royal Exchange Assurance*, en 1906, quinze des vingt-sept administrateurs sont ainsi associés ou administrateurs d'une banque de La City⁵.

L'essor des banques de dépôts depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle est certes venu modifier le paysage bancaire et le périmètre des activités. Avec le développement de l'activité assurancière, les rapports entre banquiers et assureurs se sont modifiés, mais ils ne sont pas pour autant devenus uniquement opérationnels ou concurrentiels – en particulier dans la distribution des produits offerts sur le plan purement financier, les banquiers – et notamment les banques d'affaires, ont continué tout au long du XX^e siècle à porter un intérêt spécifique aux entreprises d'assurances. Aussi les uns et les autres se retrouvent-ils souvent aujourd'hui, étroitement intriqués, au cœur des principales affaires de nombreux pays.

Notes

1. Michèle Ruffat, Édouard-Vincent Caloni, Bernard Laguerre, « L'UAP et l'Histoire de l'assurance », Paris, Maison des Sciences de l'homme et J.-Cl. Lattès, 1990.
2. Shepard B. Clough, « A century of American Life Insurance. A History of the Mutual Life Insurance Company of New York 1843-1943 », New York, Columbia University Press, 1946.
3. Gabriele Teichmann, « Private Banks and Industry in the Light of The Archives of the Bank » Sal. Oppenheim Jr & Cie., Cologne.
4. Peter Borscheid, « 100 Jahre Allianz », Allianz Aktiengesellschaft Holding, München, 1990.
5. Youssef Cassis, « La City de Londres, 1870-1914 », Paris, Belin, 1987.

Gérer le risque de propriété intellectuelle

Dominique Herbrich

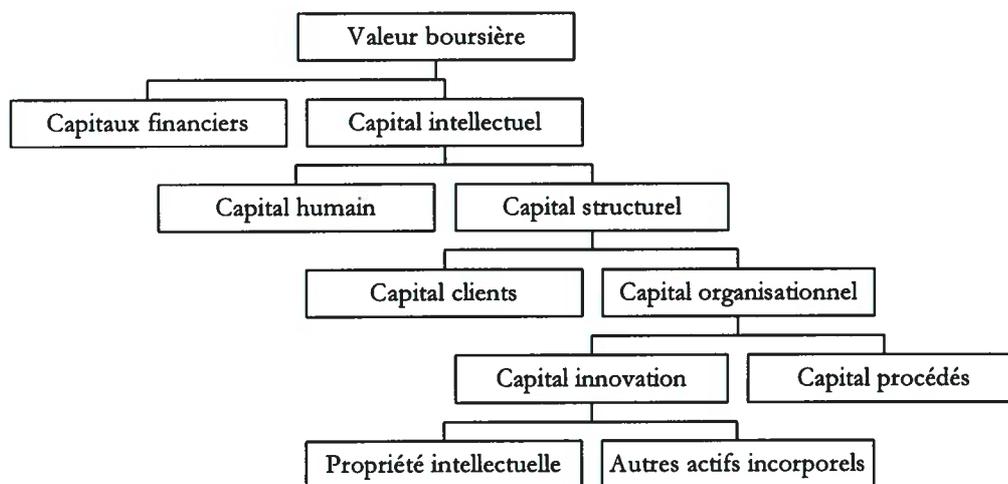
Directeur Responsabilité civile grands risques, Scor

L est aujourd'hui admis que la valeur de marché d'une entreprise ne se réduit pas à sa seule valeur comptable. Ses « actifs intellectuels » plus ou moins intangibles – faculté à innover, budget de recherche et développement, droits de propriété et valeur des marques – sont devenus, pour les

analystes financiers, des critères tout aussi essentiels que les états comptables.

Skandia, société suédoise de services financiers, sous l'impulsion de Leif Edvinson, premier détenteur du titre de Directeur du capital industriel, a développé, voici près de dix ans, une méthode d'identification et d'analyse de ce

capital intellectuel. Il serait constitué de deux dimensions principales : le capital humain (savoir-faire, expérience) et le capital structurel (infrastructure technique, fichiers et relations avec la clientèle, pratiques professionnelles, culture d'entreprise, capacités d'innovation, titres de propriété intellectuelle...).



Quelle richesse les titres de propriété intellectuelle génèrent-ils vraiment ?

- une valeur patrimoniale : comme tout titre de propriété, elle est représentative d'un patrimoine
- titres cessibles, vente ou transmission dans une succession.
- des redevances : versées par les tiers qui exploitent l'invention,

elles sont la forme la plus évidente de la rémunération.

- une « rente de monopole » : le brevet met l'inventeur en position de monopole sur le marché, lui offrant ainsi des perspectives d'atteinte de parts de marché significatives.
- des gains dérivés : mise en difficulté d'un concurrent, avantages

fiscaux non négligeables, économies en recherche et développement...

Mais, comme tout actif, le capital humain et le capital structurel sont soumis à des risques.

Quels risques pour le capital humain ?

Jean Bodin écrivait déjà au

XVI^e siècle. « Il n'y a de richesse que d'hommes ! ». En pleine mutation, les fonctions de ressources humaines développent, dans l'ensemble des entreprises, de plus en plus d'outils pour la gestion de ce capital, clef du succès futur. Au-delà de sa gestion interne, des périls extérieurs le menacent. La perte de l'homme-clef ou du « géo trouvetout » de l'entreprise constitue l'un de ces risques.

Quels risques pour le capital structurel ?

L'importance de la structure organisationnelle est, nous le savons, majeure dans le processus de création de richesse intellectuelle et la promotion à chaque instant de l'innovation au sein de l'entreprise. Les mesures organisationnelles favorables à un tel développement sont au cœur des préoccupations des managers.

Mais la propriété intellectuelle est, elle-même soumise à des risques, avec en particulier :

- le vol ou le sabotage : dans la guerre commerciale actuelle, c'est probablement l'un des nouveaux risques auxquels il faut s'attendre et se préparer, que ce soit sous la forme d'attaques contre l'information elle-même, de vol, de destruction ou de piratage – y compris les risques de blocage de l'accès à l'information ;
- la perte et/ou la destruction accidentelles : l'intangibilité de la propriété intellectuelle n'est pas totale. Les plans, les bases de données, les fichiers électroniques peuvent être

perdus ou accidentellement détruits.

Aux côtés de ces risques classiques d'atteinte à la matérialisation même de l'idée ou de la création, d'autres risques moins traditionnels existent :

- l'annulation, risque présent durant toute la vie du brevet (validité 20 ans), et particulièrement à sa naissance en cas de non-respect du secret avant le dépôt (« Parlez de votre idée, elle n'est plus brevetable ») et dans la phase de découverte des antériorités, au cas où certaines d'entre elles seraient effectivement mises en lumière ;
- la déchéance : elle peut intervenir à l'occasion du non-respect d'un délai au cours de la procédure ou du non-paiement d'une taxe de maintien en vigueur. La propriété intellectuelle peut donc être perdue par simple négligence, oubli ou retard !
- la contrefaçon par un tiers a pour conséquence la plus évidente un manque à gagner par perte directe de ventes. Il pourra s'ensuivre une concurrence obligeant à baisser les prix et vers un possible déficit d'image. Il sera généralement nécessaire d'engager un procès qui engendrera des coûts importants et dont les chances de succès (récupération du manque à gagner) se heurteront à des difficultés d'exequatur et au risque supplémentaire (et fréquent) d'insolvabilité du contrefacteur. À la frontière de la contrefaçon, parfois qualifiée d'imitation pure, existe l'imitation réflexive, dont l'objectif est moins de tromper que d'acquiescer le consommateur, en

empruntant seulement certaines des caractéristiques du produit original (copie intelligente) ;

- l'action en revendication de propriété par un tiers, notamment par un salarié qui a participé à la découverte (cas de l'inventeur du Post-it). Il peut s'agir également de la transgression involontaire (*infringement*, selon le terme anglais) des droits de la propriété intellectuelle d'autrui (droit d'auteurs, des brevets et des marques) ;
- l'interdiction d'exploiter l'invention, qui se révélerait contraire au droit public et au droit de la Défense nationale (les logiciels de cryptage sophistiqués ont longtemps souffert de cette interdiction), à des impératifs de santé publique (on pense aux implants mammaires en silicone) ou se heurterait à de pures raisons éthiques (preuve en est le récent communiqué de l'Office national des brevets sur l'erreur qu'il a commise en acceptant à tort de breveter une méthode de manipulation génétique du génome humain) ;
- le risque politique est une autre forme d'impossibilité d'exploiter (décision arbitraire, nationalisation, confiscation, mesure de rétorsion...)
- les risques contractuels, enfin, sont nombreux dans les situations finalement assez fréquentes de partenariat – copropriété, exploitation sous licence ou franchisée...

Quelques aspects très particuliers de la notion de propriété intellectuelle sur Internet

La conscience de la transgres-

sion des droits de propriété par le public connaît un net recul depuis de nombreuses années. L'utilisation intensive du photocopieur a banalisé l'infraction au copyright. À ce niveau, Internet s'avère encore plus porteur de risques. Un « double clic » (copier/coller) n'est bien souvent rien d'autre qu'une atteinte potentielle aux droits d'auteurs.

Les noms de domaines – noms de marques ou de futures marques, mais aussi adresses – ont une valeur certaine. Ils sont la source d'une grande part des litiges actuels en matière de commerce électronique.

Les « metatag » – mots ou phrase de langage « html » insérés dans le codage de l'adresse des sites web et destinés à orienter les moteurs de recherche – peuvent être à l'origine de détournements frauduleux ou involontaires (pratique illégale consistant à utiliser le nom de son concurrent dans son propre metatag).

Quant aux liens hypertextes, qui permettent d'accéder par un simple clic sur une page web à une autre page web, ils posent déjà de nombreux problèmes. Qu'il s'agisse de propriété intellectuelle ou de responsabilité éditoriale, on reconnaît aujourd'hui qu'il est indispensable de prévoir des accords préalables avec le propriétaire de la page web « ciblée » avant de rendre actif tout lien hyper-texte.

La valorisation des hits d'internautes : l'une des bases de la valorisation boursière des valeurs (dites de haute technologie ou Internet)

de la nouvelle économie est le nombre de « hits » (visites d'un site) journaliers réalisés par les internautes. Quel paradoxe : la capitalisation boursière de sociétés comme AOL ou Amazon, bien loin d'être détruite par les attaques récentes de *hackers* en février 2000 (de type *spamming*, terme utilisé par les pirates pour caractériser l'inondation d'une cible sous un flot d'e-mails) a augmenté à la fin de leur paralysie forcée, suite à l'afflux des curieux ! Le but ultime pourrait donc être de générer du trafic (pour le compte des publicistes en ligne) et de construire des bases de données, qui deviendraient à leur tour un constituant fondamental du capital intellectuel ! Mais à qui appartient une base de données clients ?

Capital intellectuel et gestion de risque

Les grandes entreprises industrielles et commerciales expriment depuis de nombreuses années les difficultés rencontrées en gérant les risques associés à ce nouveau capital, devenu parfois l'un des éléments fondamentaux de leur survie.

Au-delà du développement de certaines méthodes d'analyse de risque (par exemple *Intellectual Capital Navigator*), les industriels restent intéressés par l'idée de transférer ce risque aux assureurs. Ces derniers étaient jusqu'à il y a peu restés sourds aux appels de leurs clients, effrayés par l'intangibilité du risque qui le reléguait aux frontières de l'assurable.

L'industrie de l'assurance se

caractérise pourtant elle aussi par son capital intellectuel et ses facultés d'innovation. Incitée par une compétition particulièrement vive ces dernières années, elle accepte désormais d'aborder ce sujet complexe car il s'avère en réalité possible de gérer ces risques.

Les premiers risques d'atteinte purement physique peuvent, en effet, être réduits par des mesures de prévention adéquates – détection/protection incendie, duplication de la documentation papier et électronique, filtre et *firewalls*/cryptage pour les données circulant sur Internet.

Pour protéger la composante purement intellectuelle de cette propriété que constitue l'idée ou le résultat de la recherche, les différentes législations nationales et certains droits supranationaux mettent à la disposition des inventeurs une panoplie de mesures légales de protection. Maîtriser cet arsenal juridique est une affaire de professionnels et nous ne pouvons que recommander le recours aux services de spécialistes que sont les conseils en propriété industrielle. Ils s'organisent autour des deux pôles brevets et droits d'auteur.

Outre l'appel aux professionnels externes, encore faut-il s'assurer, au sein de l'entreprise, que la connaissance du droit des brevets est suffisante. Ainsi, un module de formation à la propriété industrielle devrait être mis en place rapidement dans certaines écoles d'ingénieurs. Par ailleurs, dans une entreprise misant sur l'innovation, des formes de rémunération peuvent être envisagées pour valoriser

et motiver les collaborateurs participant à la création de cette valeur. Mettre en place et gérer des titres de propriété industrielle représente cependant un coût non négligeable. Le coût du dépôt d'un brevet assez large (pour environ 10 pays), le brevet français plus le brevet européen et les mêmes démarches aux États-Unis et au Japon, est aujourd'hui de l'ordre de un million de francs français (152 672 €). Le coût de la maintenance annuelle sera d'environ 50 000 francs (7 633 €) par an et par pays. Conscient de ce problème, le gouvernement français, à la suite du rapport Lombard, a fait des propositions concrètes, dont la recommandation de baisser les coûts d'obtention de brevets et les taxes afférentes.

Quelles solutions de transfert du risque ?

À ce jour, il existe des solutions partielles de transfert du risque d'atteinte à la propriété intellectuelle vers les assureurs.

Le transfert du risque de responsabilité civile de l'entreprise peut se faire sous la forme de produits spécifiques de type *Patent Infringement* (transgression involontaire des droits des brevets ou plus généralement des droits de propriété intel-

lectuelle) ou d'une extension de la police de responsabilité civile générale (exploitation) ou de la responsabilité civile professionnelle. Cette extension peut être donnée par une sous-limite de garantie (quand elle n'est pas implicitement acquise du fait d'un texte de police particulièrement large).

Le transfert du dommage propre est plus difficile. L'assurance litige, recommandée également à la suite du rapport Lombard, consiste en une assurance de protection juridique destinée à prendre en charge les frais de procès en cas de détournement de propriété intellectuelle ou d'utilisation abusive ou non autorisée de licence, de franchise ou de tout droit d'exploitation de propriété intellectuelle.

D'autres solutions « dommages » partielles peuvent être trouvées dans des couvertures de type rappel de produit (en particulier si l'on dispose d'une garantie contamination accidentelle voire criminelle du produit), permettant une protection préventive de l'image.

Le monde de l'assurance travaille aujourd'hui sur une solution beaucoup plus globale. La logique est simple : si la première richesse de l'entreprise est celle de la pro-

priété intellectuelle, alors c'est ce bien qu'il faut en premier lieu savoir assurer à l'avenir.

Si plusieurs assureurs et les deux plus grands courtiers mondiaux ont entamé des discussions à ce sujet – preuve d'un changement majeur par rapport à une grande réticence du passé –, certaines difficultés demeurent :

- le caractère aléatoire du risque n'est pas la difficulté majeure, des contrats de type « périls dénommés » peuvent être la solution,

- le caractère quantifiable du risque et sa possible réparation, sont, quant à eux, plus difficiles à établir.

En association avec un partenaire, Scor travaille actuellement à la mise au point finale d'un produit innovant.

Déplaçant la frontière entre risque d'entreprise et risque assurable, les assureurs démontreront probablement ainsi, une nouvelle fois, leurs capacités d'innovation.

Cette chronique est extraite du rapport de fin d'étude de CHEA 1998/2000 de Dominique Herbrich. Risques publiera désormais régulièrement les bonnes feuilles de mémoires des récents diplômés du CHEA.

5.

Livres

■ Michel Bisch

Les options de vie

par François Ewald

■ Andrew Jack

Sur la France

par Pierre Bollon

■ Jean-Denis Bredin

Une singulière famille.

Jacques Necker, Suzanne Necker et Germaine de Staël

par Alain Borderie

■ Claude Bismut • Najat El Mekkaoui de Freitas

Fonds de pension, aspects économiques et financiers

par Pierre Bollon

5. Livres

■ **Bisich Michel (1999)**, *Les options de vie*, *Economica*, Paris.

Michel Bisich est un inventeur dans un domaine où l'on pouvait penser que l'invention n'avait guère cours : l'assurance. Il travaille avec les instruments fondamentaux de l'assurance, table de mortalité, calcul des probabilités, mais aussi une attention très aigüe des besoins auxquels ces instruments simples peuvent servir. Il n'en n'est pas à son coup d'essai. A plusieurs reprises il a déjà fait preuve de ses talents d'inventeur. La dernière fois, c'était avec *Le Risque de vie* où, toujours avec les mêmes instruments, Michel Bisich avait montré comment les techniques de l'assurance pouvaient être mises au service des nouveaux problèmes liés à l'allongement de la vie.

Dans son dernier ouvrage, *les Options de vie*, Michel Bisich propose une sorte de démultiplication du contrat d'assurance de manière qu'à travers l'unité du contrat le souscripteur comme la société qui le couvre puissent intégrer à l'avance un certain nombre d'événements possibles : des options de vie. La notion d'option est sans doute inspirée des techniques financières de couverture des risques financiers en les appliquant au contrat d'assurance. Michel Bisich introduit dans le contrat, à la fois une très grande souplesse et une belle sophistication. L'invention des options de vie n'est pas purement spéculative, elle est porteuse d'innovation en matière d'assurance. On peut en particulier constater que l'invention assurancielles de Michel Bisich est exactement contemporaine des découvertes en matière de médecine prédictive et l'on peut penser qu'un des domaines privilégiés d'application pourrait être lié à cette nouvelle conjoncture scientifique.

Aussi bien, à un moment où on a seulement coutume d'interroger les rapports entre la médecine génétique et l'assurance uniquement sous forme d'interdiction, l'invention de Michel Bisich permet d'inverser les données du problème en montrant comment ces nouvelles données sont susceptibles de donner lieu à de nouvelles propositions d'assurance. Les travaux de Michel Bisich doivent donc être d'abord salués par la profession de l'assurance : ils manifestent une nouvelle fois comment au-delà de la gestion, la profession est capable d'inventions, d'innovations, de transformations pour s'adapter aux évolutions de l'environnement et aux besoins des clients. Mais, plus largement, les travaux de Michel Bisich devraient intéresser le monde des actuaires, des mathématiciens et des démo-

graphes, tous ceux qui trouvent du plaisir à constater comment des instruments simples sont susceptibles de générer une multitude d'inventions utiles, et cela d'autant plus que les démonstrations de Michel Bisich ont de par leur simplicité même une très grande élégance.

par François Ewald

■ **Jack Andrew (1999)**, *Sur la France*, Éd. Odile Jacob, Paris.

Les lecteurs, au moins occasionnels, du *Financial Times* se souviennent probablement des articles d'Andrew Jack, qui en fut pendant de nombreuses années le correspondant à Paris. Andrew « couvrait » alors bien des sujets, allant des avatars de la famille de Monaco à l'analyse fine de l'évolution – ou du sur-place – de notre société. On retrouve avec plaisir dans cet essai brillant, écrit de son exil moscovite, sa verve qui sait être à la fois caustique et amicale.

Quis bene amat... Bien qu'il soit sous titré « Vive la différence », l'ouvrage prend un malin plaisir à brocarder maints de nos travers nationaux : le culte de l'« exception française », le poids des élites, la faiblesse des « contre pouvoirs », la tendance au « repli culturel », les « exigences des syndicats qui sont dangereusement éloignées des réalités économiques et sociales de la France d'aujourd'hui », le fait que « le conflit fait partie intégrante de la culture française », etc.

... *bene castigat*. Mais Andrew Jack ne se contente pas, heureusement, de brocarder nos tendances à nous transformer en « Disneyland culturel ». Il sait que la France est aussi « un pays moderne qui lutte pour se débarrasser de la camisole de force corporatiste d'après guerre ». Y réussira-t-elle à temps ? *That*, bien sûr, *is the question*. L'exemple des fonds de pension, pardon des fonds de retraite (il se moque au passage de notre propension à refuser d'appeler les choses par leur nom) est l'un de ceux qu'il prend pour monter que la partie n'est pas gagnée.

Bref, un livre stimulant, un essai plus qu'une thèse. Andrew Jack, outre au *British Press Award*, fait ainsi honneur au Grand Prix que les anciens élèves du Centre des hautes études d'assurance (CHEA) lui ont décerné il y a quelques années.

par Pierre Bollon

■ **Bredin Jean-Denis (1999), *Une singulière famille. Jacques Necker, Suzanne Necker et Germaine de Staël, Fayard*, Paris.**

Membre de l'Académie Française, Jean-Denis Bredin est l'auteur de plusieurs romans, essais et ouvrages d'histoire, dont un Sieyès, personnage incontournable de la Révolution Française.

Ici, tout est en demi-teintes, en rivalités mesurées. Est-ce le thème choisi – l'histoire d'une relation complexe entre un homme, son épouse et leur fille unique, tous trois hors normes ? Genevois d'origine française, protestants, Jacques et Suzanne Necker semblent respectivement « programmés » pour la gloire et la notoriété. Jacques est banquier, Suzanne tient à Paris, jusqu'à sa mort prématurée, un salon réputé, apprécié des grandes figures intellectuelles du siècle des Lumières. Quant à leur fille, son éducation lui permettra d'avoir une avance à la mesure de son génie naissant.

C'est par l'écriture que les membres du trio se distingueront et escaladeront les marches de la célébrité. Une certaine jalousie se fait jour au sein de la famille, mais on se trouve entre gens de bonne compagnie, pour qui la plume est bel et bien le meilleur moyen de communiquer. À cet égard, il est piquant d'observer la propension de Jacques Necker à rédiger des traités, des mémoires ou des lettres pour répondre aux avis de ses détracteurs ou dénoncer une injustice. Le bon peuple en a connaissance (tout au moins dans les villes) par le biais des premières gazettes. Le Traité de 1775 sur la législation sur le commerce des grains, qui prend le contrepied des théories de libre-échange de Turgot, rend notre homme célèbre et lui ouvre les portes du Contrôle des Finances, qu'il occupera à trois reprises.

Homme de bien soucieux de la bonne alimentation en grains de la Ville de Paris, désintéressé (il dépose au Trésor une somme conséquente qu'il laisse en 1790 après sa disgrâce définitive), voilà pour le bon côté. Mais trente ans auparavant, comme syndic de la Compagnie des Indes, il semble qu'il « se soit payé sur la bête ». Et quid des premières opérations d'achats de fonds publics par celui qui est encore banquier chez Thélusson lors du fâcheux Traité de Paris de 1763, où la France perd ses colonies américaines et indiennes ? Assurément, il n'y a rien d'illégal à jouer sur la baisse du taux de rente et la hausse de son cours afin de dégager une plus-value en cas de vente... tout est question d'information, au risque de pratiquer un « délit d'initié » selon le vocable actuel. Comme chez tout protestant, le rapport à l'argent est dénué d'ambiguïté. S'enrichir n'est pas interdit, sauf à en abuser ou en faire mauvais usage. On fera le Bien après. Les hommes politiques améri-

cains, toutes religions confondues, revendiquent souvent cette éthique.

Deux observations encore. L'ouvrage passe trop rapidement sur la mise en place d'un mont-de-piété à Paris en décembre 1777, près d'un siècle et demi après l'échec du premier. Son succès sera immédiat et dépassera toutes les espérances de ses concepteurs – Necker, Framboisier de Beaunay, procureur du Roi, et Charles Lenoir, lieutenant de police du Roi. En 1778, pour sa première année de fonctionnement, près de 130 000 objets y sont déposés ; en 1783, il emploie 120 personnes (nombre porté à près de 200 quelques années plus tard) ; il prête à 10 %, plus un denier par livre, à payer par l'emprunteur aux huissiers commissaires-priseurs du Châtelet.

Quant aux moyens utilisés par Necker pour lutter contre la dérive du déficit du Trésor Royal, on sait qu'ils ne constituaient pas un programme affiché. L'auteur décrit avec précision les intentions du Genevois de supprimer des offices superflus à la Cour et de dynamiser l'Administration des Finances. Il stigmatise aussi son choix systématique en faveur de l'emprunt continu, ce que Mirabeau, son ennemi, appellera « des mœurs viagistes ». En revanche, il est peu disert sur la dichotomie entre ces emprunts et ceux dits « perpétuels », déjà pratiqués, beaucoup moins chers, qui constitueront autant de tranches dans le grand emprunt de janvier 1777. On s'arrache les billets de cet emprunt à lots qui ne rapportera que du 12,5 % à la majorité des gagnants des tirages, mais plus de 4 000 % à ceux, minoritaires, qui ne seront remboursés du capital qu'à une échéance lointaine. Entre temps, ils toucheront les intérêts tous les ans. Les spécialistes et les banquiers genevois seront les grands bénéficiaires de ce type d'opération : les premiers emprunteront des fonds à 5 %, les placeront sur d'autres emprunts d'État à 10 %, amortiront leur dette en 15 ans et percevront ensuite un intérêt de 10 % ; les seconds les aideront en répartissant les rentes viagères sur plusieurs têtes d'enfants genevois ayant eu la petite vérole et issues de familles aisées. Il ne sera même pas tenu compte des tables de mortalité, pourtant déjà connues. Dupont de Nemours parlera à la Constituante de ces « immortelles demoiselles de Genève ». Les Français découvriront l'assurance vie, ce qui est bien, mais surtout prendront goût à l'endettement et s'habitueront à vivre avec une dette publique jamais amortie, ce qui l'est moins. Il est vrai que Necker avait parié sur une diminution de la valeur de l'argent et une augmentation de la population. On retrouve ce discours dans des périodes récentes de notre histoire économique et financière.

En résumé, en dépit de l'utilisation d'une riche biblio-

graphie couvrant deux siècles, l'ouvrage ne lève pas entièrement le voile sur ce personnage exigeant, rigoureux, orgueilleux, marqué par un fort besoin de reconnaissance... Mirabeau n'a-t-il pas dit de lui : « Hâtez-vous de l'admirer, car vos enfants un jour le maudiront. »

par *Alain Borderie*

■ **BISMUT Claude et EL MEKKAOUI DE FREITAS Najat (2000), *Fonds de pension, aspects économiques et financiers, Economica*, Paris.**

La problématique de l'équilibre du financement durable des systèmes de retraite hante les esprits, aussi bien en France que dans d'autres pays d'Europe continentale. L'ouvrage collectif coordonné par Claude Bismut, professeur de sciences économiques à l'université de Montpellier-I et Najat El Mekkaoui de Freitas, maître de conférences à Paris-Dauphine et chercheur au Ceresa, relance un débat qui semble s'éterniser faute de décision politique. Ce recueil de textes est le fruit des travaux présentés, en 1999, au Forum retraites, organisé depuis des années à Bordeaux par la branche retraites de la Caisse des dépôts et consignations sous la houlette de Bernard Cochemé et Florence Legros.

De cet ouvrage, issu de la conviction que « seule une expression plurielle et sans tabou peut libérer un débat difficile de ses a priori » et qui réunit des contributions variées de spécialistes, universitaires et praticiens, un consensus semble se dégager sur un point essentiel :

quelle que soit l'évolution de l'économie et de l'emploi à court et moyen terme, le vieillissement démographique de nos sociétés est inéluctable et la recherche de solutions visant à assurer le financement des retraites ne peut plus être ajournée.

L'ouvrage, préfacé par Daniel Lebègue, s'articule en six chapitres et dix articles, et présente des commentaires à la fin de chaque chapitre. Le premier article, de la plume de E. Philip Davis, économiste senior de la Banque d'Angleterre, constitue en quelque sorte le fil conducteur de tous les autres thèmes traités : l'analyse de l'impact économique et financier de l'augmentation de l'épargne longue résultant du développement des fonds de pension sur les marchés européens. Autour de cet axe de réflexion, d'autres articles sont consacrés à l'analyse théorique et empirique des rapports entre fonds de pension et politique des entreprises, à l'environnement réglementaire et fiscal des fonds, et aux « coûts » que peut entraîner la période de transition vers un système par capitalisation. L'ouvrage se clôt sur les discussions qui se sont déroulées autour de tables rondes réunissant praticiens et universitaires, ainsi que le public présent.

Soulignons que Najat El Mekkaoui de Freitas avait déjà publié, début 1999, un ouvrage individuel de référence intitulé *Fonds de pension et marchés financiers*, qui analyse les comportements et les stratégies de placement des fonds de pension et dont *Risques* a publié, dans son numéro 39, un compte-rendu dans cette même rubrique.

par *Pierre Bollon*

Risques

Les cahiers de l'assurance

Responsable de la rédaction

Jean-Hervé Lorenzi

Professeur à l'université Paris-Dauphine

Rédaction

Tél. [33] (0)1 42 47 93 56

Fax [33] (0)1 42 47 91 22

E-Mail : Risques@ffsa.fr

Diffusion

Abonnement

L.G.D.J

31, rue Falguière - 75015 Paris

Tél. [33] (0)1 56 54 16 32

Fax [33] (0)1 43 22 68 09

Prix de l'abonnement (4 n ^{os})	France	700 F
Prix au numéro	France	190 F
Prix de l'abonnement (4 n ^{os})	étranger	800 F
Prix au numéro	étranger	220 F

Vente au numéro

Librairie des Éditions juridiques associées

L.G.D.J-Montchrestien

20, rue Soufflot - 75005 Paris

Tél. [33] (0)1 46 33 89 85

Fax [33] (0)1 40 51 81 85

Photocomposition, photogravure, impression, routage

Morel et Corduant

11, rue des Bouchers 59800 Lille

Tél. : [33] (0)3 28 36 18 00

Directeur de la publication

Marc Maillefer

CPPAP : 72.325

Dépôt légal : Mars 2000

ISSN : 1152-9253

Revue éditée par la SCEPRA
9, rue d'Enghien 75010 Paris

Risques

Les cahiers de l'assurance

1. Société
L'Europe

2. Techniques
La confidentialité

3. Analyses
Assurance : la fin du cycle ?

4. Chroniques
Droit
Économie
Finance
Histoire
CHEA

5. Livres

ISSN : 1152-9253

Prix : 190 F