

Risques

Les cahiers de l'assurance

■ L'évolution de l'assurance-vie

Un entretien avec
André Babeau

■ La responsabilité civile

Gilles Bénéplanc
Alain Coulomb
François Ewald
Jean-Marc Lamère

■ Chroniques

Georges Durry
Rose-Marie Van Lerberghe

■ Études et livres

Anne Charon
Christian Schmidt
Yves Simon
Bastien Soulé

■ Les normes comptables

Richard Bonfils
Élie Cohen
Jacques Le Douit
Viviane Leflaive
Florence Lustman
Michel Piermay
Bertrand Voyer



Risques

Les cahiers de l'assurance

N° 52

Octobre-Décembre 2002

SEDDITA – 2002

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

Comité editorial

Jean-Hervé Lorenzi
Responsable de la rédaction

Pierre Bollon
Chroniques, études et livres

Vincent Marty
Diffusion

Jean-Marc Lamère

Jean-Charles Simon

François Ewald
Société

Robert Leblanc
Techniques

Pierre Picard
Analyses

André Renaudin

Patrick Thourot

Dominique Steib
Secrétaire de la rédaction

Comité scientifique

Michèle Barzach, Bernard Beignier, Jean Berthon, Michel Bisch,
Philippe Bonin, Dominique Bourg, Marc Bruschi, Monique Canto-Sperber,
Bernard Caron, Philippe Casson, Françoise Chapuisat, Jacques Chevalier,
Pierre-André Chiappori, Charles-Emmanuel Claeys, Georges Dionne, Georges Durry,
Louis Eeckhoudt, Karl-Théodor Eisele, Claude Gilbert, Christian Gollier,
Bernard Guillochon, Sylvie Hennion-Moreau, Dominique Henri t,
Christian Hess, Vincent Heuzé, Jean-Pierre Indjehagopian, Gilles Johanet,
Denis Kessler, Daniel Laurent, Hervé Leborgne, Claude Le Pen,
Françoise Le Quéré, Laurent Leveneur, Luc Mayaux, Stéphane Mottet, Michel Mougeot,
Bertrand Munier, Yves Negro, Véronique Nicolas, Pierre Pestieau,
Pierre Petauton, Daniel Serant, Christian Schmidt, Olivier Sorba, Didier Sornette,
Alain Trognon, François de Varenne, Joël Winter, Daniel Zajdenweber

Sommaire

I. *Société* L'évolution de l'assurance vie

Entretien avec

André Babeau, président du comité d'orientation de l'Observatoire de l'épargne européenne..... 7

2. *Techniques* La responsabilité civile

Robert Leblanc, <i>La responsabilité civile : un problème de société et un problème d'assurance</i>	13
Jean-Marc Lamère, <i>Vers une réforme de l'assurance de responsabilité civile en France</i>	15
Gilles Bénéplanc, <i>L'assurance responsabilité civile : réforme ou refondation ?</i>	36
François Ewald, <i>Modernisation du système de santé</i>	39
Alain Coulomb, <i>Établissements de soins privés : l'état des lieux</i>	46

3. *Analyses* Les normes comptables

Pierre Picard, <i>Un enjeu crucial pour les assureurs</i>	53
Richard Bonfils, <i>Les normes internationales : le référentiel IFRS</i>	55
Jacques Le Douit, <i>Le projet assurance de l'IASB : enjeux et alternatives</i>	66
Michel Piermay, <i>Pratiques actuarielles et évolutions comptables</i>	74
Florence Lustman, Viviane Leflaive, <i>Normes IAS et assurance : le point de vue du contrôle prudentiel</i>	78
Élie Cohen, <i>Normes comptables et traduction des risques d'entreprise</i>	85
Entretien avec Bertrand Voyer, président du groupe Prévoir.....	89

4. *Chroniques*

Georges Durry, <i>Secret médical et expertise judiciaire civile</i>	95
Rose-Marie Van Lerberghe, <i>Vers un rééquilibrage entre le droit législatif et réglementaire et la norme conventionnelle</i>	98

5. *Études et livres*

Christian Schmidt, <i>Daniel Kahneman et le renouvellement de la théorie du risque</i>	105
Bastien Soulé, <i>Difficultés et enjeux de la quantification des accidents dans les stations de sports d'hiver</i>	110
Anne Charon, <i>La protection de l'image de marque de l'entreprise</i>	120
Bertrand Jacquillat, Bruno Solnik, <i>Marchés financiers. Gestion de portefeuille et des risques</i>par Yves Simon	125
Alain Borderie, <i>L'assurance complémentaire santé en France</i>	127

1. L'évolution de l'assurance vie

Entretien avec

■ André Babeau

Président

du comité d'orientation de l'Observatoire de l'épargne européenne

Conseiller scientifique

au Bureau d'informations et de prévisions économiques

André Babeau

*Président du comité d'orientation
de l'Observatoire de l'épargne européenne
Conseiller scientifique
au Bureau d'informations et de prévisions économiques*

Entretien réalisé par Pierre Bollon et Jean-Hervé Lorenzi

Risques : Vous êtes, monsieur le Professeur, le spécialiste de l'épargne dans notre pays. Vous savez, par vos réflexions, par vos publications, par votre engagement aussi, faire bouger les choses. La dernière décennie a été, en France, particulièrement favorable à l'assurance vie. Sous-développée il y a vingt ans, elle est devenue, en flux comme en stock, une composante essentielle de l'épargne. Elle s'est, ce faisant, considérablement transformée. L'Observatoire de l'épargne européenne (OEE) vient de réaliser, sous votre direction, une étude sur l'assurance vie en Europe. Mais, première question, ne conviendrait-il pas plutôt de parler d'assurances vie, au pluriel ?

André Babeau : On ne peut en effet qu'être frappé par la grande diversité de l'assurance vie, qui va de la pure prévoyance à des produits de retraite à très long terme. Mais si partout, ou presque, il existe une sorte de *continuum*, chaque pays européen est marqué par d'importantes spécificités. C'est ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, que les produits très longs, à forte composante de couverture de risque décès, dominant en Europe du Nord. En France, référence fiscale de huit ans aidant, prévalent les produits de moyen terme. Une autre singularité française est l'obligation de participation aux bénéfices, qui va au-delà du taux garanti.

Risques : Le rôle de l'assurance vie dans le préfinancement de la retraite est aussi très différent d'un pays à l'autre. Peut-on dire, selon vous, que les fonds de pension, là où ils existent, lui font une forte concurrence ?

André Babeau : Oui et non.

Non, parce que l'on doit considérer, je crois, les fonds de pension comme une assurance viagère. En ce sens, ils complètent, à l'instar de l'assurance vie *stricto sensu*, d'autres « systèmes » ou « produits » de retraite, comme les provisions au bilan des entreprises, d'ailleurs en régression, ou les régimes en répartition. En France, par exemple, les articles 39 et 83 sont pour moi clairement des fonds de pension.

Oui, et c'est le sens, je pense, de votre question, car on peut considérer d'une certaine manière que les fonds de pension font souvent, là où ils existent, une sorte de concurrence à l'assurance vie : ils bénéficient d'une fiscalité très favorable fondée sur la déductibilité des cotisations et sont bien souvent soumis à des règles moins strictes en matière de comptabilisation, de placements, de solvabilité, etc. Une partie des débats sur le projet de directive sur les institutions de retraite en cours de discussion à Bruxelles tourne d'ailleurs autour de ce thème.

Mais, il me semble qu'un autre phénomène intéressant doit être relevé, qui rapproche fonds de pension et assurance vie : la tendance à transférer à l'épargnant les risques liés aux placements. Les fonds de pension sont ainsi de plus en plus à cotisations définies tandis qu'en assurance vie se développent les contrats en unités de compte. L'étude de l'Observatoire de l'épargne européenne à laquelle vous avez fait allusion montre bien l'ampleur du phénomène, même si l'appareil statistique dont nous disposons ne permet malheureusement pas encore de mener, sur ce sujet, des recherches aussi poussées que nous le voudrions. L'un des autres enseignements de l'étude est que les contrats en unités de compte ne se sont pas développés partout au même rythme.

Risques : C'est un phénomène qui touche l'ensemble de l'assurance vie...

André Babeau : C'est vrai. Pour l'ensemble de l'assurance vie, la dispersion est déjà importante avec 371 € d'encours par habitant en Grèce, 3 124 € en Italie, 6 026 € en Allemagne, 10 829 € en France et 12 330 € au Royaume-Uni. Et les rythmes de croissance entre 1997 et 2000 ne vont pas toujours dans le sens de la réduction de ces écarts.

Mais les différences sont encore plus marquées pour les supports en unités de compte. L'encours de ce type de contrat était ainsi en 2000 de 69 € par habitant en Grèce, de 130 € en Allemagne, de 859 € en Italie, de 2 333 € en France et de 5 807 € au Royaume-Uni ! On peut même dire que certains pays où l'assurance vie est développée, comme l'Autriche, l'Allemagne ou le Danemark, ne sont pas encore entrés dans les contrats en unités de compte, peut-être parce que cette technique s'adapte moins facilement aux contrats mixtes. Ailleurs, la croissance des unités de compte s'explique clairement, en tout cas, par une forte conjonction d'intérêts, ceux de la demande, à l'heure où les rendements des contrats en euros sont de plus en plus faibles du fait de la baisse des taux, et ceux bien sûr de l'offre, car ces contrats sont moins coûteux en fonds propres et, disons-le, en général mieux commissionnés.

Risques : Revenons un instant sur les deux dernières années 2001 et 2002, qui ont vu ces contrats refluer au moins en termes de versements...

André Babeau : ... du fait des conditions de marché exécrables. Je pense qu'en effet les flux de versements vont se rééquilibrer, mais le stock en unités de compte, lui, devrait continuer à croître dans la plupart des pays.

Risques : Ce phénomène ne veut-il pas dire que la demande de protection contre le risque s'affaiblit ?

André Babeau : Au contraire, je pense que la gamme des produits d'assurance vie apportant des garanties va se développer. Il y a bien sûr les produits à base hypothécaire, répandus au Royaume-Uni, en Irlande mais aussi, bien que dans une moindre mesure, dans

les pays nordiques. Et il y a surtout les produits d'assurance décès. La prévoyance décès est très sous-développée à mon sens dans de nombreux pays européens, dont la France. Les ménages sous-estiment ainsi fortement la baisse du niveau de vie consécutive au décès de l'un des conjoints, qu'une étude américaine récente a chiffrée à plus de 20 % pour plus du tiers des ménages. Nous sommes là dans une situation évidente de sous-assurance.

Risques : D'autant que la baisse inéluctable du rendement des régimes en répartition se ressentira encore plus sur les pensions de réversion.

André Babeau : Absolument ! Le tassement risque d'être plus sensible au niveau des pensions de réversion, dont le montant est plus modeste. Ce sera une raison supplémentaire de croissance de l'assurance prévoyance. Pour ce qui est de l'avenir de notre système de retraite, je suis très étonné que les diverses études réalisées sur ce sujet, et même les plus sérieuses, n'aient pas davantage exploré ce qui allait se passer du côté du patrimoine et des revenus que les ménages pourraient en tirer. La part de ceux-ci est souvent considérée comme stable, c'est implicitement le cas par exemple dans le rapport Charpin du Commissariat au Plan. Nous avons en France « comme un blocage » à l'égard de la réalité patrimoniale. On a en effet constaté au cours des années récentes que les patrimoines, contrairement à la règle d'or de Solow, croissaient plus vite que les revenus : 8 à 9 % contre 4 %. C'est un écart considérable ! Et même si cet écart se réduisait, ce qui est probable avec la fin de la période exceptionnelle de baisse des taux que nous venons de connaître, l'écart devrait rester de l'ordre de deux points. D'où un apport croissant des revenus de la propriété au budget des retraités, même en l'absence de généralisation des fonds de pension. Et, bien sûr, un apport encore plus conséquent dans le cas contraire.

Risques : L'enjeu devient alors que tous les Français puissent se constituer un patrimoine.

André Babeau : Il faut en effet quitter ici le domaine de la méfiance, voire de l'invective, pour se demander

comment faire pour encourager la constitution par chacun de cet instrument essentiel de sécurité qu'est un patrimoine. Et ce dès les premières années de la vie active. C'est un enjeu économique et social essentiel.

Risques : Que faire, donc ?

André Babeau : Aller beaucoup plus loin dans la voie tracée par les mesures récentes visant à généraliser l'épargne salariale. Celle-ci est d'ores et déjà loin d'être négligeable – les FCPE pèsent plus de 50 milliards d'euros – mais cela ne représente que 1 % du patrimoine total des Français ! On pourrait la compléter par un produit retraite, un plan partenarial d'épargne salariale volontaire retraite (PPESVR), qui serait nécessairement diversifié et non investi en titres de l'entreprise. De même, il faut à l'évidence assouplir l'assurance vie retraite, et notamment l'article 83.

Mais il faut sans doute faire plus en matière de patrimoine constitué pour la retraite en permettant à tous d'accéder très tôt dans la vie active et dans de bonnes conditions, à un produit individuel d'assurance retraite. Au Royaume-Uni, Tony Blair a créé des *baby-bonds*, c'est une bonne idée...

Risques : Certes, mais qui va aider les jeunes à revenus modestes à épargner ? Les entreprises ? L'État ? Leurs ressources ne sont pas illimitées...

André Babeau : L'aide de l'État est aujourd'hui concentrée sur l'épargne courte réglementée. Pourquoi ne pas la réorienter vers un produit d'épargne retraite individuelle, abondé par l'État sous conditions de ressources et, le cas échéant, par les organismes diffuseurs ?

Risques : C'est une manière très nouvelle de poser le problème de la capitalisation !

André Babeau : Oui, cela relativise énormément le sempiternel débat répartition *versus* capitalisation dont notre pays, c'est un euphémisme, peine à sortir.

Risques : Avons-nous omis un aspect important de l'assurance vie ?

André Babeau : Oui, son rôle dans la transmission du patrimoine, surtout dans les pays où les droits de mutation sont relativement élevés, ce qui est à l'évidence le cas de la France. L'assurance vie jouera à cet égard un rôle d'autant plus primordial au cours des prochaines années que, contrairement à ce qu'enseignait la théorie du cycle de vie, les personnes âgées continuent à épargner et à voir leur patrimoine, nous venons d'en parler, augmenter. C'est la raison pour laquelle, en dépit de ce que l'on dit souvent, le vieillissement de la population n'entraînera pas d'effondrement des marchés. Mais les transmissions entre générations vont prendre davantage d'importance et l'assurance vie sera alors, en France mais aussi souvent ailleurs, un utile véhicule.

Je voudrais, pour conclure, insister sur le fait que nous connaissons encore très mal l'épargne. Si les flux sont aujourd'hui mieux appréhendés, les stocks le sont de façon pour le moins incomplète. La détention d'actions non cotées par les ménages est ainsi, pour prendre un exemple, très mal valorisée. Des décisions essentielles en matière de fiscalité de l'épargne sont prises, en France mais aussi partout en Europe, de façon quasi aveugle, sur la base de réflexes politiques ou de nécessités budgétaires de court terme. Le grand marché se construit avec difficulté, directive après directive, sans que les autorités européennes réalisent d'études d'impact sur les comportements des épargnants. L'ambition de l'OEE est de contribuer à éclairer ces zones d'ombre.

2.

La responsabilité civile

■ Robert Leblanc

*La responsabilité civile : un problème de société
et un problème d'assurance*

■ Jean-Marc Lamère

Vers une réforme de l'assurance de responsabilité civile en France

■ Gilles Bénéplanc

L'assurance responsabilité civile : réforme ou refondation ?

■ François Ewald

Modernisation du système de santé

■ Alain Coulomb

Établissements de soins privés : l'état des lieux

LA RESPONSABILITÉ CIVILE : UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ ET UN PROBLÈME D'ASSURANCE

Robert Leblanc

Président du directoire, Siaci

Le sujet de ce dossier est d'actualité. Tout d'abord, le courtier que je suis ne peut passer sous silence la question des renouvellements et des majorations. Cette année, les assureurs ont annoncé que les couvertures de responsabilité civile des entreprises seraient fortement majorées. On peut supposer, au moment où j'écris ces lignes, quelques semaines avant leur parution et donc avant la fin de l'année, une moyenne de l'ordre de 50 %. En outre, la sélectivité des assureurs augmente, les exclusions de garanties ou refus de souscription se multiplient.

Pourquoi ces hausses ? Les assureurs avancent l'argument d'une dérive de la charge sinistres, réelle ou redoutée, s'agissant d'une branche au déroulement lent, du fait notamment des évolutions juridiques récentes, telles que la faute inexcusable de l'employeur. Sans écarter les causes techniques propres à cette branche d'assurance, on peut aussi considérer que ces augmentations relaient celles engagées dans la branche dommages d'entreprises l'an dernier, le sujet constant étant la « ligne du bas » des sociétés d'assurances.

Les assureurs ont connu des années de produits financiers abondants. Durant cette période, ils ont presque tous laissé dériver les ratios techniques, bénéficiant des marges de manœuvre que leur donnait le rendement des actifs. N'oublions pas que les provisions techniques représentent, dans des branches *long tail* comme la responsabilité civile (RC), jusqu'à cinq ans de cotisations ; on

comprend que les écarts de rendement des actifs aient un impact majeur sur le résultat net.

Pour différentes raisons (parmi lesquelles on peut avancer que les cotisations dommages sont en général les plus importantes en valeur absolue, mais aussi que cette branche est celle où les arrêtés de comptes sont les plus rapides et les moins contestables), l'effort de redressement des résultats techniques a porté en priorité, en 2001, sur les dommages. Cet effort, engagé avant le 11 septembre, a trouvé dans cet événement une justification supplémentaire. La hausse se poursuit, et la réévaluation de cette année ne fait que s'ajouter à celle de l'année précédente pour les assurés qui la subissent, mais les taux de majoration se tassent. De surcroît, les assurés, conseillés par leurs courtiers, envisagent de plus en plus le recours à l'autoassurance, avec un relèvement significatif des franchises. Quand les prix unitaires augmentent, les quantités achetées diminuent. Ainsi, la politique menée par les assureurs touche un peu à ses limites et les hausses demandées se traduiront certainement par une amélioration de leurs ratios techniques, mais de moins en moins par une augmentation dans l'absolu de la masse des cotisations collectées.

La RC vient alors prendre le relais du dommage, dans la politique tarifaire des assureurs IARD. Et je crois que les majorations annoncées cette année reflètent d'abord cette volonté des assureurs de redresser, par tout moyen possible, leurs comptes. Et, comme l'an dernier le 11 septembre

avait justifié les hausses de la branche dommages, les évolutions du droit français supportent cette année les hausses de la branche RC.

Si la RC est donc un problème d'assurance, c'est aussi un problème de société. Tant la loi que la jurisprudence vont toujours dans le sens d'une reconnaissance renforcée des droits des victimes. Mais que valent des droits si l'on ne prévoit pas les moyens de les matérialiser ? Les responsabilités des prestataires de soins, par exemple, butent sur la solvabilité de ces acteurs et sur l'engagement des assureurs derrière eux. Or les enjeux sont tels que, bien souvent, la seule *deep pocket* est celle des assureurs. On comprend que, avant même d'envisager des hausses de cotisations, ceux-ci se posent la question de leur engagement sur des sujets où les enjeux ne sont pas bien maîtrisés, où l'on ne connaît pas exactement la portée des dérives en cours.

Il est intéressant de noter que la garantie des accidents de la vie (GAV), proposée par les assureurs aux particuliers, consiste finalement à offrir aux victimes potentielles une assurance dommages. Cette solution est à rapprocher des reculs du côté de la RC des professions médicales. Et l'on peut résumer ce double phénomène en considérant que ce sont finalement les victimes qui financent, en la mutualisant, la réparation des préjudices qu'elles subissent, plutôt que les

responsables. Est-ce juste ? Est-ce efficace ? Questions difficiles, surtout la première.

Le dossier constitué par notre revue inaugure une nouvelle formule, où l'ouverture de l'éventail des points de vue est resserrée, au profit de textes plus approfondis.

Le premier article émane de la Fédération française des sociétés d'assurances : Jean-Marc Lamère, délégué général, fait le point sur les assurances RC vues par les assureurs eux-mêmes. Son travail s'inscrit dans une démarche engagée depuis des années par la FFSA, qui avait produit le Livre blanc de la responsabilité civile en novembre 2000. Gilles Bénéplanc, actuellement chez Mercer en charge de sujets différents mais spécialiste reconnu de la RC après des années chez AXA dans les grands risques, lui répond. François Ewald, professeur au Cnam, analyse, pour sa part, la question du système de santé. Et, en écho, Alain Coulomb, délégué général de la Fédération d'hospitalisation privée (FHP), donne un point de vue d'« assuré » sur le sujet ; ces lignes ont été écrites avant que n'aboutisse la démarche engagée ; on sait ce qu'il en est au moment où ces textes sont publiés.

Quelle conclusion tirer de ces articles ? Je me garderai bien de tenter l'exercice, me limitant à introduire le sujet.

VERS UNE RÉFORME DE L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE EN FRANCE

Jean-Marc Lamère

Délégué général, Fédération française des sociétés d'assurances

L'assurance de responsabilité civile constitue un instrument majeur pour favoriser la prise de risque, et donc le développement des entreprises dans les sociétés modernes. Cependant, progressivement, parce qu'elle apparaît davantage comme le moyen d'indemniser des victimes que comme celui de protéger les bilans des entreprises, elle a subi des distorsions juridiques et économiques, à un point tel que, sans réforme de fond, l'offre risque de se raréfier.

Les raisons de la crise

Depuis plusieurs années, l'assurance de responsabilité civile connaît en France des difficultés de divers ordres qui ne peuvent être réglées par des moyens exclusivement endogènes à la profession. Peu développée par rapport aux autres grands pays industrialisés européens, elle ne représente que 2,4 ‰ du PIB pour 3,2 ‰ en Allemagne ou 3,3 ‰ au Royaume-Uni.

Sans jamais avoir été une branche rentable, cette assurance traverse une véritable crise depuis 1990. De 1990 à 1999, les résultats annuels ont été soit tout juste à l'équilibre, soit fortement déficitaires. Depuis 1999, les contraintes financières très importantes qu'ont connues les assureurs de biens et de responsabilité (tempêtes, catastrophes naturelles, attentats...) ont provoqué sur l'ensemble des branches un « déprovisionnement » significatif qui améliore artificiellement les résultats d'exploitation de l'assurance de responsabilité civile. Rendu nécessaire par les événements, ce déprovisionnement est cependant dangereux dans une activité d'assurance extrêmement incertaine comme nous le verrons plus loin.

L'origine principale des difficultés observées tient à la « double face » de l'assurance de responsabilité civile en France. Il s'agit à l'origine d'une garantie d'entreprise permettant de limiter l'exposition de son bilan au risque de la mise en cause aléatoire de sa responsabilité. En pratique, progressivement, elle en est venue à être considérée comme une assurance pour compte de tiers, l'instrument d'indemnisation de victimes dont les exigences sont de plus en plus importantes.

La plupart s'accordent sur l'analyse de la situation et le risque d'observer dans les années à venir une raréfaction et un renchérissement dramatiques de l'offre d'assurance. Plusieurs solutions existent, qui peuvent être discutées, aménagées, combinées. Cependant, non seulement aucun dispositif législatif n'est venu apporter les solutions requises, mais de nouvelles contraintes se sont ajoutées ces dernières années¹.

Les entreprises d'assurances et de réassurance ont été sévèrement affectées en 2001, au passif et à l'actif, du fait de la survenance d'événements catastrophiques, mais aussi en raison de l'évolution du contexte général économique. Elles ont ajusté durant l'été 2002 leur stratégie de renouvellement pour 2003, et plus généralement leurs orientations pour les années à venir. L'assurance des risques d'entreprises, et plus particulièrement celle de

responsabilité civile, sont désormais sur la sellette.

En effet, cette branche dite « longue », particulièrement consommatrice de capitaux propres, présentent des résultats mauvais (le ROE est faible) et volatils. Sa complexité mobilise des compétences « pointues »² – néanmoins, même ce contexte difficile ne saurait être un obstacle car il relève du métier de l'assureur. La problématique ne serait alors que celle du prix de cette assurance. Mais l'évolution juridique spécifique à la France est incompatible avec les contraintes économiques qui permettent la mutualisation et donc la tarification du risque. Le problème actuel n'est alors même plus celui du prix du risque mais celui de son assurabilité. Plus concrètement, chaque entreprise d'assurances s'interroge aujourd'hui dans ses choix d'allocations de ressources sur l'intérêt de poursuivre son activité dans cette branche.

L'assurance des risques d'entreprises a pour objectif de protéger leur patrimoine, leur bilan et leur personnel en cas de survenance d'événements aléatoires néfastes et susceptibles de compromettre la viabilité desdites entreprises. Comme dans tous les pays développés, l'assurance de responsabilité permet, en maîtrisant les aléas qui pèseraient négativement sur l'état de l'entreprise, de focaliser les énergies vers ses projets de développement et de protéger son bilan lorsque, du fait de son activité courante ou des innovations qu'elle promet, sa responsabilité est susceptible d'être engagée en raison des préjudices causés à des tiers. Ainsi, contrairement à l'assurance de dommages, tournée en quelque sorte vers le maintien de l'état présent de l'entreprise, l'assurance de responsabilité est tournée vers son devenir. Elle constitue, de concert avec les moyens de financement, un moteur essentiel de l'esprit d'initiative. Le développement socio-économique d'un pays dépend de la compétitivité de ses entreprises dans un contexte largement mondialisé, et cette compétitivité dépend elle-même de plusieurs facteurs, parmi lesquels le contexte général (administratif, juridique, économique, fiscal, social) offert par la puissance publique et la capacité de promouvoir et de protéger l'innovation.

Notre pays est confronté à des difficultés majeures et croissantes concernant ces deux facteurs de compétitivité, qui se combinent dans le cadre de l'assurance de responsabilité civile. Ses mauvais résultats ne sont pas dus à un simple problème de marché, ils reposent sur une quasi-impossibilité de définir aujourd'hui un juste niveau de cotisations par rapport à l'extrême incertitude juridique – et donc économique – du secteur. Se pose donc le problème même de l'assurabilité de ce risque et du maintien d'une véritable offre de marché.

L'évolution jurisprudentielle, législative et réglementaire a créé une insécurité juridique croissante³ incompatible avec les critères d'assurabilité. En effet, si le fondement de la responsabilité civile est de nature juridique, celui de son assurance l'est également, mais dans le cadre du droit du contrat d'assurance⁴.

Cette situation d'insécurité juridique détruit quasi-totalement la visibilité normale de l'assureur sur le contrat et sur le risque assuré. Elle implique une insécurité économique totale qui rend aujourd'hui la responsabilité civile théoriquement inassurable en France.

On a trop souvent confondu responsable, assureur du responsable et droit d'indemnisation des victimes. Le raccourci assureur de responsabilité/indemnisation des victimes provoque un court-circuit destructeur des équilibres économiques fondamentaux nécessaires à l'exercice de l'assurance. Cette situation, rappelons-le, tient au contexte particulier de la France et à l'article L 124-3 du Code des assurances (voir note 4)⁵. Avant toute souscription d'un contrat d'assurance de responsabilité civile, le champ dans lequel peut survenir l'aléa doit être clairement délimité. Ainsi, la durée et la portée (respect des exclusions contractuelles) de la garantie doivent être fixées, sans quoi la souscription n'est même pas envisageable, indépendamment du coût de l'assurance⁶. De plus, cette assurance n'est possible qu'avec une information objective sur les risques – c'est ce que s'efforce de faire l'assureur en pratiquant systématiquement une analyse de ces risques. Mais lorsqu'un acteur tiers, l'État, institue

en cours de validité du contrat de nouvelles interprétations (de la loi ou du contrat) ou de nouvelles règles sans que la cotisation initiale puisse être modifiée, il s'ensuit un déséquilibre économique imprévisible et non maîtrisable.

Certes, lorsqu'il est possible de mutualiser les risques équitablement dans l'espace et dans le temps, ces graves difficultés n'empêchent pas complètement la pratique de ce type d'assurance. Malheureusement, une décision de justice peut peser lourdement sur ces deux dimensions. Ainsi, pour certains segments d'activité, l'assureur de responsabilité civile peut parfois être contraint à modifier ses conditions contractuelles, voire à renoncer à toute offre⁷. Cet état de fait est d'autant plus déplorable que les risques majeurs que l'on imagine dans l'avenir sont des « risques de développement », c'est-à-dire inconnus au moment de la souscription et dont les effets peuvent apparaître longtemps après. S'il n'y a pas de limite préfixée des risques dans le montant et dans le temps, ils ne seront pas assurables, d'où une restriction de l'offre et un renchérissement des coûts qui se sont aggravés en 2002 et pourraient créer une situation encore plus délicate en 2003 si des solutions adéquates n'étaient pas rapidement apportées.

En résumé, le retrait progressif des assureurs de responsabilité civile (français et étrangers) s'explique selon les motifs suivants :

- l'insécurité juridique et le non-respect du droit du contrat sont en contradiction avec les critères économiques de l'assurabilité⁸ ;
- une augmentation sensible et constante du nombre de réclamations enregistrées sur certains segments sensibles (santé, commissaires aux comptes, notaires...) et surtout l'apparition de sinistres dont le coût est d'une ampleur sans précédent (par exemple, l'explosion de l'usine AZF à Toulouse le 21 septembre 2001) ;
- l'antinomie entre la nature du risque et son mode de gestion⁹ ;
- le risque de responsabilité civile est très largement un risque hors bilan¹⁰, facteur aggravant pour les décideurs, actionnaires et analystes financiers ;
- le risque de sinistres sériels catastrophiques apparaît comme un risque émergent pour l'avenir.

Or, puisqu'il n'est pas possible de provisionner les risques en cours ni de doter des provisions d'égalisation¹¹, leur réalisation créerait des crises graves, voire des situations d'insolvabilité pour les assureurs comme pour les réassureurs ;

– les résultats au compte technique de la branche de l'assurance de responsabilité civile sont mauvais et se dégradent dans le temps ;

– ce type d'assurance dite « longue » mobilise des ressources importantes (en hommes et en capital). La faiblesse du ROE et la volatilité du résultat¹² dissuadent les décideurs de poursuivre cette activité.

Pourtant, la complexité du monde moderne, l'émergence de risques nouveaux, l'évolution du droit à la réparation sont autant de paramètres qui devraient engendrer une augmentation de la demande de couverture des risques de responsabilité civile des entreprises par l'assurance. Cette branche est l'une des rares à ne pas être saturée, qui pourrait être considérablement développée, dans laquelle on pourrait innover et qui pourrait dégager une rentabilité satisfaisante si le cadre dans lequel elle s'exerce était enfin stabilisé et mis en accord avec la réalité économique.

L'État doit rapidement légiférer et réglementer afin d'apporter la sécurité juridique et économique. Le marché doit s'accorder sur un certain nombre de mécanismes conventionnels et exercer pleinement son métier en analysant efficacement les risques, en les sélectionnant et en les tarifant au juste prix.

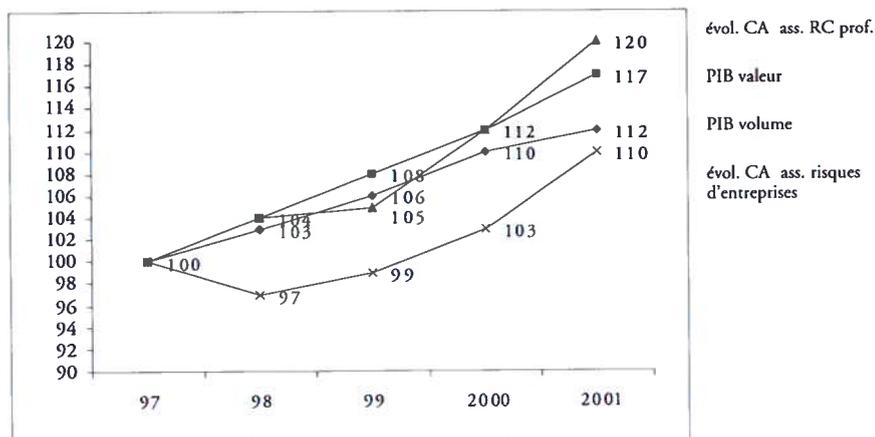
Situation réelle et perspectives

L'assurance de responsabilité civile générale représente en 2001 un chiffre d'affaires de 1,9 milliards d'euros (5,8 % du chiffre d'affaires en assurances de biens et de responsabilité, la responsabilité civile professionnelle représentant 14 % des risques d'entreprises). Ce type d'assurance est de plus en plus stratégique dans l'économie moderne : l'accroissement de la compétition

implique davantage de prises de risques, et donc théoriquement davantage de besoins de couverture du risque. Cependant, le contexte juridique français représente un frein à son essor¹³. La profession a promulgué en novembre 2000 un *Livre blanc de*

l'assurance responsabilité civile analysant la situation et proposant des solutions. Le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie a nommé un chargé de mission fin 2001, qui a rendu ses conclusions à la fin du premier semestre 2002.

Indice relatif d'évolution du chiffre d'affaires en assurance de RC



L'assurance de responsabilité civile évolue plus en phase avec le PIB que l'assurance de biens et de responsabilité en général¹⁴. Cependant, l'exposition des entreprises en responsabilité civile croît certainement bien plus vite que le PIB, du fait de la part croissante des immatériels, des corporels, des dommages non consécutifs, de l'évolution générale du risque dans l'économie mondiale et de la sociologie du risque (et de ses conséquences judiciaires).

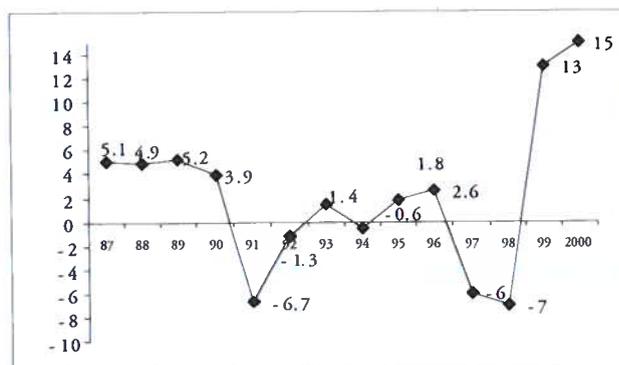
Lors des renouvellements de 2002, on a pu estimer que les augmentations tarifaires pour les risques industriels avaient été de l'ordre de 25 à 30 % (dont le surcoût attentats, en moyenne de l'ordre de 15 %). Au même moment, on a observé un problème majeur de restriction de l'offre d'assurance

responsabilité civile dans certains secteurs, avec une hausse tarifaire plus modérée qu'en risques d'entreprises (10 à 15 % en moyenne)¹⁵.

Comment expliquer le comportement du marché alors que les problèmes fondamentaux de la responsabilité civile se sont accrus entre 2000 et 2002 (jurisprudence partielle sur les plafonds de garantie, arrêt du Conseil d'État du 30 décembre 2000, loi sur le droit des malades...)? C'est qu'il s'agit malheureusement de moins en moins d'un problème de prix et de plus en plus d'un problème d'assurabilité.

La première réponse peut être apportée au travers des résultats au compte technique représenté graphiquement ici :

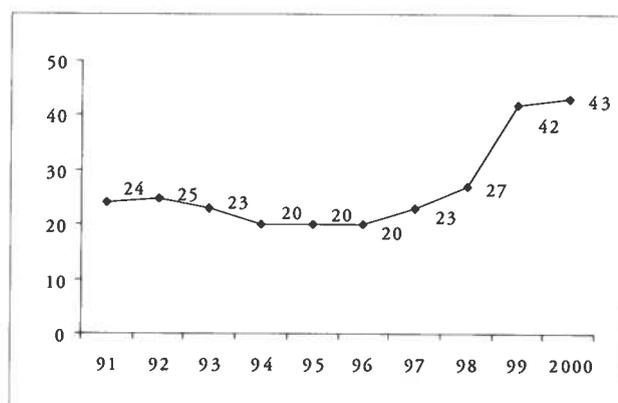
Résultat au compte technique en % des cotisations



Les résultats paraissent s'améliorer considérablement en 1999/2000. En réalité, on constate une chute des dotations en provisions

(1998/1997 : + 3,8 % ; 1999/1998 : + 13,1 % ; 2000/1999 : - 10,1 %), que l'on peut imputer en grande partie à des contraintes financières.

Produits financiers en % des cotisations



Les produits financiers, stables jusqu'en 1997, ont brusquement augmenté en 1999 et 2000 du fait essentiellement de la réalisation de plus-values sur cession d'actifs¹⁶ nécessitées par la survenance de sinistres catastrophiques¹⁷. Ainsi, les résultats de responsabilité civile sont doublement biaisés dans un effet de ciseaux (déprovisionnement et réalisation d'actifs), ce qui fait apparaître une nette

amélioration du résultat au compte technique, en l'occurrence complètement fictive.

L'état comptable réglementaire C1 (résultat au compte technique) en responsabilité civile générale est profondément différent de l'état général des assurances de biens et de responsabilité ; retenons que ces différences structurelles tiennent au fait qu'il s'agit d'une branche longue.

Ratio en % des cotisations (exercice 2000)¹⁸

	Assurance de biens et de responsabilité	Responsabilité civile générale	Dommages aux biens professionnels et agricoles
+ dotations provisions pour primes non acquises	- 0,8	- 0,2	- 1,1
+ produits financiers	+ 13,0	+ 42,9	8,3
- prestations	+ 85,5	+ 62,1	120,3
- frais gestion sinistres	+ 9,5	+ 8,6	7,5
- dotations en provisions	- 6,2	+ 32,3	- 18,5
- frais acquisition et administratif	+ 22,9	+ 24,6	28,5
- charge réassurance	- 2,8	- 0,1	- 20,2
= résultat au compte technique	+ 3,3	+ 15,2	- 10,3

L'analyse circonstanciée du triangle de liquidation est par ailleurs assez révélatrice

des caractéristiques de cette branche « *long tail* » :

Triangle des rapports sinistres à primes (S/P en %)¹⁹

Exercice	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	6 ^e année
1995	88	91	93	96	97	100
1996	92	96	96	98	96	
1997	98	103	98	97		
1998	94	95	96			
1999	95	96				
2000	92					

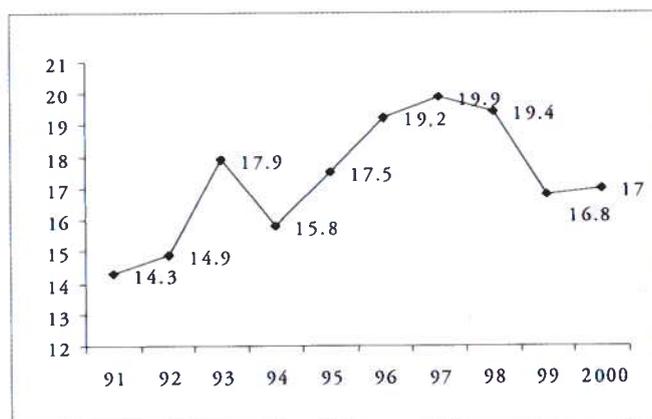
Source : états C10

Les mali de liquidation des exercices des années 1990 n'avaient cessé de s'aggraver, pour dépasser de 14 % l'estimation initiale à + 6 ans pour 1995. On constate un coût d'arrêt en 1999 (3^e année pour 1996, 2^e année pour 1997), malgré un S/P d'ouverture ayant plutôt tendance à croître. Cela est l'un des ressorts de la variation des provisions précédemment décrite.

Les risques de responsabilité civile se diversifient, leur intensité maximale augmente, le risque de développement dans le temps s'accroît pour un certain nombre de secteurs (santé, agroalimentaire...). Pour autant, les assureurs n'ont pas profondément modifié leur position en matière

de réassurance et la charge annuelle de réassurance varie de façon « normale » (1995 : + 2 % ; 1996 : + 14 % ; 1997 : - 57 % ; 1998 : - 45 % ; 1999 : - 1 % ; 2000 : - 2 %)¹⁹. Le coût de la réassurance et les limites de garantie ayant considérablement augmenté ces dernières années, ces chiffres doivent être interprétés avec circonspection. Cependant, cette situation a évolué dès 2001, avec une tendance plus marquée en 2002 du fait de l'accroissement des catastrophes et de leurs conséquences sur le marché de la réassurance. Toutefois, on constate que l'essentiel des augmentations de cotisations d'assurance ne fait que transiter vers les réassureurs.

Primes cédées en % des cotisations



La véritable situation économique de la branche responsabilité civile générale est assez significativement différente de son apparence faciale. Si l'on ne tient compte que des produits financiers non récurrents en les stabilisant au

niveau de 1998, il faut corriger les résultats au compte technique de 1999 et 2000 de 15 et 20 points environ. Si l'on procédait à une dotation « normale » des provisions techniques, on devrait corriger les résultats au compte technique de 1999

et 2000 de 3 et 4 points environ. Au total, on observerait un résultat au compte technique de - 4 en 1999 et - 9 en 2000. La situation serait donc déficitaire depuis 1997. De plus, l'anomalie repérée dans le triangle de liquidation devra être corrigée dans les années à venir, dès que possible, et à cet exercice-là, on constatera un accroissement des dotations aux provisions. En toute logique, ces mali futurs devraient être réincorporés dans l'exercice d'origine, ce qui détériorerait les résultats de plusieurs points, au moins pour 1999 et 2000.

Ajoutons que les perspectives en matière de produits financiers (récurrents et non récurrents) pour 2001 et 2002 – et vraisemblablement pour une période plus longue –, sont moins favorables que pour le passé. Or dans cette branche, une baisse des rendements de 10 % entraîne une chute du résultat au compte technique de 4 points environ.

Les premières estimations du résultat au compte technique pour 2001 ne sont pas optimistes, malgré la hausse du chiffre d'affaires de 7 %. En prenant une hypothèse technique d'augmentation des prestations et dotations de 3 %, le *cash flow*²⁰ augmenterait légèrement de 4,3 à 4,9 % et le ratio combiné comptable s'alourdirait de 127 à 130 % ; la charge de réassurance augmenterait considérablement à 5 % (en même temps que l'on prévoira une forte augmentation des taux de cession). Cela conduirait à un solde technique sous-jacent qui passerait de - 7 à - 13 %.

Les perspectives pour 2002 sont également pessimistes. En effet, même si les renouvellements 2002 se sont caractérisés par une restriction significative de l'offre sur les segments à risques au regard de l'insécurité juridique et économique et par des augmentations tarifaires importantes, il convient de tenir compte de la forte augmentation du coût de la réassurance. Au global, le solde technique sous-jacent pourrait être compris entre - 10 et - 15 % (mais avec beaucoup d'incertitude, pour les raisons indiquées).

Par ailleurs, on ne réalisera pas de plus-values sur cessions d'actifs à hauteur de 22 % des cotisations, comme en 2000 – encore que les

besoins de trésorerie aient été importants pour certaines entreprises d'assurances en 2001, du fait des événements naturels et des attentats.

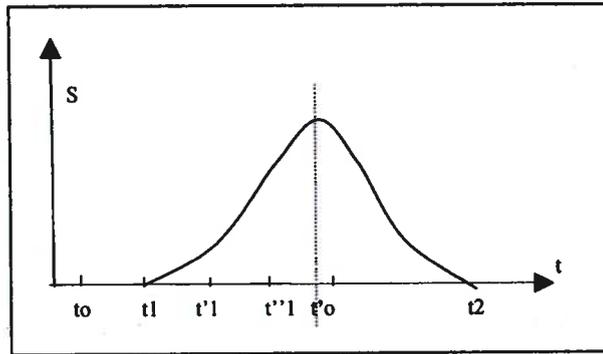
In fine, le résultat au compte technique sera encore sans doute positif en 2001, pour des raisons un peu différentes de celles de 1999 et 2000, mais ce résultat sera encore biaisé. Sa véritable tendance technique pour 2001 est une dégradation de 5 à 8 points.

Ajoutons que la situation de la branche d'assurance de responsabilité civile générale est d'autant plus mauvaise ou dangereuse que la plus grande partie du chiffre d'affaires ne concerne que des catégories de risques bénéficiaires ou sans problématique particulière. Le risque latent, très important, n'est en fait porté que par une petite partie du portefeuille.

Dans une entreprise d'assurances, la même « direction entreprises », voire la même personne, peut avoir en charge la souscription des garanties dommages aux biens professionnels et responsabilité civile générale. Or, la composition du résultat au compte technique est radicalement différente pour ces deux garanties, comme le montre l'un des précédents tableaux. En dommages aux biens professionnels, on peut avoir à faire face, certaines années, à une sur-sinistralité (souvent due à la survenance de sinistres importants). On voit qu'une sur-sinistralité de 10 % entraîne une baisse du résultat au compte technique de 6 points (en net de réassurance, en moyenne). C'est l'aléa principal de cette branche.

Les incertitudes qui pèsent sur le résultat au compte technique sont bien différentes en responsabilité civile. En matière de sinistralité, les risques majeurs sont ceux de la survenance d'une catastrophe ponctuelle, comme l'explosion de l'usine AZF, et celui du développement dans le temps d'un sinistre sériel au global catastrophique (selon une répartition normale ou en bêta, voir graphique ; exemple : VIH, VHC, amiante, dermatoses du ciment, Creutzfeld-Jakob, rayonnements, prothèses siliconées, médicaments, aliments, environnement...).

Développement du sinistre dans le temps²¹



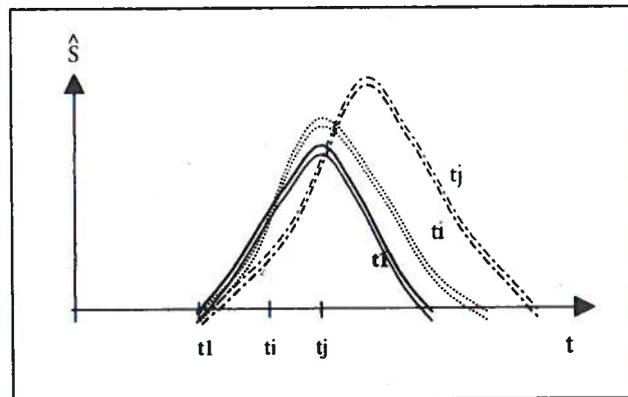
- t_0 Fait générateur central²²
- t_1 Survenance des premiers sinistres
- t'_1 Date de réclamation des premiers sinistres
- t''_1 Date de consolidation des premiers sinistres
- t_2 Disparition du phénomène

$\theta_0 = t'_0 - t_0$ représente le décalage temporel.
 $\theta = t_2 - t_1$ représente l'étendue dans le temps du sinistre.

Si le contrat est établi en *claims made*, on peut commencer à provisionner en t_1 , mais on commencera à payer les sinistres en t''_1 . Dans la composition du résultat au compte technique, l'écart possible en matière de sinistralité peut porter sur les prestations (en général phénomène

de fréquence ou de sinistres moyens) : par exemple 10 % de sur-sinistralité entraîneront une baisse du résultat au compte technique de 4 points (en net de réassurance). En revanche, on devrait provisionner en t_1 l'estimation que l'on peut faire d'un sériel catastrophique²³.

Estimation du sinistre dans le temps



L'estimation du poids total du sinistre \hat{S} évolue dans le temps (voir graphique ci-dessus), comme la courbe de liquidation, souvent selon la forme présentée à titre d'exemple, c'est-à-dire avec un mali significatif et un étalement dans le temps plus grand (phénomènes techniques, contentieux...). Les catastrophes potentielles ont des sinistres maximum possibles élevés (amiante, sang contaminé, santé, agroalimentaire...) de plusieurs milliards d'euros, c'est-à-dire plusieurs fois le

chiffre d'affaires annuel de la branche. Si un tel sinistre apparaît, le poste « dotations aux provisions » peut enregistrer une surcharge (théoriquement) brutale et extrêmement élevée (par exemple 100 points).

En assurance de responsabilité civile, ces phénomènes catastrophiques sont rares, et il n'est cependant pas possible de former des provisions d'égalisation qui, en l'occurrence, devraient porter sur une longue durée. Les seuls remparts restent la

couverture de réassurance et l'étalement dans le temps (conjugués).

Selon la réassurance et la courbe de liquidation, la surcharge brute pourra être réduite pour l'assureur, mais l'impact net sur le résultat au compte technique pourra tout de même s'élever de quelques dizaines de points, c'est-à-dire beaucoup plus qu'un impact direct sur les prestations. Notons par ailleurs que, bien évidemment, les réassureurs observent l'émergence de risques nouveaux (dans leur nature, leur ampleur ou à cause de l'évolution du contexte juridique/économique/social), et qu'ils prennent généralement les précautions nécessaires pour délivrer leurs garanties.

On peut voir apparaître des catastrophes où θ est faible, pour des dommages matériels (y compris pollution et corporels), mais dans ce cas en général le sinistre maximum possible est moyen. L'impact net est généralement largement réduit par une réassurance en excédent de sinistres.

Les catastrophes potentiellement les plus graves sont évidemment celles dont le sinistre maximum possible est important. Il s'agit souvent de dommages corporels, mais dans ce cas θ est souvent considérable, même pour un phénomène ponctuel, du fait de la distribution des consolidations, et des contentieux. Le sinistre est en quelque sorte amorti sur plusieurs années. L'impact brut annuel est plus faible que précédemment, et le net aussi (même si l'effet de la réassurance peut être moins important en valeur relative, selon la défaillance de l'événement). Cependant, les comptes sont susceptibles d'être affectés sur un nombre élevé d'exercices²⁴. La branche étant gérée en répartition, l'assureur touché peut ajuster ses tarifs. Compte tenu du caractère concurrentiel de ce marché, si un seul assureur est touché, l'effet tarifaire général sera modéré (en partie par l'assureur, en partie par la réassurance elle-même touchée). Cet assureur peut être amené à sortir de ce marché, volontairement ou pas. On observe alors une raréfaction progressive de l'offre. Si le marché était libre et le droit du contrat respecté, il ne s'agirait que de fluctuations ou de cycles, mais les biais structurels du contexte français poussent à une

raréfaction progressive de l'offre, et à une concentration de celle-ci sur des acteurs spécifiques, ce qui d'ailleurs contribue à exposer davantage ces derniers. Si plusieurs assureurs ou la quasi-totalité du marché étaient touchés, la régulation tarifaire se mettrait alors plus rapidement en place.

Comme le montre la série de résultats présentés plus haut, nous avons connu peu de véritables catastrophes en responsabilité civile générale ces dernières années (sauf VIH, VHC, amiante...). Nous n'avons donc pas d'effet régulateur automatique du marché – en tout cas pas significatif : on observe bien une raréfaction de l'offre d'assurance et de réassurance dans certains secteurs et des augmentations de tarifs catégorielles, mais en même temps apparaissent de nouvelles offres (quelquefois volatiles, d'opportunité).

Un autre type d'incertitude qui porte sur le résultat au compte technique est relatif à la part importante des produits financiers, récurrents et non récurrents. Leur masse (42,9 % du chiffre d'affaires en 2000) peut sensiblement fluctuer d'une année à l'autre. Une baisse de 10 % sur exercice a une probabilité significative de réalisation ; or, elle entraînerait une baisse de 4 points du résultat au compte technique, ce qui est considérable.

D'un point de vue technique, la tarification du risque devrait être réalisée après l'avoir examiné selon ses caractéristiques, en y ajoutant le risque juridique²⁵.

L'assureur de dommages aux biens et de responsabilité mobilise environ 75 % de fonds propres sur chiffre d'affaires. Les provisions responsabilité civile, en valeur relative du chiffre d'affaires, représentent environ trois fois celles de l'assurance de biens et de responsabilité, ce type d'assurance est donc particulièrement consommateur de fonds propres.

L'état actuel du marché ne permet pas d'obtenir un ROE correct. Les conditions techniques ne sont pas remplies pour obtenir un résultat au compte technique²⁶ courant suffisant. Un ROE de 10 % imposerait un résultat au compte technique d'au moins 20 % régulièrement.

Par ailleurs, même si l'on ne peut former pour le moment de provisions d'égalisation, il serait nécessaire que les tarifs prennent en compte les risques de catastrophes et les risques financiers, ce qui permettrait d'augmenter le résultat au compte technique et de renforcer les fonds propres (analytiquement affectés à la responsabilité civile générale). Certes, cette opération freinerait l'évolution du ROE, mais elle renforcerait la solvabilité, ce qui est indispensable pour cette branche. L'analyse du passé ne sert à rien pour déterminer une provision pour catastrophe. L'analyse prospective prudentielle pourrait aboutir à un ordre de grandeur de 5 à 10 % (100 % tous les 20 ans ou tous les 10 ans) pour les catastrophes et 10 % pour les risques financiers (même si l'on met en place d'autres moyens de couverture de ces risques, leur volatilité a un coût).

Il convient de rappeler que, depuis la jurisprudence de 1990, le fait de résilier un contrat ne clôt pas le risque du passé qui se réalisera dans le futur. Il faut incontestablement mieux identifier les risques et tarifer en conséquence pour l'avenir, mais il faut aussi disposer des capitaux propres nécessaires pour assumer les charges relatives à la fois au passé et au futur.

Les assureurs vont ainsi être appelés à réagir, au moins économiquement, à la série d'arrêts du 28 février 2002 de la Cour de cassation (chambre sociale) qui étend considérablement la charge de la faute inexcusable de l'employeur en créant une obligation de sécurité-résultat.

Redéfinir les conditions de fonctionnement

Pour permettre un fonctionnement viable de l'assurance de responsabilité civile, deux solutions radicalement différentes pourraient se présenter : la première consisterait à remettre la France dans une situation de fonctionnement classique, à l'instar des autres pays occidentaux, tout en prévoyant des dispositifs

d'indemnisation efficaces des victimes ; la seconde, à aller jusqu'au bout de la logique d'action directe des victimes envers l'assureur en l'organisant et en la limitant. La première solution responsabiliserait davantage les entreprises mais serait beaucoup moins efficace en termes d'indemnisation, ce qui reste l'objectif principal des pouvoirs publics. Cette solution ne serait viable que si toutes les personnes physiques et morales disposaient en France (par obligation ou par engagement) de garanties dommages (matériels et corporels) permettant une indemnisation directe et rapide. Ce n'est que partiellement le cas pour les dommages matériels (MRH, multirisques entreprises) et très peu le cas pour les dommages corporels (l'initiative garantie accidents de la vie (GAV) compte 500 000 souscripteurs). La France souffre d'un manque de culture du risque et de la prévention. Le nombre de souscripteurs GAV augmentera lentement et il est difficile d'imaginer les pouvoirs publics rendre obligatoire une telle garantie. Cette première solution est donc peu probable, du moins à court terme, bien qu'elle soit logique²⁷. Il est donc indispensable de définir et d'organiser l'action directe des victimes vis-à-vis de l'assureur de responsabilité civile.

Si l'on décide de maintenir la logique d'action directe des victimes, il est nécessaire de définir des règles du jeu légales s'imposant aux tribunaux lorsqu'ils prennent les décisions d'indemnisation des victimes. Il est par ailleurs nécessaire de prévoir les dispositifs « parapluies » d'indemnisation des victimes lorsque l'assureur de responsabilité civile n'est plus en mesure de réaliser cette indemnisation.

L'assurance de responsabilité civile est une activité fonctionnant en répartition, mutualisant des risques entre les différents assurés pour une période de couverture donnée. Suivant le type de responsabilité civile et d'accident concerné, les logiques de couverture peuvent être légèrement différentes. Si, pour la plupart des risques, la logique de réclamation est la plus facilement gérable, pour d'autres, le fait générateur limité dans le temps ou la survenance peuvent paraître plus adaptés.

Afin de permettre la souscription effective des garanties de RC de base, il faut sécuriser la liberté contractuelle et autoriser clairement et légalement les limitations de garantie dans le temps pour ne pas faire prendre en charge des risques relevant davantage d'une logique de capitalisation dans un dispositif assurantiel en répartition.

Pour le bon fonctionnement d'un tel marché, il serait cependant nécessaire que les assureurs conviennent entre eux des modes de fonctionnement adéquats aux différents types d'activités des assurés, et s'engagent à des contraintes de délais concernant les résiliations après sinistre ou à l'échéance.

Tous les sinistres n'apparaissent cependant pas pendant l'activité des entreprises : il est à la fois nécessaire pour les victimes éventuelles, et souhaitable dans un souci de responsabilisation des entreprises, que celles-ci restent économiquement responsables des dommages subis par des victimes après la fin de leur activité.

Si une limite temporelle est donnée (par exemple 5 ans), il est possible aux assureurs de responsabilité civile de couvrir ce risque (garantie subséquente) dans une logique de capitalisation. Il est particulièrement important de bien séparer cette garantie spécifique de la garantie de responsabilité civile courante de l'entreprise car elle relève d'une évaluation des risques, fondamentalement différente, et d'un niveau de couverture qui n'est pas directement lié au niveau de couverture nécessaire dans la phase d'exploitation. Une garantie séparée doit donc être proposée par les assureurs et éventuellement rendue obligatoire pour certaines professions. Elle pourrait être souscrite auprès d'un assureur différent de l'assureur de RC, intervenant en cours d'exploitation et être conservée indépendamment d'un changement d'assureur pour la garantie de base. Elle interviendrait, après cessation d'activité de l'entreprise, pendant une période prédéfinie (5 ans par exemple) et en subsidiaire des garanties subséquentes des contrats de base.

L'assurance de responsabilité civile, qu'il s'agisse des contrats d'une entreprise en activité ou de la

garantie au-delà de l'activité, doit être limitée tant dans le temps qu'en montant. Elle ne permet donc pas d'indemniser totalement les victimes d'événements catastrophiques, soudains, ou dans des conditions de développement progressif. Nous sommes défavorables à un fonds ; il faut étudier d'autres mécanismes.

De tels risques ne peuvent être pris en charge ni par un seul assureur ni par le marché, et des solutions mixtes faisant appel au-delà d'un certain plafond à la solidarité nationale devront être étudiées, au moins dans certains cas.

Ces solutions bien maîtrisées par les pouvoirs publics et le marché français peuvent être construites soit suivant la logique du régime des catastrophes naturelles, soit suivant la logique de *pools* de marché garantis par l'État telles que mises en place pour couvrir les risques d'attentats (Gareat²⁸).

Cette orientation n'est bien sûr pas exclusive du développement de l'assurance directe et des contrats GAV en particulier, qui répondent à des besoins d'indemnisation plus transversaux et sur de multiples causes, leur généralisation permettant même de faciliter l'indemnisation rapide des victimes et la gestion des recours.

Les solutions opératoires proposées

Les différents constats dégagés conduisent les assureurs à s'interroger sur des solutions de nature à permettre de lever les ambiguïtés auxquelles ils se heurtent quotidiennement, de clarifier certaines situations qui font, totalement ou partiellement, obstacle au jeu plein et entier des garanties d'assurance et, dans une certaine mesure, de favoriser la restauration de l'assurabilité de certains risques dont la mutualisation est devenue problématique.

Si les solutions d'ordre interne ont été privilégiées par des recommandations professionnelles ou des conventions passées entre assureurs, la voie législative ou réglementaire a été

retenue dans la mesure où la voie interne ne pouvait suffire à la mise en œuvre des solutions préconisées.

Le but recherché est d'aboutir à un système d'assurance qui fonctionne correctement, donc à un système d'indemnisation économiquement contrôlable grâce aux propositions suivantes relatives au contrat d'assurance de responsabilité civile.

■ Les plafonds de garantie

L'introduction de limitations en montant de la garantie constitue l'un des éléments essentiels de l'assurabilité du risque de responsabilité. Cette règle, à laquelle on ne peut déroger sans mettre en péril la mutualisation, doit être observée rigoureusement lors du paiement des indemnités.

À partir du constat suivant :

- les contrats prévoient en général un plafond par sinistre et un plafond par année d'assurance quel que soit le nombre de sinistres affectés à cette année, le sinistre étant entendu comme l'ensemble des événements dommageables ayant une même cause technique ;
- les clauses d'épuisement de la garantie sont, en principe, retenues par les tribunaux mais risquent d'être contestées par les victimes ou les organismes sociaux subrogés qui considéreraient qu'elles ne leur sont pas opposables.

◆ Le niveau des plafonds de garantie

Il est de l'intérêt général que le plafond de garantie (ou la somme des différentes garanties et de la capacité de mobilisation de fonds internes ou externes à l'entreprise fautive) soit adapté au risque. Cette notion est subjective, mais elle mériterait cependant d'être encadrée conventionnellement, au moins pour les « risques dangereux »²⁹.

C'est la raison pour laquelle nous proposons que les acteurs concernés s'accordent sur une norme-cadre d'analyse des risques (de dommages matériels, immatériels et corporels aux tiers). Un tel dispositif conventionnel raffermirait la garantie

de confiance selon laquelle l'assuré a bien les moyens combinés directs ou par l'assurance, d'indemniser les victimes, même lorsque se produit un sinistre de grande ampleur.

◆ Le mode d'épuisement des garanties

L'homogénéisation des pratiques du marché apparaît indispensable. Celle-ci ne peut être atteinte que par l'utilisation par les assureurs d'une même clause d'épuisement de la garantie. Le cas des sinistres très importants doit toutefois être considéré séparément.

Parmi les différentes clauses envisageables, celle qui prévoit l'épuisement du plafond de garantie au fur et à mesure des sommes réglées ou mises en réserve pour la réparation des dommages paraît la plus adaptée, malgré la complexité de sa mise en œuvre. Elle devrait être validée par voie législative afin d'éviter les contentieux et les incertitudes actuelles qui trouvent toujours leur fondement dans la volonté du juge à disposer des fonds pour indemniser les victimes, ce qui pose un problème d'une autre nature.

Rappelons ici que l'assureur constitue des provisions par sinistre en fonction de l'estimation qu'il peut faire des dommages donnant lieu à réclamation. En cours de gestion de dossier, il affine cette estimation au fur et à mesure des précisions obtenues sur la nature des dommages. L'épuisement par ordre des réclamations permet de suivre et de corriger au besoin la situation de chaque victime au regard du plafond de garantie.

Toute autre solution serait moins favorable aux victimes. Par exemple, le système d'indemnisation « au marc le franc » appliqué lorsque l'ensemble des victimes d'un sinistre ou d'une année d'assurance n'ait pas connu, aurait pour inconvénient d'attendre que l'ensemble des victimes ait adressé une réclamation et que les dommages soient évalués de manière définitive³⁰.

Les sinistres sériels, ou plus généralement échelonnés dans le temps, font apparaître encore plus nettement l'impossibilité pratique d'attendre

de connaître toutes les réclamations des victimes avant de procéder à l'indemnisation, et l'intérêt de pouvoir appliquer et opposer, en toute sécurité, une clause indiquant comment le plafond se réduit puis s'épuise.

De plus, afin de permettre l'indemnisation par l'assureur du plus grand nombre de victimes, le règlement des sommes demandées au titre d'actions subrogatoires (assureurs, organismes sociaux...) ne devrait pas pouvoir être effectué tant que les dommages des victimes directes ou par ricochet n'ont pas été indemnisés.

■ Propositions pour la gestion des sinistres très importants

Une convention pourrait être élaborée et permettrait notamment :

- de préciser le plan de crise et les modes opératoires locaux ;
- de préciser les règles d'exception contractuelle ;
- de déterminer très rapidement les possibilités d'intervention au profit des victimes ;
- de fixer les montants des sinistres en dessous desquels il n'y aurait pas d'expertise ;
- de fixer le seuil d'expertise contradictoire ;
- de préciser les modes d'expertise, aussi bien en expertise unique qu'en expertise contradictoire ;
- de préciser le mode des avances sur indemnités ;
- de fixer la coordination des assureurs de biens et de ceux de responsabilité ;
- de fixer le processus de mise en jeu des lignes de garanties responsabilité civile ;
- de fixer les modalités des recours.

■ Les exclusions

Les contrats d'assurance de responsabilité civile du type « tout sauf » ont le mérite de mieux protéger l'assuré (tout ce qui n'est pas formellement exclu est garanti), mais l'économie de ces contrats implique que les clauses

d'exclusions soient effectivement appliquées s'il y a lieu ; à défaut, l'assureur est contraint à des indemnisations dont il n'a pu incorporer la charge dans la tarification puisque, par définition, le coût d'un risque exclu n'est pas réclamé par l'assureur. Par ailleurs, ces exclusions correspondent à des risques inassurables soit de façon absolue, soit de façon relative. Il est de l'intérêt même des assurés que le marché puisse continuer à proposer des contrats de type « tout sauf », et cela ne sera possible que si, au moment du sinistre, les exclusions ne sont pas remises en cause. Mais il faut éviter les malentendus, source de déconvenues lorsque le principe ou la portée de l'exclusion est discutée devant le juge.

Depuis de nombreuses années, la profession a tenté d'homogénéiser, à la lumière de la jurisprudence, la rédaction de certaines clauses d'exclusions. La constitution d'un référentiel de rédaction de ces principales clauses pourrait être confiée à une commission composée d'assureurs et de représentants d'assurés présidée, si la chancellerie l'accepte, par un magistrat. Ce référentiel public (accompagné si nécessaire d'explications du texte retenu) constituerait un document de travail solide à l'usage des assurés et des professionnels de l'assurance et éviterait nombre de procès sur ces clauses.

Cette proposition ne vise bien entendu pas à prescrire les exclusions qui doivent figurer dans un contrat d'assurance de responsabilité (cela relève de la discussion au moment de sa souscription), mais à s'accorder sur la rédaction des clauses qui y sont usuellement insérées.

■ Applications de la garantie dans le temps

La Cour de cassation n'est jamais revenue sur la jurisprudence du 19 décembre 1990, qui reconnaît comme seul critère d'application de la garantie dans le temps « le fait à l'origine du dommage » commis pendant la durée du contrat. La seule dérogation admise à ce principe jurisprudentiel est

la clause réglementaire d'un contrat d'assurance obligatoire qui prévoit un autre critère. La solution jurisprudentielle retenue n'est certes pas la meilleure. Elle restreint la lisibilité et la prévisibilité d'un risque par nature à développement long. Les différentes tentatives des assureurs auprès des pouvoirs publics ou des magistrats n'ont pas permis d'obtenir un assouplissement des différentes positions.

Il est désormais urgent que la loi garantisse la liberté contractuelle en matière d'application de la garantie dans le temps. Toutefois, un encadrement est nécessaire pour éviter que cette liberté contractuelle ne donne lieu à des « trous de garantie » non justifiés par des considérations techniques impératives. Cet encadrement doit être modulé selon qu'il s'agit des risques de masse, des grands risques ou des garanties obligatoires. Si les solutions conventionnelles peuvent certainement être encore améliorées pour éviter des trous de garantie, elles sont difficilement adaptables aux grands risques. C'est pourquoi les propositions suivantes distinguent les « grands risques » des « risques de masse » au sens du Code des assurances.

◆ Les risques de masse

Afin de compléter le nouveau dispositif légal, il conviendra de rechercher les solutions qui permettent de résoudre la quasi-totalité des trous de garantie dans le temps. Ces solutions peuvent être trouvées à deux niveaux :

• *Engagements professionnels*

Ils constitueraient la contrepartie de la liberté contractuelle :

- définition de critères d'application de la garantie en fonction de l'activité exercée ; prise en charge du passé inconnu si le critère recommandé n'est pas le fait générateur ;
- reprise du passé inconnu ;
- garantie subséquente subsidiaire visant les autres cas que ceux de la cessation d'activité traités au paragraphe suivant.

• *Le traitement des « trous de garantie »*

En phase transitoire, c'est-à-dire concernant des sinistres passés pour lesquels les engagements précédents n'ont pas été obligatoirement appliqués par définition, il peut exister quelques cas de trous de garantie, où les entreprises ne sont pas couvertes et doivent assumer leurs responsabilités.

• *La garantie subséquente doit faire l'objet d'une étude spécifique et d'une réglementation a minima.*

La garantie subséquente ne devrait pas être liée à celle de la responsabilité civile sous forme d'une prolongation en rapport avec les reliquats sous plafonds mais correspondre le plus exactement possible au risque en cas de cessation d'activité³¹. Elle dépend donc du moment de l'événement, de la fin de période de garantie, de la durée de la responsabilité et du montant maximum correspondant (courbe de liquidation dans le temps).

En fait, dans la logique de réforme législative du régime de l'assurance de responsabilité civile, la garantie subséquente est une assurance d'une nature différente. Il pourrait s'agir d'une garantie gérée en capitalisation, ajustable par l'assuré chaque année en fonction des critères de risque cités. Cette garantie pourrait être souscrite auprès d'un assureur différent de l'un des assureurs successifs de responsabilité civile et devrait être fiscalement déductible. Naturellement, pour l'assureur capitalisation de la subséquente, les cotisations qui permettraient de former, ajuster, reconstituer le capital devraient être entièrement provisionnées.

La réglementation pourrait fixer une subséquente obligatoire minimale de 3 à 5 ans selon les cas.

◆ Les grands risques³²

Le caractère souvent international de ce type de risques, leurs spécificités, les besoins de flexibilité, les objectifs financiers d'arbitrage sur la

conservation des risques des grandes entreprises, nous conduisent à proposer de traiter les grands risques en tant que tels, au cas par cas, selon les spécificités et les besoins exprimés par l'entreprise.

Rien n'empêcherait dans ce cas d'appliquer les dispositions proposées pour les risques de masse, s'agissant de la forme contractuelle. La liberté contractuelle doit donc être restaurée pour ces risques, et ce d'autant plus que la loi française (article L 181-1, 5^e alinéa du Code des assurances) leur donne la possibilité de choisir librement la loi applicable au contrat.

■ Les garanties d'assurance responsabilité civile obligatoires

La longue liste des obligations actuelles devrait être revue à la baisse, non parce que la plupart posent des problèmes particuliers, mais parce que beaucoup sont en pratique inutiles ou dérisoires au regard d'autres risques majeurs vis-à-vis de tiers qui, eux, ne font pas l'objet d'une garantie obligatoire.

Pour cette liste actualisée, la réglementation se substituerait éventuellement à la convention citée ci-dessus, uniquement dans les cas où il apparaîtrait indispensable que la réglementation précise la gestion dans le temps, le montant des plafonds de garantie minimum et la subséquente en fixant des critères juridiques compatibles avec l'assurabilité effective de ces risques.

La liberté contractuelle pourrait cependant être accompagnée d'une obligation pour l'assuré de présenter une obligation de garantie financière minimale.

■ L'assurance du risque de développement

L'essentiel du risque de développement est inscrit dans l'avenir. En effet, les techniques nouvelles permettent de déceler ce qui était avant elles indécélable, de connaître ce qui était avant

elles inconnu. Par ailleurs, l'allongement de la durée de la vie humaine fait apparaître des effets jusqu'alors totalement ignorés.

Certes, le nouveau régime de responsabilité objective issu de la loi du 19 mai 1998 intégrant la directive précitée en droit français permet au producteur d'invoquer le risque de développement comme cause d'exonération. Toutefois, cette loi ne supprime ni le régime de responsabilité fondé sur la garde de la structure (article 1384 du code civil), ni la garantie des vices cachés prévue aux articles 1642 et suivants du même code, ces derniers régimes ne connaissant pas ce cas d'exonération pour les professionnels.

Or, par sa nature même, le risque de développement ne remplit pas les conditions normales d'assurabilité des risques de responsabilité civile. La recommandation d'une clause générale d'exclusion pour risque de développement doit donc être maintenue. Est-ce à dire qu'il est absolument impossible de délivrer de garantie d'assurance couvrant la responsabilité civile en cas de risque de développement ? Non, si l'engagement global de l'assureur peut être maîtrisé. Le risque de développement peut être couvert dans un cadre d'assurance bien délimité, et cette délimitation ne peut résulter que des limitations de garantie dans le temps et en montant garanties par la loi. La sécurité juridique des clauses du contrat d'assurance est, à cet égard, fondamental.

Mais l'assureur doit aussi veiller aux cumuls d'engagement : lorsqu'il n'y a pas de lisibilité technique, la dispersion du risque de responsabilité civile en multiples acteurs compromet la possibilité d'assurance. Il faut donc instaurer une canalisation de la responsabilité. L'exemple du risque atomique montre que l'assureur peut donner des réponses positives lorsque ses engagements sont bien définis et limités.

L'assurabilité du risque de développement suppose aussi la maîtrise des sériels catastrophiques (voir plus haut).

Notons que deux arrêts de la Cour de justice des Communautés européennes du 25 avril 2002

risquent d'apporter de profondes modifications au droit français de la responsabilité du fait des produits³³. L'assurance du risque de développement, notamment, est visée et c'est l'ensemble du dispositif qui doit être remis à plat.

■ De grandes catastrophes

Les discussions autour du débat « solidarité et mutualité » dans le cas des grandes catastrophes s'inscrivent souvent dans le vaste débat dit « de société ». La question posée concerne en fait la manière dont les victimes seront indemnisées. Les partisans de la solidarité pensent « solidarité nationale » et constitution de fonds d'indemnisation, les partisans de la mutualité se placent eux dans une démarche assurance. On sait par expérience que les fonds publics ne sont pas capables de gérer efficacement et rapidement les très nombreux dossiers engendrés par une catastrophe de grande ampleur. Or la technique de l'assurance, lorsqu'elle est assise sur la plus grande mutualité, introduit à l'évidence une notion de solidarité évidemment restreinte à la population assurée, mais plus cette population est importante, plus grande est la solidarité.

C'est d'ailleurs un système de mutualité qui a été mis en place en 1982 avec l'instauration d'une garantie obligatoire « catastrophes naturelles » à l'initiative des assureurs, garantie couvrant des sinistres de grande ampleur et réglée par les assureurs globalement à la satisfaction des victimes.

Si la question des catastrophes naturelles a pu être ainsi résolue, du moins pour les dommages matériels qui en résultent, celle des autres grandes catastrophes en revanche n'a jamais été véritablement étudiée (catastrophes naturelles pour les dommages corporels, catastrophes technologiques...).

Par conséquent, il est apparu indispensable d'envisager un mécanisme de garantie du risque catastrophique intervenant comme complément des contrats d'assurance de responsabilité nécessairement limités (dommages matériels et corporels).

◆ L'indemnisation des victimes, directe, rapide, efficace

Le dispositif le plus efficace consisterait à ce que les victimes de dommages corporels puissent être traitées par leurs assureurs de dommages. Une garantie obligatoire « dommages corporels consécutifs à catastrophe (industrielle et/ou naturelle) » pourrait faire l'objet d'une obligation ou d'une pollicitation (c'est en fait une composante minimale des garanties GAV lancées en 2000)³⁴. De la sorte, la gestion des nombreux dossiers de victimes serait répartie, et donc traitée, effectivement et rapidement, avant recours le cas échéant contre les assureurs de responsabilité (en cas de catastrophe industrielle par exemple).

S'agissant des dommages matériels, le mécanisme existe déjà au travers des garanties de dommages aux biens, la convention pour la gestion des sinistres matériels catastrophiques permettant d'indemniser rapidement les victimes avant de recourir contre les assureurs de responsabilité civile.

◆ Le recours à l'assureur de responsabilité

Pour les « risques dangereux », il paraît nécessaire que ces entreprises puissent présenter des garanties financières, et notamment de responsabilité civile, à hauteur du sinistre raisonnablement escomptable.

Comme pour tous les risques catastrophiques à probabilité extrêmement faible, il existe un marché d'assurance et de réassurance, mais il est de plus en plus volatile en fonction de la capacité. Qu'il s'agisse des catastrophes naturelles en France ou des attentats dans le monde entier, on en tire la leçon qu'il est nécessaire de combiner le marché et l'intervention de l'État au-delà d'un seuil élevé (qui peut varier selon les capitaux assurés, les activités et dans le temps). On peut ici encore songer à un fonds public, mais l'expérience de Gareat pour la couverture du risque attentats en France démontre si besoin était la plus grande flexibilité de solutions dites « à étages ».

Pour les risques dangereux, on peut imaginer plusieurs solutions :

- solutions purement de marché (assurance, réassurance, ART, constitution de *pools* d'assurance ou de réassurance pour tous les risques ou une partie seulement d'entre eux). Dans ce cas, assureurs et réassureurs calculeront leurs expositions et leurs cumuls en fonction du marché ; des restrictions de l'offre apparaîtront dans certains cas, et se traduiront par des refus d'assurance ou des limitations de plafonds. Les entreprises seront alors totalement ou partiellement leur propre assureur, à moins qu'elles ne mettent en œuvre des solutions de captives ;
- solutions mixtes. On peut imaginer plusieurs solutions combinant le marché et la solidarité nationale au-delà d'un certain seuil (éventuellement pour une partie des risques, selon leurs caractéristiques). Il n'y a pas de nécessité à gérer l'assurance de responsabilité civile en *pool* ; en revanche, on peut imaginer un *pool* de co-réassurance³⁵ jusqu'à un certain seuil au-delà duquel interviendrait la Caisse centrale de réassurance avec la garantie de l'État, qui fixerait un taux de surcotisation couvrant les excédents de sinistres catastrophiques.

Ces solutions semblent particulièrement adaptées aux catastrophes engendrées par un risque de développement (industries pharmaceutique, cosmétique, chimique, parachimique... particulièrement soumises à ce type de risque d'innovation)³⁶.

Le système d'assurance proposé permettrait également de favoriser l'assurabilité plus générale et souhaitable de la couverture des accidents de la vie.

■ La réforme économique

Il faut, par divers moyens, parvenir à une totale transparence du risque chez l'assuré, et de l'engagement chez l'assureur.

◆ Pour l'assuré

Le niveau de risque par catégorie (le sinistre raisonnablement escomptable calculé conven-

tionnellement grâce à une méthode normative), notamment celui des dommages matériels et corporels aux tiers, devrait relever d'une obligation d'information aux administrateurs, aux actionnaires et aux services compétents de l'État. Il en irait de même pour le niveau de couverture du risque par divers moyens, dont l'assurance.

◆ Pour l'assureur

Le risque de responsabilité civile est complexe et peu visible dans les bilans. Il faut par ailleurs favoriser les moyens d'assurance directe sans recours excessif à la réassurance ou à d'autres solutions alternatives.

• *Les provisions d'égalisation*

Afin que le marché puisse faire face à des catastrophes de grande ampleur, et pour que le seuil d'intervention de l'État soit suffisamment élevé, il est nécessaire que les assureurs et les réassureurs puissent former des provisions d'égalisation en franchise fiscale. La durée de ces provisions devrait être d'au moins 15 ans³⁷. Les autres paramètres économiques de formation et de liquidation des provisions devraient également être ajustés afin que, globalement, ces provisions représentent au bout de la durée au moins 1 milliard d'euro.

• *Les provisions pour risques en cours*

Les risques en cours, portant sur une longue durée, correspondent aujourd'hui à des engagements invisibles hors bilan, ce qui est particulièrement dangereux.

S'agissant des contrats établis en fait générateur, les entreprises d'assurances devraient être tenues de former des provisions pour risques en cours dont les règles peuvent être déterminées (réglementation) ou justifiées par l'assureur (sur la base de ses statistiques) par sous-catégorie. À défaut de sous-catégorie significative ou de référence statistique significative, ou en tenant compte de

l'équiprobabilité d'apparition d'un sériel catastrophique en cours de période de garantie, on pourrait retenir une règle de provisionnement de la cotisation à 100 % en exercice de souscription avec un déprovisionnement linéaire sur la période de garantie (c'est-à-dire de responsabilité).

Cette formule revient à gérer dans ces cas très particuliers (et rares)³⁸ le risque de responsabilité civile en capitalisation sur une durée pouvant être très longue (puisque le point de départ du délai de prescription n'est pas l'exercice de souscription), ce qui constitue un exercice complexe. Elle permettrait cependant de faire clairement apparaître le risque au bilan et chaque exercice serait analysé séparément. Mais rien n'empêche, notamment selon le plan comptable, de mutualiser les exercices dans le temps.

Enfin, la totalité de la cotisation devrait être provisionnée pour les garanties gérées en capitalisation. La provision doit être ajustée dans le temps, en fonction des déclarations de l'assuré et des produits financiers.

Notes

1. De nouvelles assurances de responsabilité civile obligatoires se sont ajoutées à une liste déjà longue, notamment celles liées à la loi de modernisation du système de santé en 2002, sans que les problèmes de fond, pourtant prioritaires, n'aient été au préalable résolus.

2. La responsabilité civile est un domaine complexe au plan technique, et les compétences à mobiliser extrêmement différentes d'une activité à l'autre.

3. On a vu émerger la notion de « droit à réparation », dont les contours sont particulièrement flous, parce qu'on a vu s'étendre les cas de responsabilité objective, ou élargir la notion de faute au gré de l'idée qui est faite de l'application même du droit à réparation. Ajoutons à cela une liste de plusieurs dizaines d'assurances de responsabilité civile obligatoire, l'arrêt du Conseil d'État rendant illégales les clauses fixées par l'administration elle-même (2000), les incidences de la loi sur la modernisation de la santé (2002), la mise en cause des plafonds contractuels de garantie et les arrêts de la chambre sociale de la Cour de cassation concernant la faute inexcusable (2002). D'un point de vue social ou plutôt socio-comportemental, la société se veut post-moderne et la post-modernité implique des risques dont on entend que les dommages soient nécessairement réparés par ceux qui en sont à l'origine – la théorie du risque où le

principe « pollueur-payeur » trouve dans la société toujours plus d'échos. D'un point de vue économique, les indemnités versées en réparation de dommages ont connu une augmentation significative dans les années 1990, notamment avec l'affaire dite « du sang contaminé ». De plus, la notion même de préjudice tend à évoluer.

4. Comme tout contrat d'assurance, le contrat de responsabilité civile doit comporter un certain nombre d'informations connues tant de l'assuré que de l'assureur : la description des garanties et des exclusions avec une précision suffisante ; une définition claire des montants couverts et des périodes de couverture ; la dénomination des bénéficiaires du contrat. Dans un fonctionnement classique d'assurance de responsabilité civile, ces différents types d'informations sont définis entre l'assuré et l'assureur, sachant que le bénéficiaire de la garantie est l'assuré lui-même et non un tiers. Pour parfaire le bon fonctionnement de la démarche d'assurance, d'autres informations extra-contractuelles doivent être connues tant de l'assuré que de l'assureur sur les typologies de risques et les possibilités de prévention, et faire l'objet d'une analyse systémique des activités de l'entreprise assurée, des risques qui en découlent et des mesures de prévention nécessaires. Le mode de fonctionnement décrit ci-dessus correspond à l'activité de l'assureur de responsabilité civile dans la plupart des pays occidentaux. En France, la situation est fondamentalement différente car le Code des assurances prévoit par son article L 124-3 une possibilité d'action directe des victimes envers l'assureur de responsabilité civile du responsable, et l'obligation pour celui-ci d'indemniser en priorité les victimes par rapport à l'assuré. Cette disposition a fait prévaloir l'idée que la finalité première de l'assurance de responsabilité civile était d'indemniser les victimes, qui ont droit à une réparation efficace et effective en toute hypothèse, et a occulté le fait que sa fonction essentielle est de protéger l'assuré des conséquences pécuniaires de sa responsabilité aux conditions et limites convenues dans le contrat. Ainsi s'expliquent les développements jurisprudentiels des dernières décennies en matière de responsabilité et d'assurance de responsabilité dont le fil directeur a été le suivant : toute victime doit être effectivement indemnisée, donc la responsabilité de l'auteur doit être objective (obligation de résultat), ce qui n'est pas civique si un assureur paye à la place du responsable... donc il est légitime que le juge donne aux stipulations du contrat d'assurance une extension et une portée qui n'avaient d'évidence pas été voulues lors de la conclusion du contrat. Cela constitue une partie de l'explication des évolutions observées, dont certaines paraissent irréversibles. Ainsi, des garanties ont été requalifiées, les limitations dans le temps ont été annihilées depuis la jurisprudence de 1990. Par ailleurs, lors de la survenance de sinistres catastrophiques, les assureurs indemnisent les victimes dans l'ordre chronologique de liquidation des préjudices par souci d'efficacité et de rapidité, alors qu'en théorie, ils devraient gérer le montant de la garantie « au marc le franc », afin de faire face à d'éventuelles réclamations tardives. Dans un certain nombre de cas de cette espèce, et pour les mêmes raisons déjà citées, le juge peut requalifier le montant de la garantie ou son mode d'épuisement. D'autre part, la logique d'action directe

voudrait que l'assureur de responsabilité civile apporte une garantie suffisante pour indemniser l'ensemble des victimes potentielles ou raisonnablement prévisibles, évaluation qui n'entre pas aujourd'hui dans les missions d'un assureur de responsabilité civile, celui-ci se limitant à l'analyse de l'activité de l'entreprise assurée et n'abordant pas les incertitudes dues à son environnement.

5. Cette disposition, prise dans un souci d'efficacité (garantie des montants, rapidité de l'action, sécurité en cas d'insolvabilité du responsable...) est à l'origine de la confusion évoquée, et des conséquences de cette confusion, tendant à ce que l'assureur indemnise toutes les victimes, indépendamment du contrat requalifié par le juge.

6. Ainsi, le contrat fixant les éléments essentiels du champ (les risques couverts/exclus, la durée, les montants [franchise, plafond, sinistrelan]) n'est pas seulement un véhicule juridique mais le fondement de la technique de mutualisation et de tarification.

7. L'ensemble de ces questions a mené peu à peu l'assurance de responsabilité aux confins de ses limites économiques, soit parce que le prix à payer pour couvrir la responsabilité devient financièrement de moins en moins supportable pour bon nombre d'assurés dans un contexte de crise économique, soit parce que tout simplement le risque devient inassurable. Si l'évolution du risque de responsabilité semble bénéficier dans un premier temps aux personnes lésées, cette évolution ne peut à terme que leur nuire, parce qu'elle a en fait pour effet de restreindre peu à peu l'assurabilité du risque de responsabilité.

8. Ce mouvement croissant a, en outre, démotivé les décideurs des entreprises d'assurances, dont il convient de rappeler qu'une large part est étrangère et ne comprend pas les spécificités de la situation française.

9. La branche de responsabilité civile est dite « longue » car les sinistres se liquident en moyenne sur 8 ans. Du reste, le problème est moins la durée de liquidation d'un sinistre a priori provisionné que le décalage entre fait générateur et survenance. La jurisprudence de la Cour de cassation de 1990 imputant le sinistre au fait générateur même lorsque le contrat est stipulé en base réclamation, ainsi que le risque de développement (amiante, VHC, Creutzfeld-Jakob...) positionnent la charge à un exercice qui peut être très postérieur à celui de la souscription, alors que le risque est géré en répartition, c'est-à-dire que les cotisations de l'exercice doivent servir à payer ses prestations (sinistres payés et provisions pour sinistres).

10. Il s'agit en fait de l'existence dans les portefeuilles des entreprises d'assurances de « bombes à retardement » (exemple : industries pharmaceutique ou agroalimentaire) sans qu'on sache exactement leur nature ou leur date « d'explosion ». Notons que la loi de 1998 sur la responsabilité des produits défectueux augmente le risque de mise en cause. Seuls sont provisionnés les sinistres à payer (PSAP) c'est-à-dire ceux correspondant à des réclamations ou, partiellement, à des sinistres connus et non encore déclarés (IBNR). Mais les sinistres potentiels à venir sur la période couverte par le contrat (de facto ou par décision de justice) ne font pas l'objet de provisions.

11. La seule contrepartie réside dans les fonds propres. On voit bien que certaines entreprises d'assurances sous-capitalisées sont particulièrement exposées, surtout lorsqu'elles sont très engagées en assurance de responsabilité civile, voire dans une catégorie spécifique de responsabilité civile. Il n'existe pas par ailleurs de mécanisme d'écrêtement des catastrophes, comme c'est le cas pour les catastrophes naturelles (loi de 1982) ou pour les attentats (loi de 1986), faisant appel à la solidarité nationale au-delà d'un certain niveau, alors même que l'ampleur d'une catastrophe industrielle peut être du même ordre de grandeur que celui d'une catastrophe naturelle.

12. Il s'agit plus de la volatilité prospective, notamment liée à l'insécurité juridique ou aux catastrophes (type amiante). La protection de cette volatilité a naturellement un coût qui affaiblit le ROE (return on equity : rendement des capitaux investis).

13. Chiffres 2000 (pour une comparaison cohérente RCG + RC multirisques + RCD [mais hors RC automobile]) :

Pays	Cotisations RC 2000 (millions d'euros)	PIB (milliards d'euros)	Importance de la RC par rapport au PIB (en ‰) situation 2000
Portugal	57	113	0,5
Espagne	655	602	1,1
France	3 400	1 395	2,4
Allemagne	6 442	2 029	3,2
Royaume-Uni	4 993	1 533	3,3
Suisse	938	260	3,6

14. En effet, l'augmentation du PIB est en grande partie due à des valeurs peu couvertes par l'assurance des entreprises (nous avons déjà souligné l'insuffisance d'innovation chez un certain nombre d'acteurs) et peu mises à jour par l'analyse des risques qui, lorsqu'elle est pratiquée, est centrée sur les risques classiques.

15. La hausse tarifaire a été notamment limitée par la sélection, les exclusions, la baisse des plafonds de garantie et surtout le relèvement des franchises (qui explique d'ailleurs la baisse de la fréquence et l'augmentation du coût moyen des sinistres). Les segments à risques supportent naturellement les plus fortes majorations tarifaires (santé, commissaires aux comptes, notaires, industries pharmaceutique et agroalimentaire, éditions de logiciels, risques industriels...).

16. Produits financiers en % du stock moyen de provision :

1996	1997	1998	1999	2000
4,9	5,2	5,6	8,2	8,2

17. En effet, les provisions pour sinistres à payer (qui représentent 572 % des cotisations en 2000) sont particulièrement importantes en responsabilité civile générale. C'est donc dans cette branche que l'on a le plus réalisé d'actifs.

18. L'année 2000 est quelque peu atypique, en dommages aux biens professionnels notamment. Sur une période cumulée de 3 ans, il apparaît plus clairement que les mali s'aggraveront avec des produits financiers en baisse.

19. Cela confirme que le marché n'a pas encore tiré toutes les conséquences des évolutions inéluctables pour le proche futur.

20. Notons cependant que le cash flow n'est pas très significatif tant que la branche n'est pas arrivée à maturité.

21. Notons qu'en pratique les courbes de développement ne sont en général pas gaussiennes, mais asymétriques.

22. Le fait générateur peut lui-même être étalé dans le temps selon une distribution statistique du même type ou d'un type différent.

23. Ou bien on peut évaluer en t_1 ou t_1' l'ampleur possible du sinistre et provisionner en conséquence (avec une grande marge d'incertitude technique et juridique), en principe dans la limite des plafonds de garantie, ou bien on ne mesure qu'au fur et à mesure de la gestion du sinistre l'ampleur du sinistre global. Dans ce dernier cas, la gestion en répartition permet en principe, et dans une certaine mesure seulement, d'ajuster les équilibres économiques.

24. Les phénomènes conduisant à l'imputation temporelle sont complexes et variés. Généralement, contractuellement dans les contrats en claim's made, les sinistres dans le temps sont affectés à l'année de la première réclamation pour un fait générateur, même générique, commun. Cette affectation est massive pour un exercice donné pour l'assureur, mais en même temps, le sinistre est borné par le plafond de garantie aggregate (auquel cas $\theta = 0$). En pratique, un sinistre, au sens de la réclamation, peut apparaître auprès d'acteurs responsables différents, à des moments différents. L'unicité du fait générateur peut également être contestée. Il y a donc en pratique, pour les sinistres catastrophiques, un certain étalement de l'impact dans le temps ($\theta \neq 0$). De toutes façons, même en cas d'imputation sur un exercice donné, la dégradation s'analysera dans le temps (la branche RC est gérée en répartition, et les exercices – et mali par exercice – sont cumulés).

25. La maîtrise du risque RC est également rendue difficile par le fait que l'élément « réclamation » constitutif du sinistre en assurance RC est lui-même particulièrement variable. Il dépend en fait de facteurs inhérents à la personnalité même de la victime, de facteurs externes (médiatisation, présence d'association de victimes particulièrement structurées et actives) et d'autres, liés à la nature du risque (concentration, par exemple Furiani ; ou diffus, par exemple hépatite C). On le voit en matière de risque médical – notamment en Suède avec le système d'assurance « patients » pour lequel il a été estimé qu'il fallait appliquer un coefficient multiplicateur de dix pour pouvoir estimer le nombre de réclamations dans un système d'assurance direct. Par ailleurs, s'agissant de l'effet d'une jurisprudence, le terrain montre que les revirements de jurisprudence sont connus beaucoup plus rapidement qu'auparavant des avocats spécialisés (avocats de victimes notamment) ou des tribunaux. De leur côté, les gestionnaires de sinistres des entreprises d'assurances prennent en compte ces jurisprudences même si, dans un premier temps, ils tentent de les contourner (exemple du claim's made). Cela se ressent très vite dans les PSAP, pas immédiatement au niveau des

évaluations d'ouverture, mais plutôt du fait de l'accroissement des réclamations donnant lieu à prise en charge. L'insécurité juridique quant aux régimes de responsabilité et au contrat d'assurance a donc une incidence immédiate plus forte qu'auparavant. Par voie de conséquence, il est aussi plus nécessaire que jamais d'intégrer l'incertitude juridique dans un modèle actuariel de l'assurance de responsabilité civile générale.

26. Corrigé, comme on l'a vu, des biais exogènes.

27. Séparer assurance RC et indemnisation. En supprimant les possibilités d'action directe des victimes envers les assureurs RC des responsables, on rétablirait la relation contractuelle normale entre l'assureur RC et les entreprises industrielles et commerciales. Celles-ci décident en toute liberté, ou éventuellement dans certains cas suivant des conditions d'assurance obligatoire, de leurs conditions de garanties dans une logique de bonne gestion visant à assurer leur activité et leur pérennité. Cette liberté contractuelle permettrait à l'assurance de fonctionner normalement mais non de garantir dans tous les cas la solvabilité du responsable qui devrait indemniser avec certitude l'ensemble des victimes. Cette indemnisation devrait alors être construite suivant une logique indépendante de l'assurance RC et transversale aux différentes causes d'accidents : c'est la solution d'assurance directe qui est la plus fiable, généralisation des multirisques pour les dommages matériels et de la GAV pour les accidents corporels (un dispositif d'aide à l'assurance pour les plus démunis pouvant être prévu pour les dommages corporels). Les assureurs directs, après indemnisation des victimes, se retourneraient contre les responsables et leurs assureurs dans une démarche de recours subrogatoire. Leur action, justifiée sur le plan juridique et économique, remplirait la mission nécessaire de responsabilisation des personnes à l'origine des accidents et des catastrophes. Cependant, le montant de la garantie RC pourrait être insuffisant, comme la solvabilité du responsable. Dans ce cas, la charge serait supportée par les assureurs directs, c'est-à-dire la collectivité. Enfin, cette solution freinerait sans doute les excès de dérive jurisprudentielle que nous connaissons depuis 1990, mais ne résoudrait pas pour autant tous les problèmes, créant des risques de litiges entre assureurs directs et assureurs de RC, et entre assureurs de RC et responsables assurés.

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

29. La réponse à la question du niveau du plafond et des garanties que devraient présenter les entreprises particulièrement sensibles au risque de responsabilité se heurte à la notion d'activité dangereuse, qui ne se recoupe pas nécessairement avec la notion de site Seveso (industries alimentaire, pharmaceutique...). Un dépôt d'hydrocarbure installé en rase campagne est considéré comme installation classée alors que son risque de responsabilité est moindre (sauf pour l'environnement). À l'inverse, un grand nombre de sites de tailles et d'activités diverses « non Seveso » présentent des risques très importants. Comme le recommande monsieur Essig dans son rapport au Premier ministre, il s'avère nécessaire d'avoir une appréhension large des « risques dangereux ».

30. La solution « au marc le franc » entraîne aussi des besoins de blocage des fonds, donc des délais de règlement très longs.

31. La cessation d'activité peut être naturelle, mais il peut aussi s'agir de mutation d'activité ou de défaillance. Le taux de défaillance des entreprises est variable selon les secteurs, mais il est particulièrement important dans le bâtiment. Dans ce cas, le juge a tendance à procéder à des condamnations in solidum des participants à l'acte de construire, de sorte que la charge incombe au plus pérenne, qui est souvent l'architecte. La solution proposée éviterait de tels dérapages car la liquidation moyenne des litiges de responsabilité civile générale (en cours de chantier) se fait en moins de 4 ans.

32. Définis par l'article R 111-1 : le souscripteur doit remplir au moins deux des conditions suivantes : total du dernier bilan > 6,2 millions d'unités de compte de la Communauté européenne ; dernier chiffre d'affaires > 12,8 millions d'unités de compte de la Communauté européenne ; effectif moyen du dernier mois > 250 personnes.

33. Voir en annexe 4 la copie de l'analyse de messieurs Debouzy et Por parue dans Les Échos du 22 mai 2002.

34. Les catastrophes naturelles et techniques. Lors de la mise au point de la GAV, plusieurs études actuarielles ont été réalisées, portant plus sur la base de sinistres catastrophiques prospectifs que sur celle des événements passés.

a) Les catastrophes naturelles. À partir de données issues de Swiss Re, Munich Re et World Insurance Report, on peut estimer qu'entre 1939 et 1987, il y a eu en moyenne en France 20 morts par an suite à des catastrophes naturelles, ce qui représente un coût minime rapporté à l'ensemble de la population française (quelques centimes par foyer et par an). Il y a néanmoins une tendance à la hausse et l'année 1999 est particulièrement lourde (plus de 150 victimes avec les tempêtes). L'impact des catastrophes naturelles pourrait être beaucoup plus important si survenait un séisme de forte magnitude sur une zone habitée.

b) Les catastrophes techniques. Le bureau d'analyse des risques industriels et pollutions industrielles (qui dépend du ministère de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement) recense 17 000 accidents industriels par an et 22 000 communes à risque, dont la moitié avec de forts enjeux humains. Il existe cependant peu de données sur le nombre de victimes de catastrophes techniques en France. Néanmoins, on peut penser que leur impact se manifesterait à la suite d'éventuels événements meurtriers.

c) Indemnisation. Le produit GAV revêt un caractère indemnitaire. Du fait de la pression médiatique et politique, les niveaux d'indemnisation des catastrophes peuvent être supérieurs d'environ 20 % aux niveaux habituels d'indemnisation.

d) Coût global des catastrophes naturelles et techniques. Son estimation ressort à moins de 1 euro dans la version de base, ce qui peut être négligé en première analyse, mais pourrait être étudié au niveau d'un portefeuille concentré régionalement.

35. Le choix restant ouvert entre l'adhésion au pool ou un traité direct avec la CCR. Le pool pouvant soit être au premier euro, soit n'intervenir qu'au-delà d'un certain seuil.

36. La jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation du 28 février 2002 fournit une excellente illustration des dérives jurisprudentielles observées depuis 12 ans et de la nécessité d'encadrer l'assurance de responsabilité civile par des mécanismes efficaces. Dans ce cas d'espèce portant sur la faute inexcusable de l'employeur vis-à-vis d'une maladie professionnelle (MP) due à l'inhalation d'amiante, est apparu un concept juridique nouveau de « sécurité-résultat ». Cette jurisprudence a été confirmée par un arrêt du 11 avril 2002 sur un accident du travail (AT). Dans le régime d'indemnisation ATMP, la Sécurité sociale (ou le Fiva dans le cas de l'amiante) se retourne contre l'employeur pour exiger une pénalité en cas de faute inexcusable, et celle-ci est généralement couverte par les contrats d'assurance de responsabilité civile. Si, pour tendre vers une convergence de la réparation du dommage corporel en droit commun, la faute inexcusable se généralise et que, a fortiori, elle se combine avec des risques professionnels sériels catastrophiques ayant les caractéristiques du risque de développement, on constate qu'aucune des conditions d'assurabilité n'est réunie. Sur le plan économique, qu'il s'agisse du cas de l'amiante ou plus généralement du régime ATMP, le changement du droit se traduit par un sinistre évalué en milliards d'euros. Ce type de risque, comme d'autres cités, ne peut donc être couvert en assurance de responsabilité civile que si les préalables précédemment exposés sont résolus et, surtout, s'il existe un mécanisme d'écrêtement dans lequel l'État intervient au-delà d'un certain seuil.

37. Ce qui a par ailleurs été retenu pour le risque attentats.

38. Le fait générateur peut être admis pour des risques bien identifiés, où la courbe de liquidation est maîtrisée, et le risque de sériel catastrophique limité.

L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE : RÉFORME OU REFONDATION ?

Gilles Bénéplanc

Membre du directoire, Mercer

Les réformes à mener dans le domaine de la responsabilité civile doivent s'analyser en tenant compte de la contribution de cette branche au contrat social par son rôle dans l'indemnisation des victimes. Si l'amélioration du droit du contrat est une priorité absolue, les évolutions à venir modifieront la mission et le positionnement des assureurs.

Jean-Marc Lamère présente la situation de l'assurance de responsabilité civile en France et souligne l'urgence des réformes qui doivent être engagées afin de restaurer un fonctionnement efficace de cette branche. Le chantier ouvert aux différentes parties prenantes est vaste et complexe ; pour l'aborder, il paraît nécessaire de revenir sur la problématique de l'assurance responsabilité civile en examinant son rôle central dans l'indemnisation des victimes, les réformes nécessaires du droit du contrat et l'impératif d'un nouveau positionnement pour les assureurs et réassureurs.

L'assurance de responsabilité civile est une activité de marché régie par l'offre des preneurs de risque, la demande des acteurs économiques et les contraintes de solvabilité imposées par les organismes de tutelle ou les agences de notation. Mais cette branche se trouve placée au cœur du contrat social parce qu'elle régule un volet des rapports entre les personnes physiques ou morales, et tout particulièrement celui de la réparation des victimes de dommages corporels ou matériels.

À la recherche du responsable solvable

Le rôle central de l'assurance responsabilité civile s'explique aisément. Aujourd'hui, notre société refuse que des victimes d'accidents ne reçoivent pas une indemnisation suffisante et équitable. Comment peut-on admettre que des familles se retrouvent sans ressources à la suite d'un décès ou d'une invalidité ? Pourquoi une victime d'accident de la route bénéficierait-elle d'un meilleur traitement que celle d'un accident industriel ?

Afin de faciliter et d'accélérer les délais d'indemnisation, le législateur et le juge – aux niveaux français et européen – ont cherché depuis des années à simplifier les possibilités de recours des victimes. C'est pour cette raison que la loi et la jurisprudence consacrent une responsabilisation de plus en plus forte des acteurs les plus susceptibles de causer des dommages à des tiers. Les exemples en ce sens s'avèrent nombreux : conducteurs fautifs ou non, fabricants de produits défectueux, professions libérales comme les médecins ou les avocats.

Mais, sans recours à l'assurance, le système ainsi constitué serait incomplet. En effet, à quoi servirait-il de responsabiliser les acteurs économiques, de faire peser sur eux la charge d'indemniser les victimes si leurs ressources financières ne leur permettaient pas d'y faire face ? On touche ainsi au dernier volet du dispositif : la solvabilité. Il ne suffit pas de trouver un responsable, il faut également qu'il soit solvable.

C'est à ce stade que l'assurance responsabilité civile intervient en proposant une gestion collective du risque via sa mutualisation. Chaque acteur économique, moyennant le paiement d'une cotisation, souscrit un contrat qui lui permettra de s'exonérer, totalement ou en partie, des conséquences pécuniaires de sa responsabilité.

Ainsi, l'indemnisation des victimes suppose à la fois de responsabiliser les acteurs et de les rendre solvables par le recours aux techniques de mutualisation. Bien entendu, les professionnels de l'assurance ne doivent pas perdre de vue qu'il existe bien d'autres mécanismes pour indemniser les victimes (fonds, assurance dommages) et pour rendre les acteurs solvables (caution, garantie mutuelle).

Réformer le droit du contrat

Comme le développe Jean-Marc Lamère tout au long de son article, il est urgent de réformer les conditions d'exercice de l'assurance responsabilité civile en raison du cadre juridique flou sur les deux composantes principales : le risque lui-même et le contrat d'assurance. Lorsqu'un juge se prononce sur un cas, il intervient simultanément en référence au droit de la responsabilité civile et à celui du droit du contrat. Il est à la limite envisageable que le volet risque de la responsabilité civile des acteurs économiques ne soit pas stabilisé ; en effet, le travail du juge sur l'indemnisation fait face à un nombre croissant de situations nouvelles en termes de typologie des victimes ou de responsabilité.

En revanche, les incertitudes, les dysfonctionnements constatés sur le droit du contrat d'assurance ne sont pas admissibles à long terme, ni pour les gestionnaires de la mutualité (assureur, réassureur, intermédiaire) ni même pour le législateur. Pour les premiers, on peut se reporter aux arguments développés par Jean-Marc Lamère. Il en va de même pour le législateur : comme on l'a évoqué ci-dessus, le contrat d'assurance est un élément clé du système permettant l'indemnisation des victimes. Les incertitudes pesant sur le droit du contrat tendent à rendre difficiles, voire impossibles, les anticipations que doivent faire les assureurs pour établir leur prix.

Sur le marché, cela se traduit par la réduction de la capacité offerte, par une tarification élevée due à l'appréciation de la volatilité du risque ou par un retrait pur et simple de certains intervenants. L'exemple récent des cliniques et hôpitaux montre que les intérêts des victimes sont moins bien garantis en l'absence des payeurs ultimes que sont les porteurs de risque.

Refonder l'assurance responsabilité civile

De notre point de vue, le législateur doit clarifier dans de brefs délais le cadre juridique du contrat d'assurance de responsabilité civile. Mais ce travail de clarification et de refondation incombe également au marché de l'assurance, s'inscrivant dans la continuité du livre blanc de la responsabilité civile qui a constitué un premier socle de réflexion. Les travaux de reconstruction de cette branche doivent s'orienter et s'organiser autour de quatre axes : le périmètre d'intervention de l'assurance, la maîtrise des résultats techniques, la qualité de la gestion de la mutualité, l'efficacité du système de réparation des victimes.

La question du périmètre d'intervention posée en filigrane dans l'article de Jean-Marc Lamère est celle de ce que peut ou ne peut pas faire l'assurance

de responsabilité civile. Le bon fonctionnement des marchés d'assurance suppose de bien séparer ce qui relève de la mutualité et des techniques assurancielles, d'une part, et ce qui doit être pris en charge par la collectivité, d'autre part. Cette question sera examinée par les professionnels du risque (assureur, réassureur) avec une double préoccupation : ne pas s'engager dans des domaines dangereux, mal maîtrisés ou avec des implications financières trop fortes ; veiller également à ne pas abandonner des segments de marché ou des secteurs car les solutions de substitution (fonds, assurance obligatoire) qui ne manqueront pas d'émerger réduiraient d'autant le champ éligible à l'assurance.

La question de la maîtrise des résultats techniques est assez simple, mais il s'agit d'un argument à double tranchant. Si les assureurs ne peuvent maîtriser durablement la technique inhérente à la responsabilité civile, alors, rapidement, leurs actionnaires doivent et vont les inciter à abandonner ce domaine. Il y a donc une légitimité (et une urgence) à être ferme sur la restauration des conditions d'exercice de cette branche, comme ce qui est lié au droit du contrat.

Les assureurs, délégataires de la gestion de la mutualité, doivent, pour conserver durablement ce rôle, être performants dans trois domaines principaux : les coûts de gestion (niveau des frais

généraux, méthodes de gestion des sinistres), la qualité de la gestion (délais d'instruction des dossiers, équité entre les victimes), la fixation du prix entre les participants à la mutualité. Ce dernier point suppose à la fois une amélioration et une transparence accrue dans les techniques de tarification employées en responsabilité civile.

Enfin, les assureurs doivent intégrer le fait que, au travers du rôle social qui leur est donné, ils contribuent à un système plus vaste dont la finalité est une indemnisation juste et rapide des victimes. Il peut leur paraître difficile de conserver cette préoccupation dans l'exercice quotidien de leur métier, mais il s'agit d'une condition *sine qua non* de la légitimité à exercer ce rôle. La toute première étape consistera à intégrer cette dimension dans les débats en cours.

En résumé, le travail nécessaire pour restaurer le fonctionnement du système est immense ; aujourd'hui, il incombe principalement aux pouvoirs publics, qui doivent répondre rapidement aux préoccupations et aux propositions de la profession. Cette remise en question touchera le marché de l'assurance sur le plan technique, mais aussi en modifiant le rôle et le positionnement des assureurs. Pour être fructueuse, cette réflexion devra revenir sur le fondement du contrat social qui sous-tend toute activité d'assurance.

MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

François Ewald

Professeur au Conservatoire national des arts et métiers

La loi du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé » porte, dans sa dernière partie, sur « la réparation des conséquences des risques sanitaires ». Voici donc venu, après une quarantaine d'années de débats, une cinquantaine de propositions de lois, de nombreux rapports, les drames du sida, de l'hormone de croissance, de l'hépatite C, beaucoup de souffrances individuelles, la loi sur ce qu'il est convenu d'appeler l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Les victimes d'accidents médicaux, quelle que soit leur cause, seront, en principe, indemnisées. Sans doute est-ce cela surtout que l'on va retenir. Mais, pour y parvenir, on a choisi une voie risquée, qui ne manquera pas de poser d'épineux problèmes pratiques : elle bouleverse l'éthique de la relation médicale au titre de la promotion d'une nouvelle « démocratie sanitaire ».

Cette loi s'annonce comme l'expression de revendications formulées, lors des états généraux de la santé, quant à la place et au rôle que veulent et doivent désormais jouer les usagers. Et il est vrai que jusqu'à récemment l'usager, entré dans le monde médical, n'avait guère que le droit d'acquiescer silencieusement. La santé du malade est d'abord l'affaire du médecin, dernier personnage à disposer d'une sorte de droit de vie et de mort sur un autre. Mais on peut craindre que la « démocratie sanitaire » instituée par le texte donne moins la parole aux malades qu'elle ne marque une étape supplémentaire dans l'étatisation de la santé. D'emblée, il est question du « système de santé », dont les acteurs sont « les professionnels, les établissements et réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires », qui, est-il écrit, « contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure

sécurité sanitaire possible ». Exit le « malade », avec la souffrance, l'angoisse et l'attente qui le caractérisent ; exit le « patient », trop passif. Bienvenue à l'« usager », qui, en vrai citoyen de la nouvelle démocratie sanitaire, affranchi des faiblesses et des aliénations de ses prédécesseurs, décide, en homme libre, des soins qu'on lui prodigue et se sent responsable de la qualité du système de santé en général.

Le texte – c'est une de ses principales innovations – crée une nouvelle représentation de l'usager au sein du système de santé. Jusqu'ici il y était présent soit sous une forme politique, à travers les ministres et la tutelle qu'ils exercent, soit sous la forme d'assurés sociaux, de cotisants, à travers les syndicats, supposés gérer paritairement l'assurance maladie. Voici qu'ils jouiront désormais d'une représentation spécifique à travers des « associations agréées », à qui on donne voix au chapitre à tous les niveaux, à toutes les étapes, dans toutes les institutions, depuis la définition des politiques de santé jusqu'aux avis concernant la responsabilité de tel ou tel médecin. Les représentations politique et

sociale étaient déjà en conflit ; l'associative ne manquera pas d'en rajouter. Difficile de ne pas penser qu'on ne joue pas les usagers et les professionnels contre les syndicats. Précisément, aucune des institutions de la nouvelle « démocratie sanitaire » ne relève de l'élection ; elles sont composées selon le bon vouloir de l'administration. Il en va ainsi pour les associations, dont l'agrément sera donné par le Conseil d'État sur un critère d'« activité effective et publique de défense des malades et des usagers » qui ne laisse guère la place à la consultation des usagers et donne une grande liberté d'interprétation aux pouvoirs publics. C'est en quoi on peut craindre que la démocratie sanitaire que l'on nous annonce ne soit que la caution ou l'alibi d'une poursuite de la publicisation du système de santé.

Pour la réussir, il importait de faire basculer les relations entre professionnels et malades, qui relevaient jusqu'ici principalement de déontologies, de bonnes pratiques et de devoirs éthiques, dans du juridique et du législatif. La loi 4 mars 2002 – c'est une autre de ses caractéristiques – codifie les principes d'une relation que les grands médecins avaient l'habitude de qualifier de fondamentalement « humaine ». Il juridicise l'essentiel de ce qui relevait de l'éthique médicale. Il multiplie les droits de l'usager (à l'information, au secret, au traitement approprié, à la sécurité sanitaire, à la non-discrimination) tout en le rendant « responsable des décisions concernant sa santé », décisions nécessairement individuelles même s'il est souhaité qu'elles soient assistées par des tiers (où l'on retrouve les associations). Ce texte est exemplaire de cette figure du socialisme contemporain qui, au nom de la démocratie, compose la plus grande étatisation avec la plus extrême individualisation.

En nous limitant à la question de la réparation des accidents médicaux, nous examinerons d'abord la philosophie de la relation thérapeutique dont elle s'inspire pour considérer ensuite sa praticabilité.

Droit de l'indemnisation et mécanisme de responsabilité

La situation des victimes d'accidents médicaux était devenue doublement paradoxale. Elles pouvaient d'abord s'estimer pâtir d'une sorte de discrimination, étant pratiquement les seules victimes de préjudices corporels à ne pas bénéficier d'un dispositif d'indemnisation spécifique. Mieux, le lancement réussi par les assureurs de la garantie des accidents de la vie (Gav)¹ mettait les pouvoirs publics en demeure d'agir, dans la mesure où on ne manquerait pas de dire que, par son incurie, les victimes les moins favorisées, celles pour qui le coût de l'assurance est le plus lourd, étaient les moins bien protégées. Édith Cresson s'y était d'ailleurs engagé, en 1991, lors du débat sur la loi d'indemnisation des victimes, contaminées par le VIH, de la transfusion sanguine. Mais la décennie 1990, marquée par les grands scandales de sécurité sanitaire, a été consacrée à la mise au point de dispositifs de prévention (les agences de sécurité sanitaire) plus que d'indemnisation. Dans le même temps, les tribunaux, administratifs et judiciaires, ont cherché à répondre à la demande des victimes. Les arrêts se succèdent qui ont profondément bouleversé le droit de la responsabilité médicale : multiplication des responsables, création de nouvelles obligations de sécurité, reconnaissance dans certaines circonstances de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, organisation de devoirs éthiques, comme la recherche du consentement éclairé, et, plus récemment, mise en cause de l'universalité de l'arrêt Mercier, qui avait posé, depuis 1936, les principes de la responsabilité médicale. On aboutissait ainsi à une situation où les victimes se voyaient pratiquement reconnaître un droit à être indemnisées sans disposer des moyens de faire

valoir ce droit, le poids et l'aléa des procédures judiciaires restant sur leurs seules épaules.

Ces incohérences n'ont rien de nouveau. Elles ne sont pas spécifiques aux questions médicales. Disons pour simplifier qu'elles sont liées à la difficulté d'asseoir un droit de l'indemnisation sur des mécanismes de responsabilité. On a cherché à la résoudre selon deux voies. D'abord en séparant le problème de l'indemnisation des victimes de celui de la sanction de la responsabilité – il en est ainsi pour les accidents du travail, où la créance de la victime s'exerce, sauf en cas de faute inexcusable, contre l'assureur (en l'occurrence la Cnam) et non plus vers le chef d'entreprise, qui, quant à lui, peut voir sa responsabilité recherchée et sanctionnée par la voie pénale. L'autre solution consiste à simplifier les règles de responsabilité, le plus souvent par des mécanismes de responsabilité objective couplés avec des régimes d'assurance obligatoire (responsabilité des constructeurs, des conducteurs) de manière que la créance de la victime soit garantie. Dans les deux cas, la protection des victimes, le droit à indemnisation, se trouve liée à la reconnaissance d'une asymétrie de fait entre auteur et victime : l'ouvrier est placé sous l'autorité de son patron ; le piéton subit la puissance incommensurable de l'automobile. Progressivement, le droit de la responsabilité cesse de sanctionner des fautes pour définir les obligations liées au fait du pouvoir exercé par une partie sur une autre. Une évolution que l'on retrouve en matière médicale, où la sanction des fautes du médecin a progressivement laissé place à une organisation juridique de ses pouvoirs et de ceux des établissements de soins.

La loi du 4 mars 2002 – et cela ne manquera pas d'alimenter la chronique – n'emprunte ni l'une ni l'autre voie. Elle ne poursuit pas le travail de la jurisprudence en matière médicale. À rebours de ce qui avait pu être jugé en matière d'aléa thérapeutique ou d'affections nosocomiales, elle affirme que les professionnels et les établissements de soins ne sont responsables que de leurs fautes. Ainsi, ce texte se trouve être la première loi d'indemnisation qui, depuis un siècle, réaffirme le

principe de la responsabilité pour faute. Il ne crée pas non plus de responsabilité objective en faveur des victimes. Au contraire, il affirme que les malades sont « responsables » des soins qu'ils reçoivent, qu'ils en « décident ». Comment affirmer cela, qui paraît si éloigné de la réalité ?

Un usager décideur de ses soins

La relation médicale a souvent été prise comme le modèle d'une relation asymétrique : d'un côté le médecin sait, de l'autre le malade souffre et ne sait pas. Son état le place dans une situation de dépendance. La loi du 4 mars 2002 cherche moins à tirer les conséquences de cette situation d'inégalité qu'à prétendre la transformer en une relation d'égalité par la magie du droit. Là où, traditionnellement, le malade se trouve sous la dépendance du système de santé, la nouvelle « démocratie sanitaire », en redistribuant le savoir médical dont jusqu'ici seuls les soignants disposaient, va permettre à l'usager de sortir de sa dépendance pour acquérir le statut d'homme responsable et décideur de ses soins. C'est beau. Le texte organise en faveur de l'usager l'accès à l'information sur son état et les soins qu'on lui propose (accès au dossier médical, requête de son consentement). Mieux, on souhaiterait bien lui créer une obligation de savoir, que la notion même de consentement contraint pourtant à limiter. Le « consentement éclairé » n'est plus seulement cette dette éthique que le médecin doit au malade en raison même de la dissymétrie de leurs situations ; il devient l'expression d'une véritable décision, d'un choix qui désormais engage l'usager, et que l'on aménage selon des procédures inspirées du droit de la consommation. Avant, pour simplifier, le médecin « ordonnait » et devait, par respect de la dignité du malade et pour qu'il puisse s'approprier les soins proposés, faire partager sa décision par le malade ; maintenant, l'usager décide de ses soins et

se trouve responsable de ses choix. Ainsi peut-on lire : « Toute personne prend, compte tenu des informations et préconisations des professionnels de santé, les décisions concernant sa santé. » Une formule est désormais impossible, interdite : « Docteur, je m'en remets à vous. Faites ce qui vous paraît le mieux. »

Quand l'éthique devient du droit

Les deux faces qui composent la figure traditionnelle du médecin, celui qui accueille une demande et y répond, d'une part, et celui qui prodigue des soins et met en œuvre une technique, de l'autre, se trouvent dissociées. L'accueil d'une souffrance n'est plus une composante nécessaire de la pratique médicale, qui se trouve plutôt dans la mise en œuvre d'une compétence technique. La compétence était une composante sous-entendue des obligations déontologiques du médecin ; elle s'autonomise. Que les médecins puissent accepter pareille philosophie de la relation médicale suppose qu'ils se conçoivent eux-mêmes comme des techniciens, revendiquant une certaine compétence et ne demandant à être jugés que sur elle. Tant mieux alors que l'éthique devienne du droit : elle sera évaluée et administrée comme n'importe quelle autre compétence technique. Faut-il s'en étonner quand on a pu voir des obstétriciens mettre fin à un projet de grève parce qu'on leur accordait une prime de « pénibilité » pour travail de nuit ?

On peut adresser plusieurs critiques à cette construction de la relation médicale.

La première est qu'il ne peut s'agir que d'un leurre. En fait et en droit. En fait parce que le texte de loi ne comporte pas les éléments d'une véritable égalité d'information entre médecin et malade. Ils ne sauraient se réduire à une information sur l'état du malade, les projets

thérapeutiques qu'on formule à son égard ou le montant des dépenses engagées. Encore faudrait-il que ce malade ait des informations objectives sur le service où on le soigne, ses résultats, son taux de sinistralité, qu'il puisse faire des comparaisons avec d'autres services, exprimer ses préférences.

Mais, en droit, on peut craindre que, comme l'a malheureusement montré le drame de la contamination des hémophiles dans l'affaire du sang contaminé, les usagers et leurs associations ne restent sous la dépendance du savoir du médecin qui les conseille. D'ailleurs le texte de la loi doit bien reconnaître que c'est le médecin qui informe et a la maîtrise de l'information. Le médecin seul – c'est en principe sa compétence – sait ce qu'il sait, est capable de lui donner sa vraie signification, d'en tirer une stratégie. Prétendre que médecin et malade pourraient partager à égalité la décision thérapeutique est illusoire, peut-être même dangereux et néfaste.

Une seconde critique tient au fait que cette judiciarisation de l'éthique risque bien de la détruire. Elle rend superfétatoire l'humanisme du médecin. Il n'est pas sûr, même si sous couvert d'humanisme médical pouvaient se cacher bien des abus de pouvoir, que l'usager individuel gagne au change en se plaçant sous la dépendance d'une association. Car le malade individuel sera toujours, quant à lui, dépendant. En outre, la loi organise des conflits entre médecins, médecins traitants et médecins conseils, individuels ou d'associations. Ces conflits risquent de perturber une relation qu'on a pu qualifier de « rencontre d'une conscience et d'une confiance ». La confiance ici disparaît. Et d'ailleurs, on ne comprend pas, si la médecine doit être une science appliquée, formulable sous forme de références médicales opposables, que de tels conflits puissent exister. L'idée même de médecin référent, un temps prônée par l'assurance maladie, devient un non-sens. De même que toute idée de pilotage médical de l'offre de soins, le malade se voyant reconnu un droit à décider des soins qu'il doit recevoir.

L'asymétrie de la relation médicale

Ce texte, enfin, est contradictoire avec l'idée même de système de soins qui lui préside. Comme Ferdinand de Saussure et Claude Lévi-Strauss nous l'ont appris, un système n'est pas quelque chose dont on décide ; on est plutôt décidé par lui. Et c'est bien ce qui caractérise l'exercice actuel de la médecine : son usage ne dépend pas de l'usager, qui serait comme un consommateur qui pourrait choisir entre produits et producteurs, mais d'une offre de soins unique, définie selon des rationalités politique, économique et médicale. Ce sont les pouvoirs publics qui incitent ou invitent à consommer des soins en organisant le droit à la santé, en cherchant à en rendre l'accès de plus en plus facile pour tous, qui se proposent d'intensifier l'offre et la tutelle au titre de politiques de prévention. Ce sont les pouvoirs publics qui, par le biais de l'assurance maladie, contrôlent l'offre, préconisent toute une normalisation des soins au titre du « juste soin » et d'une « maîtrise médicalisée » de la dépense. De fait, le malade est de plus en plus dépendant d'une offre elle-même de moins en moins « libérale ». Et c'est au moment où l'offre de soins est de plus en plus administrée et contrôlée que l'on prétend que le malade peut exercer son libre choix ? Ce n'est pas sérieux. La philosophie de la relation thérapeutique que cherche à promouvoir la loi du 4 mars 2002 se comprendrait mieux dans le contexte d'une mise en concurrence entre des offreurs de soins capables de soumettre à l'usager des stratégies alternatives.

Vue du côté du malade, l'idée même de système de santé a quelque chose de terrifiant. Et on ne s'étonnera pas qu'à mesure que cette systématisation progresse, pour des raisons autant techniques qu'économiques, il apparaisse nécessaire de pallier la faiblesse des patients par des droits et d'encourager leur inscription au sein d'associations qui leur permettront de comprendre ce qu'il leur

arrive, de s'informer et de poser des questions. Mais quant à penser que cela suffise à effacer l'asymétrie de la relation médicale et à faire du malade un décideur, il y a un pas qu'il paraît difficile de franchir.

L'œuf de Colomb en matière d'indemnisation

Dès lors que l'on fait dépendre l'indemnisation d'un mécanisme de responsabilité, ce qui est le choix du législateur, vont se poser les problèmes qui font que, en d'autres matières, on s'en est écarté afin de favoriser l'indemnisation des victimes : problème de la procédure de mise en œuvre des droits (et en particulier de la charge de la preuve), problème surtout de l'imputation des accidents qui ne relèvent pas d'une faute. Comment donc la loi du 4 mars 2002 y pourvoit-elle ?

Il crée d'abord une procédure, des « commissions régionales de conciliation et d'indemnisation », compétentes pour tous litiges concernant la relation entre soignants et usagers, qui vont prendre en considération la plainte de la victime et lui donner une réponse dans un bref délai. Ainsi la victime se trouve-t-elle déchargée de la conduite de la procédure, libérée de la charge de la preuve. L'expertise est gratuite, le coût des procédures étant reporté sur l'instance qui assumera l'indemnisation.

Quant au fond, le droit de la victime est basé sur le seul fait de la gravité du dommage subi. La commission régionale de conciliation et d'indemnisation, constatant le fait du dommage, sa relation avec un acte médical et son caractère anormal, en répartira la charge entre l'assureur du responsable² et, en cas d'aléa thérapeutique, un « Office national d'indemnisation des accidents médicaux » créé *ad hoc* et essentiellement financé, au titre de la « solidarité », par l'assurance maladie. Elle pourra partager les frais entre les deux.

Tout cela est fort habile et décline les conséquences de la « démocratie sanitaire » précédemment instituée. Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation sont composées de magistrats, d'usagers et de professionnels. Ce ne sont pas des tribunaux. Elles visent à concilier. Elles n'ont pas à sanctionner les responsables, à les stigmatiser comme le fait un tribunal. On recherche des transactions, des partages de responsabilité entre ceux qui concourent au système de soins. Le texte prévoit même, notion nouvelle en droit, des responsabilités partielles. D'ailleurs, de quoi le malade pourrait-il demander la sanction ? N'a-t-il pas décidé des soins dont il se trouve être la victime ? Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation rendent des « avis », contraignants pour les payeurs, qui, sur leur base, feront une offre que la victime pourra ou non accepter. L'indemnisation se faisant en droit commun, de quoi la victime pourrait-elle se plaindre ? Les « avis » exprimeront en particulier l'opinion des usagers qu'ils auront contribué à formuler. La victime, certainement indemnisée, ne sera-t-elle pas désintéressée quant à savoir comment se fera *in fine* la répartition des charges ? S'il y a un responsable et s'il a été sanctionné ? Ingénieux, non ? L'œuf de Colomb en matière d'indemnisation. Les médecins voient reconnu le principe de la responsabilité pour faute, qui les protège, et ne fait plus l'objet de recours judiciaires ; les victimes sont toujours indemnisées sans procès. Qui pourrait se plaindre ?

Les écueils d'une procédure déresponsabilisante

On esquissera malgré tout quelques critiques. La procédure n'est simple qu'en apparence et pose de redoutables

problèmes quant au respect des droits des parties, victimes et responsables éventuels. L'institution des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation ne saurait les priver de se pourvoir devant les tribunaux de droit commun (par exemple, victimes qui refuseraient le statut d'usager de la « démocratie sanitaire », qui voudraient voir sanctionner l'auteur de leurs troubles ou qui chercheraient à maximiser le montant des indemnisations), au titre du droit d'accès effectif à un tribunal reconnu par la Convention européenne des droits de l'homme. Aussi bien risque-t-on de rencontrer des conflits entre l'avis des commissions d'indemnisation et les jugements des tribunaux. Leurs logiques – la conciliation entre des droits d'un côté, la sanction d'une responsabilité de l'autre – ne sont-elles pas profondément hétérogènes ? Et cela d'autant plus que les avis de ces commissions ne sont compétents qu'au-delà d'un certain seuil de gravité du dommage, en dessous duquel les victimes, pour être indemnisées, devront se tourner vers les tribunaux. Nouvelle cause de confusion. Au-delà, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation sont souveraines : on verra donc, selon les régions, des avis différents rendus sur des affaires similaires. Une commission nationale est bien créée pour « homogénéiser » l'application de la loi, mais elle n'a pas pouvoir d'appel. Que devient alors l'égalité devant la loi, un des droits de l'homme pourtant les plus fondamentaux ?

Au-delà, cette procédure non judiciaire risque bien, dans les faits, d'être déresponsabilisante ; elle n'encourage guère à la prévention. On concilie, on partage les responsabilités, on indemnise, et cela dans une ambiance de transaction où chaque corporation a son mot à dire. La responsabilité peut-elle s'accommoder de tels marchandages ? Comme l'indemnisation de la victime est acquise dans tous les cas, qu'elle ne dépend plus que de l'avis d'une commission qui n'a pratiquement qu'à en répartir la charge, sa logique pourra être plus gestionnaire que judiciaire. Au-delà, on crée une

obligation d'assurance des responsables, mécanisme dont l'effet est de séparer les dimensions morale et juridique d'une responsabilité dont on n'a plus à porter le poids financier. La loi peut bien parler de faute et de responsabilité, emprunter le langage des codificateurs de 1804, les mots n'ont plus le même sens. Ce sont des ersatz, des métaphores, des simili.

Enfin, n'est-il pas contradictoire que, dans la mesure où l'usager engage sa responsabilité dans les soins qu'il reçoit, on fasse porter à la solidarité la charge des accidents sans faute du médecin ? Ce qui veut dire qu'il s'agit d'une responsabilité sans sanction effective. En pleine responsabilité, il reviendrait à l'usager de se garantir contre les conséquences de ses choix, en ayant recours à l'assurance individuelle. En outre, la solidarité en question, c'est pour l'essentiel l'assurance maladie, ce qui signifie bien que la responsabilité est celle du système de soins. Fiction à nouveau que la responsabilité de l'usager.

Vers un État gestionnaire de tous les risques ?

Pouvait-on éviter ces complications, ces contradictions, ces perversions ? Y a-t-il des solutions alternatives ? Certainement. Si l'on croit effectivement à la notion de système de santé, il est conséquent de lui faire porter la charge des dommages causés : il a la maîtrise de l'offre. Il revient alors au système de soins d'assurer ses prestataires, les professionnels, pour leur responsabilité, l'intermédiation d'assurance permettant, par une expertise indépendante, d'organiser une véritable politique de gestion des risques et de prévention. C'est une solution proche de la réforme suédoise, où l'indemnisation des accidents médicaux est conçue

comme une assurance de responsabilité de l'ensemble du corps médical, s'engageant vis-à-vis de ses patients à mettre en œuvre les meilleurs soins possibles. Si, maintenant, on estime que le malade a une responsabilité dans les choix thérapeutiques, la sanction de cette responsabilité doit être une couverture d'assurance directe de la personne, comme les assureurs le proposent depuis dix ans³.

L'une ou l'autre de ces solutions serait beaucoup plus simple que celle qui nous est présentée, qui comporte tant de conséquences sur l'avenir de l'éthique médicale. Le précédent gouvernement n'y a pas recouru pour des raisons idéologiques. Idéologie contre l'assurance, d'abord, dont le métier est pourtant l'indemnisation : il faut prévenir toute intrusion de sa part dans la Sécurité sociale. Volonté, surtout, de construire la nouvelle figure politique du grand État sanitaire : l'État gestionnaire de tous nos risques, en particulier par le biais de la santé.

Ce texte a été rédigé bien avant la réforme récente des conditions d'assurance de la responsabilité civile médicale. Il a seulement été tenu compte des modifications apportées au projet de loi sur le droit des malades lors du débat parlementaire.

Notes

- 1. Il s'agit d'une garantie d'assurance de la personne destinée à la protéger en particulier contre les dommages qui ne peuvent être imputés à un « responsable ». Elle comprend une couverture des accidents médicaux, mutualisés avec d'autres accidents comme les accidents domestiques : ainsi les personnes victimes d'un même dommage sont-elles couvertes de la même manière. L'indemnisation se fait en droit commun.*
- 2. Le projet prévoit une obligation d'assurance pour tous les fournisseurs de soins.*
- 3. La proposition en avait été reprise par Laurent Fabius. La cotisation d'assurance personnelle s'élevait à 100 francs par famille et par an. Un dispositif avait été prévu pour financer les cotisations des personnes se trouvant sous un certain seuil de revenu.*

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIVÉS : L'ÉTAT DES LIEUX

Alain Coulomb

Délégué général, Fédération de l'hospitalisation privée

La qualité de la pratique des professionnels de santé a incontestablement évolué durant cette dernière décennie. Dans le cadre d'une politique de connaissance et de prévention de la sinistralité, la gestion en amont du risque telle qu'elle est déjà mise en place pour certaines spécialités se développe et reste la meilleure garante d'un assainissement du marché du risque RC médicale. Réaffirmant son rôle de premier plan dans une politique où prime l'intérêt des patients, l'hospitalisation privée va ainsi permettre, au 1^{er} janvier 2003, que les soins aigus en France, assurés pour 40 % par les cliniques privées (60 % de la chirurgie, 40 % de l'obstétrique), continuent à être garantis.

Dans son article 100, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a imposé à l'ensemble des professionnels de santé et aux établissements de soins – qu'ils soient publics ou privés – une obligation d'assurance, adoptée par le législateur dans l'objectif noble de garantir à la victime d'un accident médical fautif la solvabilité du responsable.

Au demeurant, nul ne contestera que l'ensemble des établissements de soins privés avait fait amende honorable en soumettant leur risque responsabilité civile professionnelle à une couverture assurancielle. Ainsi, avant même l'édiction de nouvelles exigences législatives, le secteur privé de la santé garantissait une solvabilité aux éventuelles victimes d'un accident médical fautif.

Les impératifs légaux sont venus désertier le marché de l'assurance responsabilité civile, retirant de fait toute possibilité au secteur privé de santé de garantir sa solvabilité dans l'hypothèse où l'une de ses composantes se serait rendue responsable d'un accident médical fautif.

On chiffre aujourd'hui entre 700 et 900 le nombre de cliniques privées de soins aigus (MCO) menacées de fermeture au 31 décembre 2002.

L'impasse dans laquelle se situe l'hospitalisation privée, qu'il s'agisse des établissements ou des praticiens libéraux qui y exercent, tient surtout à l'obligation d'assurer, mise à la charge des assureurs par le même texte législatif.

La réforme de la responsabilité civile médicale

Le 7 octobre 2002, une table ronde organisée par le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie a réuni les assureurs (Fédération française des sociétés d'assurances, Groupement des entreprises mutuelles d'assurances et Société hospitalière d'assurances mutuelles notamment), l'assurance maladie, les

représentants des établissements publics et privés (Fédération de l'hospitalisation privée avec Alain Coulomb et Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés) ainsi que les représentants des usagers, à réfléchir de concert à la problématique de l'assurance responsabilité civile (RC) médicale.

Les engagements politiques de Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, étaient clairs : « trouver des solutions équilibrées et raisonnables dans le respect de l'intérêt des malades », et modifier les règles de couverture assurancielle dans le temps tout en prémunissant l'absence de « trous de garantie ».

La crainte de la Fédération de l'hospitalisation privée concerne l'adéquation des dispositions du code de la santé publique avec celles du code des assurances au regard de la proposition de loi. En effet, à défaut d'une telle adéquation, les obligations des assureurs vis-à-vis des professionnels et des établissements de santé (définies par le Code des assurances) ne s'aligneraient pas sur celles des assurés vis-à-vis des patients potentiellement victimes (régies par le code de la santé publique). Cela constituerait alors un vide de couverture assurantiel quant au champ d'application et/ou à l'exercice de la garantie dans le temps.

■ Le régime des infections nosocomiales

Au terme de l'article 1^{er} de la proposition de loi sénatoriale, un partage de la réparation s'établirait entre assureurs et pouvoirs publics, via l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, qui prendrait alors en charge les infections nosocomiales pour les dommages dépassant un certain seuil de gravité (25 % d'IPP [Incapacité partielle permanente]). Dans ce cas, il est essentiel que le taux ne soit pas tranché strictement par ce texte mais défini en référence au nouvel article L 1142-1-II, second alinéa, du code de la santé publique. Il pourra ainsi s'aligner sur le taux prochainement fixé par décret et pour lequel

le chiffre de 25 % d'IPP ne constitue qu'un plafonnement légal du seuil de gravité.

Définir ces seuils de gravité de façon identique produit un très fort impact sur la compréhension du système, donc sur la sécurité juridique qui en découle pour l'ensemble des protagonistes, mais aussi sur la cohérence de l'application du texte.

Enfin, concernant la charge de la preuve de la faute, l'exclusion de toute action subrogatoire de l'office indique (à l'exception de l'hypothèse d'une faute) que la preuve de cette faute dans le cadre de cette action pèse sur l'office. En conséquence, au-delà du seuil de gravité de 25 % d'IPP, la présomption de responsabilité à la charge des établissements de santé tombe au profit d'une responsabilité pour faute dont la preuve pèse sur l'office national d'indemnisation.

S'agissant de la répétition des sommes versées par l'assureur en cas d'aggravation de l'état de la victime ou de décès (prise en compte dans le texte de la réforme pour les actions tant contentieuses que non contentieuses), il n'est prévu ici ni délai de répétition ni voie de réclamation pour ce recours au profit de l'assureur. Dans ses dispositions, la loi pourrait, le cas échéant, prévoir un décret d'application qui convienne des modalités d'un tel recours.

■ La garantie dans le temps

Cette mesure consistera à autoriser les assureurs à insérer dans leurs contrats des clauses visant à limiter la durée de leurs garanties.

Les sociétés d'assurances n'auraient plus à prendre en charge, comme le leur imposait la jurisprudence constante de la Cour de Cassation depuis 1990, les sinistres déclarés des années après la fin du contrat mais pour lesquels le fait générateur (la cause du dommage) s'est produit pendant sa validité. Selon la réforme envisagée, les contrats d'assurance fonctionneront en « base réclamation », c'est donc l'assurance au jour de la déclaration du dommage qui sera mise en œuvre et non celle du jour de sa réalisation.

Quant au report des sanctions pénales pour défaut d'assurance évoqué dans cet article, il est

indispensable que la date devant être prévue par le décret nommant le Bureau central de tarification (BCT) ne soit pas antérieure à la date de réalisation effective de la mission dudit BCT, et tienne ainsi compte des délais de contractualisation.

Telle qu'elle apparaît dans ce texte, la définition du sinistre en responsabilité civile médicale laisse craindre les dérives de son application en matière de plafonds de garanties. En effet, organisés par les assureurs dans les conditions de marché, ceux-ci tiennent compte cumulativement d'un plafond du montant des garanties par sinistre et par année.

Le fait de définir le sinistre comme « tout dommage ou ensemble de dommages (...) résultant d'un fait générateur ou d'un ensemble de faits générateurs ayant la même cause (...) et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations » fait craindre que le plafond de garantie « par sinistre » soit trop souvent opposable à l'assuré. La FHP propose une approche moins globalisante, avec si besoin est la suppression des termes « ensemble de dommages » et « ensemble de faits générateurs ».

La définition de la réclamation impliquera de la part des assurés une saisine plus en amont de leur assureur par rapport à la pratique actuelle, et ce dès l'information de l'existence d'une contestation, revendication, doléance ou du moindre grief de la part d'un usager du système de santé.

Quant à la base réclamation, selon laquelle « les sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité du contrat et qui sont imputables aux activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation », il est intéressant de constater que le fait générateur a toujours un impact sur la couverture assurancielles.

La garantie subséquente de cinq ans minimum prévue par le texte en cas d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties n'est pas en adéquation avec la prescription des poursuites de dix ans à compter de la consolidation de l'état de la victime qui sera opposée à l'assuré.

En tout état de cause et à la lecture de ces dispositions, un « trou de garantie » de cinq ans et plus (le « plus » correspondant à l'hypothèse

de retard ou d'absence de consolidation) pèsera sur les assurés.

Que dire des contentieux dont la première réclamation sera opposée à l'établissement après les cinq ans de subséquente ? Il est indispensable de prévoir cette hypothèse dans le texte de réforme afin que l'office couvre, au terme de cette subséquente, les contentieux dont la réclamation tardive viendra engager la responsabilité d'un établissement ayant cessé son activité depuis cinq ans, et dépourvu à ce titre de couverture assurancielles.

Le nouvel article L 251-2 du code des assurances prévu par la proposition de loi sénatoriale vient prohiber les clauses de reprise du passé connu au sein des contrats d'assurance responsabilité civile médicale. Une telle rédaction de l'article ne saurait s'abstenir de prévoir une définition du « fait connu » afin que l'on puisse déterminer s'il s'agit de la certitude ou de la potentialité d'une réclamation. Les engagements ne sont pas ici les mêmes pour l'assuré.

À titre d'exemple, un établissement de santé devra-t-il considérer la demande de communication du dossier médical comme un « fait connu » excluant le contentieux pouvant y être lié d'une reprise du passé par le nouvel assureur ?

S'agissant enfin de la pluralité d'assureurs en cas de multiplicité de contrats successifs, le texte prévoyant que la garantie mise en œuvre sera « en priorité » (et non automatiquement) celle du contrat en vigueur au moment de la première réclamation n'exclut pas la recherche d'un autre assureur dans l'hypothèse d'une carence du premier.

La proposition de loi règle son application dans le temps : elle prévoit la non-rétroactivité de la loi et son application immédiate aux contrats conclus à compter de cette date.

Aucune disposition ne prévoit cependant l'application dans le temps des dispositions du même texte relatives aux infections nosocomiales quant aux contentieux en cours et à venir qui y sont attachés.

Enfin, le texte de réforme règle le sort des contrats conclus antérieurement à sa date d'entrée en vigueur.

Les sinistres garantis sont ceux résultant d'un fait générateur survenu pendant la période de validité du contrat et dont la première réclamation est formulée dans un laps de temps compris entre l'entrée en vigueur de la loi et les cinq ans suivant la résiliation ou l'expiration du contrat.

L'office national d'indemnisation pourrait, dans cette hypothèse, garantir les professionnels et les établissements de santé pour cette part de sinistralité à peine de faire peser sur eux les conséquences des modifications des conditions du marché de l'assurance responsabilité civile médicale.

Reste que le délai nécessaire à l'adoption du projet de loi ne permettra pas un retour effectif des assureurs au 1^{er} janvier 2003. Bien que monsieur Jean-François Mattéi ait annoncé à l'Assemblée nationale le 8 octobre 2002 qu'« en tout état de cause, l'État prendra ses responsabilités », la FHP regrette qu'aucune décision sur des solutions provisoires n'ait fait l'objet de mesures de la part des pouvoirs publics. Car si les problèmes posés par les assureurs semblent trouver une réponse, si les conditions d'assurabilité parviennent à être remplies et si les prix sont fixés, quelque 700 contrats de cliniques et plusieurs milliers de contrats avec des médecins seront à refaire.

l'assurance et, le cas échéant, à l'appui de la saisine du « BCT privé » qui serait constitué au sein du GTAM. L'établissement demandeur devrait justifier de deux refus écrits de couverture assurancielle.

Selon la FFSA, le GTAM pourrait entrer en fonction dès la fin du mois de novembre 2002. Une centaine d'établissements de santé pourraient se trouver d'ici au 31 décembre 2002 dans la possibilité de contracter dans des conditions de marché, et le « *pool* assureurs » ne concernerait alors que les 600 établissements restants. Le GTAM a d'ores et déjà précisé qu'il ne jouerait aucun rôle dans la négociation des tarifs.

Il est aujourd'hui nécessaire que les établissements entrent dans une démarche active sur le marché, afin au mieux de bénéficier d'offres d'assurance et de contracter, à défaut de réunir les deux refus nécessaires à la saisine du « BCT privé » du GTAM.

Ce dernier annonce le recrutement d'un effectif de 8 personnes, l'élaboration d'un contrat type et d'un questionnaire qui pourront être soumis à la FHP pour avis. Les règles de fonctionnement du GTAM et la place respective de chaque assureur au sein de ce *pool* semblent définies.

Dans l'affaire de l'obligation d'assurance des centres de transfusion sanguine, la solution a été envisagée au 1^{er} décembre 1989 et était effective au 1^{er} janvier 1990. Cette option semble donc réalisable.

Le pool d'assurance

Il s'agirait d'un système temporaire établi pour une durée d'un an. Sa forme juridique est celle d'un Groupement d'intérêts économiques (GIE) dont la dénomination serait le Groupement temporaire d'assurance médicale (GTAM). Il fonctionnerait de façon résiduelle au profit des seuls établissements orphelins d'assurance RC médicale, qui doivent dans un premier temps faire appel au marché de

Le Bureau central de tarification

Le ministère de la Santé a confirmé l'adoption prochaine (début janvier 2003) des décrets de sa création, en application de l'article 100 de la loi du 4 mars 2002. Ils détermineront une date à compter de laquelle les sanctions pénales pour défaut d'assurance pourront entrer en vigueur.

La démarche qualité

Les établissements de soins privés insistent sur leur démarche qualité, caractérisée notamment par l'accréditation en vue d'une meilleure connaissance du risque et d'une gestion en amont de la sinistralité.

En conclusion, l'équilibre du marché de l'assurance responsabilité civile médicale et, surtout, les garanties offertes aux usagers du système de santé en termes de responsabilité dépendent de l'issue de ce texte de réforme.

Il est à craindre que toute insécurité juridique due à cette réforme engendre un recul des droits et des responsabilités des différents acteurs du système de santé.

3.

Les normes comptables

■ Pierre Picard

Un enjeu crucial pour les assureurs

■ Richard Bonfils

Les normes internationales : le référentiel IFRS

■ Jacques Le Douit

Le projet assurance de l'IASB : enjeux et alternatives

■ Michel Piermay

Pratiques actuarielles et évolutions comptables

■ Florence Lustman • Viviane Leflaive

*Normes IAS et assurance :
le point de vue du contrôle prudentiel*

■ Élie Cohen

Normes comptables et traduction des risques d'entreprise

■ Entretien avec

Bertrand Voyer, président du groupe Prévoir

UN ENJEU CRUCIAL POUR LES ASSUREURS

Pierre Picard

*Professeur à l'université Paris X-Nanterre (Thema)
et à l'École polytechnique*

Les projets de réforme des normes comptables actuellement en discussion préoccupent grandement les assureurs. Ils procèdent d'une volonté de l'*International Accounting Standard Board* (IASB) de définir des normes plus objectives, susceptibles d'améliorer la visibilité des investisseurs sur la rentabilité des activités d'intermédiation financière, mais aussi de mieux informer les régulateurs sur la solvabilité des opérateurs, qu'il s'agisse de banques ou d'assurances. Cette réforme devrait modifier profondément le périmètre des activités d'assurance, en définissant de manière stricte ce qu'est un contrat d'assurance et en rejetant dans l'ensemble des contrats financiers toutes les opérations qui concernent davantage la gestion de l'épargne que la couverture d'un risque bien défini. Cela concerne très directement la majeure partie de l'assurance vie en France. La réforme devrait aussi affecter de manière très importante les principes de valorisation des éléments de bilan, tant à l'actif qu'au passif, avec une unité de principe mais aussi une certaine hétérogénéité dans la pratique (au moins dans une phase transitoire). En effet, selon le cas, c'est soit la *fair value* qui s'impose, soit l'*entity specific value*, qui en est une sorte de substitut lorsque aucune valeur de marché ne peut être constatée (du fait précisément de l'absence d'un marché) : il convient alors d'estimer la valeur que représentent effectivement les actifs et les passifs par l'actualisation des échéanciers correspondants, en prenant en compte les divers scénarios envisageables, en les probabilisant, notamment par l'évaluation des corrélations qui leur sont propres et en déduisant un résultat moyen qui tient compte de la structure des coûts de l'entreprise.

Cette réforme aura des conséquences majeures pour les assureurs, qui peuvent à bon droit s'en

inquiéter. Leurs préoccupations tiennent d'abord aux bouleversements de la gestion actif-passif que ces nouvelles normes vont provoquer. Par exemple, le calcul des provisions techniques sera fortement affecté puisque le taux d'actualisation utilisé n'aura (en principe) plus de lien avec la rentabilité des actifs détenus pour la couverture des engagements correspondants. On passe d'une approche où la rentabilité d'une entreprise d'assurances résultait de l'addition des résultats associés à diverses lignes de risques, à une approche « bilantielle », où le résultat global n'est que la variation du bilan entre deux dates. Le résultat deviendra plus sensible aux aléas affectant la valeur de marchés des éléments d'actif et il sera donc plus volatil.

On comprend que ce projet de réforme préoccupe les assureurs car il modifie fortement la manière dont leur activité est retracée, en gommant la spécificité des entreprises d'assurances pour ne reconnaître que celle des contrats d'assurance, objets du projet de norme DSOP (*Draft of Statement of Principles*), et en soumettant la mesure de leur rentabilité et de leur solvabilité aux aléas des marchés.

Les arguments avancés par les uns et les autres sont multiples, et les controverses prennent parfois un tour passionné. Certaines pétitions de principe doivent être écartées pour porter l'attention sur les difficultés réelles auxquelles ces nouvelles normes pourraient conduire. On peut en effet regretter que la volatilité des marchés financiers conduise à une *fair value* des actifs et des passifs qui soit elle-même potentiellement très variable. Ce n'est pas, en soi, un argument qui justifie l'attachement à des valeurs historiques, aujourd'hui sans valeur avec la réalité des marchés. Toute la théorie de l'efficience

des marchés financiers repose sur l'idée que les prix des actifs reflètent toute l'information dont disposent les opérateurs. Même en cas de bulle financière, c'est bien la valeur courante qui reflète les anticipations des investisseurs. Que ces anticipations soient hautement instables est certainement regrettable, mais la réalité est ainsi faite et il serait inutile de faire mine de l'ignorer. Par ailleurs, les investisseurs réclament aujourd'hui (et pas seulement pour l'assurance) plus de transparence comptable pour plus de visibilité financière. Figurer des éléments d'actif ou de passif à des valeurs historiques n'est pas une réponse appropriée face à de telles exigences. Il serait donc absurde de nier que le débat sur les normes comptables s'inscrit dans un contexte où s'expriment des demandes plus fortes en matière de transparence et de pertinence des mesures de performance et de solvabilité.

Des difficultés majeures apparaissent toutefois. Certaines sont de nature technique et plusieurs articles rassemblés ici permettent de mieux les cerner. Comment par exemple mesurer une *entity specific value* d'une manière suffisamment objective pour qu'elle soit comprise et acceptée des investisseurs et des régulateurs ? Cette difficulté est d'autant plus grande qu'il existe une asymétrie d'information sur les risques d'actif ou de passif entre assureurs et investisseurs ou entre assureurs et régulateurs. Comment valoriser les options cachées incorporées dans les contrats d'assurance ? Peut-on distinguer aussi nettement les contrats d'assurance des contrats financiers ?

D'autres difficultés sont de nature économique et tiennent à l'effet des normes comptables sur le comportement des assureurs eux-mêmes. En particulier, il convient de s'interroger sur la portée des normes sur leur politique d'investissement et de placements financiers. Un enregistrement en valeur de marché pourrait inciter les assureurs à se tourner vers des investissements sans risque, ce qui aurait un effet particulièrement défavorable sur les marchés financiers. L'optimisation du rendement à court terme (à l'horizon du prochain arrêté) peut en effet devenir l'objectif majeur des gérants de sociétés

d'assurances, au détriment de prises de position plus stratégiques dont le bien fondé ne peut s'apprécier que sur le long terme. À l'inverse, on reproche parfois à la comptabilité en valeur historique de conduire à des prises de risques excessives, banquiers ou assureurs disposant alors d'une option de vente cachée et étant tentés de vendre des actifs avec plus-values latentes et de conserver les autres. De même, un lien entre le taux de rendement des placements et le taux d'actualisation des engagements pour le calcul des provisions incite à acquérir des actifs plus risqués pour réduire le montant de ces provisions. Ces divers effets des normes comptables sur le comportement des investisseurs doivent donc être sérieusement pesés.

Par ailleurs, et de manière plus fondamentale, on peut s'interroger sur la représentation de l'activité d'assurance qui est sous-jacente aux nouvelles normes. Celles-ci tendent à réduire une entreprise d'assurances à une juxtaposition d'éléments d'actif et de passif, chacun d'entre eux ayant une valeur de marché ou étant un substitut à celle-ci lorsque le marché n'existe pas. Le résultat comptable apparaît comme un sous-produit ultime, déduit de l'évolution du bilan entre deux arrêts. Cette représentation passe totalement sous silence ce qui fait la spécificité de l'intermédiation financière en général et de l'assurance en particulier, ainsi que la valeur ajoutée qui y est créée. Cette valeur ajoutée tient à la capacité d'entretenir des relations durables avec ses clients, de mutualiser les risques, de faire de l'autoassurance (c'est-à-dire d'étaler dans le temps les fluctuations des résultats techniques) et de fournir les services d'évaluation des risques, d'expertise des sinistres et de traitement des recours et des contentieux qui font l'activité quotidienne des assureurs. C'est bien cette gestion des risques qui est la substance même des activités d'assurance, et elle ne peut s'évaluer que d'un point de vue global, comme la gestion d'un ensemble d'activités étroitement imbriquées. Un système comptable qui ne permettrait pas d'évaluer et de quantifier cette valeur ajoutée ne pourrait être considéré comme satisfaisant. Finalement, dans le débat sur les normes comptables, c'est bien la spécificité de l'activité d'assurance qui est en jeu.

LES NORMES INTERNATIONALES : LE RÉFÉRENTIEL IFRS

Richard Bonfils

Directeur des comptabilités, AGF

Cet article présente les nouvelles normes internationales prévues pour l'assurance, en les comparant au référentiel français. Il s'appuie sur l'état des projets à la date du 30 septembre 2002 et, compte tenu des zones d'ombre qui demeurent, il inclut inévitablement une certaine part d'interprétation.

Le contexte

L'International Accounting Standard Board (IASB) est un organisme privé indépendant, financé par des contributions versées par des organismes professionnels comptables, des sociétés et des institutions financières ainsi que par des cabinets comptables et d'autres organismes. Il vise à développer un corps de règles comptables destiné à accroître la comparabilité des comptes, leur transparence et les possibilités de mesure de la performance. Dans cette perspective, il coopère avec les organismes nationaux comptables ou professionnels. Les normes comptables publiées par l'IASB (anciennement International Accounting Standard [IAS]) ont été rebaptisées International Financial Reporting Standard (IFRS).

Les projets de réforme des normes comptables ont franchi récemment plusieurs étapes importantes : en février 2001, la Commission européenne a proposé d'imposer l'adoption des normes IFRS à compter du 1^{er} janvier 2005 aux sociétés cotées – proposition approuvée par le Parlement européen en mars 2002 et par le Conseil des ministres européen en juin 2002. Les États membres auront la possibilité d'étendre

l'obligation imposée jusqu'à présent aux seules sociétés cotées (ou faisant un appel public à l'épargne à partir de 2007) aux sociétés non cotées.

■ Le cadre général

La cohérence du modèle comptable de l'IASB est définie par un *framework* qui en donne les principes généraux et doit être respecté par toutes les normes. En premier lieu, l'IAS 1 définit comme suit les notions d'actif et de passif :

- actif : ressources contrôlées par l'entreprise à la suite d'événements passés et dont elle s'attend à retirer des avantages économiques dans l'avenir ;
- passif : obligation actuelle de l'entreprise résultant d'événements passés dont l'extension devrait se traduire pour elle par une sortie de ressources représentatives d'avantages économiques.

Il est par ailleurs entendu que les états financiers doivent refléter la substance économique des événements et transactions, et non simplement leur forme légale.

L'ensemble des normes s'applique par nature d'opération à tous les secteurs d'activité, avec une norme spécifique pour les contrats d'assurance (par opposition à une norme pour les sociétés d'assurances comme c'est le cas aujourd'hui en France). Il en résulte trois conséquences tout à fait essentielles :

– les placements d’assurance sont régis par des normes « générales » concernant toutes les activités ;
 – tous les actifs et les passifs techniques d’assurance sont régis par la norme « contrat d’assurance » (y compris les provisions à la charge des réassureurs, les prévisions de recours...);

– les contrats concernés par la norme assurance doivent présenter un caractère « assurantiel » (assurance de dommages, survie, décès...) par opposition à un risque financier (contrat d’épargne, unités de compte, réassurance financière...). La position de l’assurance crédit reste ici à préciser.

Les principales normes concernant les groupes d’assurances					
Principales normes en vigueur		Principales normes en vigueur en cours de révision		Principales normes en projet	
	<i>Framework</i>	IAS 8	<i>Accounting policies, changes in accounting estimates and errors</i>	DSOP	<i>Insurance contracts</i>
				FTA	<i>First time applications</i>
IAS 7	<i>Cash flow statements</i>				
IAS 12	<i>Income taxes</i>	IAS 22	<i>Business combinations I et II</i>	SBP	<i>Share based payments</i>
IAS 14	<i>Segment reporting</i>	IAS 32	<i>Financial instruments : Disclosures and presentation</i>	PR	<i>Performance reporting</i>
IAS 16	<i>Property, plant and equipment</i>			C	<i>Consolidation and special purpose entities</i>
IAS 19	<i>Employee benefits</i>	IAS 30	<i>Disclosures in the financial statements of banks and similar institutions</i>		
IAS 27	<i>Consolidated financial statements</i>				
	<i>and accounting for investments in subsidiaries</i>	IAS 39	<i>Financial instruments : recognition and measurement</i>		
IAS 31	<i>Financial reporting of interests in joint venture</i>				
IAS 36	<i>Impairment</i>				
IAS 37	<i>Provisions, contingent liabilities and contingent assets</i>				
IAS 40	<i>Investment property</i>				

■ Les méthodes de valorisation

Les nouvelles normes envisagées prévoient des méthodes de valorisation des postes de bilan et de comptabilisation des variations de valeurs différentes selon les normes applicables, et qui s’appuient sur les concepts de *fair value*, *entity specific value* (assimilable à une *fair value* « partiellement adaptée à l’entreprise »), ou *amortized cost*. Ces concepts sont développés dans le glossaire joint à cet article, et dans le corps du texte en ce qui concerne leur application au calcul du passif des contrats d’assurance.

Les ajustements de valorisation sont constatés différemment selon les normes et les options

proposées au sein d’une même norme ; leur comptabilisation lors de la clôture est effectuée en résultat ou en capitaux propres.

Convergences et ruptures avec le référentiel français

Certaines normes IFRS sont proches du référentiel français existant ou suivent une évolution comparable. La première catégorie comprend des normes applicables quel que soit le secteur d’activité : il

s'agit des provisions pour risques et charges (y compris les provisions pour restructuration), des passifs sociaux et des impôts différés. Dans le second groupe, on trouve les normes spécifiques à la consolidation en cours de révision tant dans le référentiel français qu'au niveau international :

- la norme IAS 22 (*business combination*) devrait à terme conduire à une absence d'amortissement des *goodwills*, à l'introduction d'un test de dépréciation fondé sur les cash flows futurs et à la suppression de la mise en commun d'intérêts ;
- le chapitre 215 en France, également en cours de révision, devrait conduire aux mêmes dispositions.

Notons toutefois que les règles de consolidation des OPCVM ne sont pas identiques dans les deux référentiels :

- en France, la nouvelle méthodologie des comptes consolidés des groupes d'assurances prévoit une possibilité d'exclusion du périmètre de consolidation des OPCVM à condition que cela n'altère pas l'image fidèle des comptes ;
- d'après le SIC 12 (IAS 27), les *special purpose entities* font partie du périmètre.

Les difficultés pratiques sont ici multiples, qu'il s'agisse du traitement des variations d'intérêts, de celui des parts détenues en représentation des contrats en unités de comptes, de l'application des normes IFRS aux actifs détenus par les SPE (application de la norme IAS 39 : classement, valorisation, traitement des données, test d'*impairment*...).

D'autres normes marquent au contraire une profonde rupture avec l'approche française actuelle, particulièrement dans la spécificité qu'elles accordent à l'activité d'assurance, qu'il s'agisse de classification et de valorisation des actifs et des passifs, ou de la comptabilisation des variations de valeurs. Les actifs (notamment les placements d'assurance) et les passifs (provisions techniques...) sont abordés de la manière suivante (pour ce qui concerne l'immobilier, le référentiel IFRS distingue les immeubles de placement des immeubles d'exploitation).

Immobilier

Pour ce qui concerne les immeubles de placement (IAS 40), la valorisation est faite en *fair value* ou en *amortized cost*. L'option choisie est irréversible. Les immeubles d'exploitation (IAS 16) sont quant à eux valorisés en *amortized cost* ou selon la méthode de la *fair value* appliquée de façon ponctuelle mais fréquente. Dans les deux cas, la variation de valeur est comptabilisée en compte de résultat.

Instruments financiers

Les principes de valorisation des instruments financiers sont définis par les normes IAS 39 (*financial instruments : recognition and measurement*) et IAS 32 (*financial instruments : disclosures and presentation*). On distingue deux étapes, selon qu'il s'agisse de valorisation à l'entrée (*initial recognition*) – c'est-à-dire lors de l'acquisition du titre ou de la société, ou encore à la souscription –, ou qu'il s'agisse de valorisation aux arrêts suivants (*subsequent recognition*). Dans le premier cas, c'est le principe de *fair value* qui s'applique pour tous les instruments financiers, à l'actif comme au passif. Dans le second, la valorisation des instruments financiers dépend de leur classification. La notion d'instrument financier recouvre en fait un large périmètre qu'il convient d'analyser avec davantage de détails.

■ Les actifs financiers

◆ Placements

Lors des enregistrements post-entrée au bilan (*subsequent recognition*), les valeurs mobilières sont classées et valorisées selon l'objectif de détention. Les actifs financiers *held to maturity* (obligations,

prêts) sont valorisés selon le principe de l'*amortized cost* et la comptabilisation de la variation de valorisation est effectuée en compte de résultat. Les actifs financiers *available for sale* (actions, obligations, OPCVM non consolidées détenues par les sociétés mères...) sont valorisés à la *fair value* avec ici encore une comptabilisation de la variation de valorisation en résultat ou en situation nette selon une option ayant un caractère irréversible. Enfin, les actifs *trading* (c'est-à-dire les titres détenus à un horizon de court terme) sont valorisés à la *fair value* avec une comptabilisation de leur variation de valorisation en résultat.

◆ Produits dérivés liés aux placements

Cette catégorie d'actifs financiers concerne les dérivés « directs » (*call, swap, cap...*) et les dérivés dits « incorporés » (options de conversion en actions dans les obligations convertibles...). La valorisation s'effectue à la *fair value*, avec un enregistrement de la variation de valorisation en résultat.

La norme IAS 39 prévoit un principe de comptabilisation dérogatoire dans le cas où le produit dérivé est acquis dans un objectif de couverture et que l'entreprise est à même de le prouver : il s'agit des règles dites de *fair value hedging* et de *cash flow hedging* :

- le produit dérivé reste évalué à la *fair value* avec variation de valeur enregistrée en résultat ;
- en revanche, si l'élément couvert est un titre classé en *available for sale* avec contrepartie des variations de valeur en capitaux propres, exceptionnellement, dans le cadre de cette dérogation, la variation de valeur de l'actif sous-jacent peut être enregistrée en résultat, annulant plus ou moins celle de l'instrument de couverture.

Ces principes dérogatoires ne peuvent toutefois être appliqués qu'en faisant état d'une documentation significative permettant de vérifier la stratégie de couverture suivie et d'apprécier son efficacité : le rapport de la variation de l'élément

couvert sur la variation de l'élément de couverture doit être compris entre 80 % et 125 %.

Les dérivés dits « embarqués » (*embedded derivatives*) doivent être identifiés et séparés du contrat hôte, chaque élément devant suivre les règles de valorisation de leur catégorie. Dans le cas d'une obligation convertible, l'option de conversion en actions doit être valorisée en *fair value* avec impact en résultat (catégorie *trading*), et le contrat hôte, c'est-à-dire l'obligation, en *fair value* avec comptabilisation des variations de valeur en capitaux propres si telle a été l'option retenue pour ce type de titres. L'obligation de séparer le produit dérivé du contrat support n'est valable que si les composantes de ce produit et celles du contrat hôte ne sont pas « nettement et étroitement liées ».

Dans le cas où la distinction ne serait pas possible, l'ensemble du véhicule doit être traité comme un titre de la catégorie *trading*.

◆ Prêts et créances émis par l'entreprise

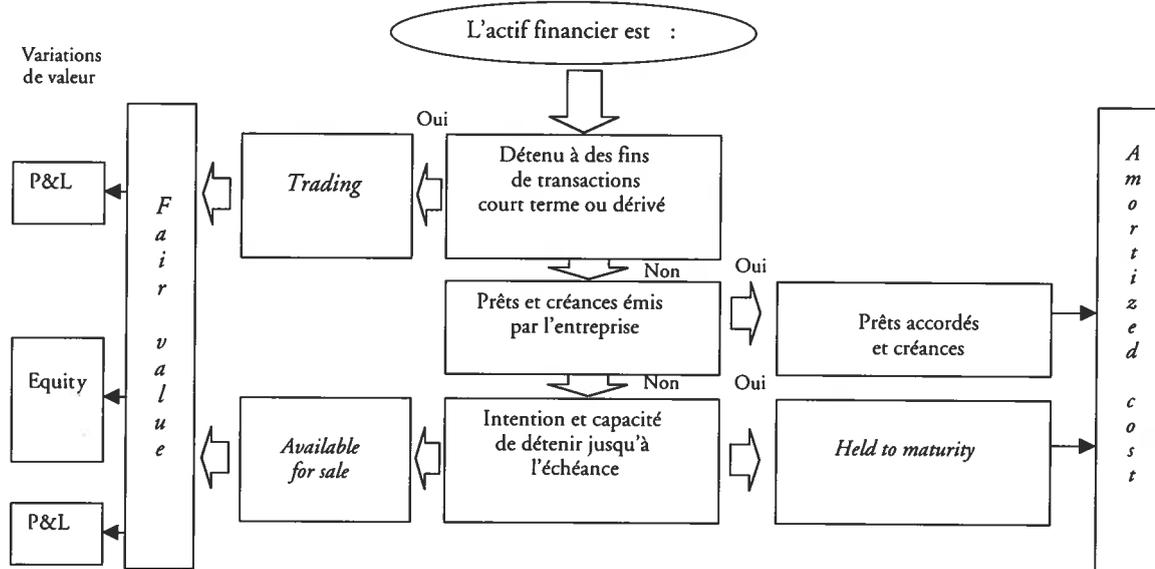
Il s'agit essentiellement, pour les sociétés d'assurances, des créances sur les agents, les assurés et des créances diverses non techniques et non fiscales.

◆ Dépréciation des actifs financiers

L'IAS 39 prévoit une dépréciation des actifs financiers lorsque la valeur comptable est supérieure à sa valeur recouvrable estimée, cette dernière pouvant être différente de la valeur de marché à la clôture.

Les provisions peuvent faire l'objet de reprises ultérieures par résultat lorsqu'elles deviennent sans objet. Cette possibilité est remise en cause par le projet d'amendement (voir ci-après).

Arbre de décision (actifs : *subsequent recognition*, valorisation aux arrêts postérieurs à l'acquisition)



■ Les passifs financiers

◆ Passifs non techniques (*subsequent recognition*)

Il s'agit des obligations émises par l'entreprise ou d'emprunts souscrits. La valorisation se fait en *amortized cost*, et la comptabilisation de la variation de valorisation en résultat.

◆ Passifs liés aux contrats d'assurance transférant principalement des risques financiers (*subsequent recognition*)

La norme IAS 39 concerne les contrats d'assurance qui présentent un risque principalement financier. Il s'agit notamment des *investments contracts* (contrats d'épargne en euros, unités de comptes sans contre-assurance, réassurance financière...).

En termes comptables, au bilan, les fonds collectés sont assimilés à des dépôts (au lieu des provisions techniques), et au compte de résultat,

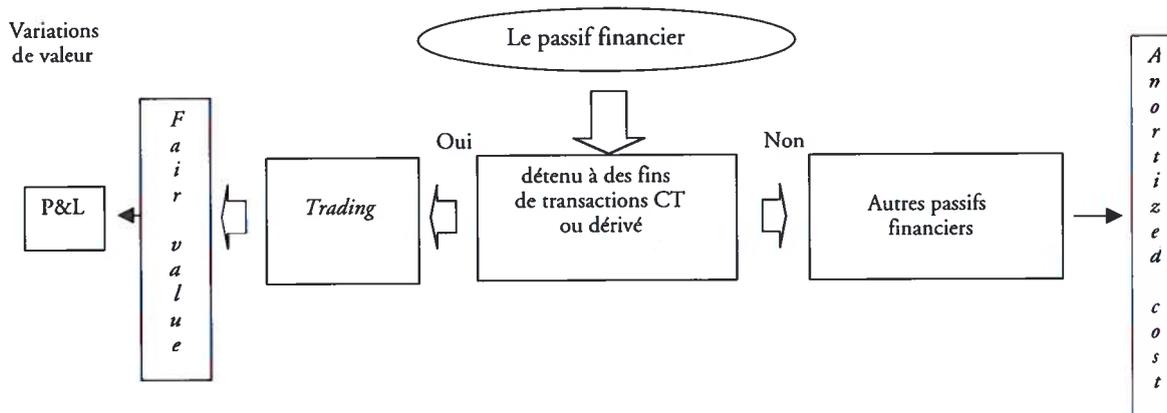
seule la marge dégagée sur ces contrats est enregistrée (au lieu des cotisations émises).

Ces contrats sont valorisés en *amortized cost* (dont les modalités de calcul, notamment celles relatives à l'appréhension de la participation aux bénéfices, ne sont pas définies). Leurs variations de valorisation sont enregistrées en résultat

◆ Dérivés liés aux contrats d'assurance

La norme traite en fait de l'ensemble des produits dérivés, avec les règles exposées ci-dessus. Il est néanmoins important de noter que le périmètre inclut *tous* les produits dérivés, qu'ils soient liés aux placements, à la dette, ou aux contrats d'assurance. On notera par exemple les mécanismes d'indexation en place dans certains contrats d'assurance : indexation d'un contrat de rente sur un indice non nettement et non étroitement lié au contrat support : CAC 40, SBF 120... De telles options incorporées doivent être isolées et valorisées comme un produit dérivé, c'est-à-dire à la *fair value*, avec une comptabilisation de la variation de valorisation en résultat.

Arbre de décision (passifs : *subsequent recognition*)



■ Le projet d'amendement IAS 32/39

La norme IAS 39 (*financial instruments : recognition and measurement*) et la norme associée IAS 32 (*financial instruments : disclosures and presentation*) ont récemment fait l'objet d'un projet de révision. Les principales modifications proposées touchant les groupes d'assurance portent sur :

- la possibilité d'évaluer tout actif financier ou passif financier en *fair value*, avec enregistrement des variations de valeur en résultat, indépendamment de l'intention de détention de la société. L'objectif est de permettre de tendre vers le modèle de *full fair value* prôné par le *Joint Working Group* (JWG) comme modèle cible du référentiel IFRS.
- L'introduction dans les possibilités de dépréciation des actifs de la prise en compte d'une baisse prolongée des cours de bourse.
- La suppression de la possibilité de reprendre les provisions sur titres « *available for sale* » devenues sans objet.

Projet de norme sur les contrats d'assurance

Ce projet s'applique aux contrats d'assurance présentant un risque d'assurance suffisant. Cette approche se justifie par la difficulté de définir une notion

d'entreprise d'assurances qui serait appliquée de façon homogène dans chaque pays, par la volonté d'appliquer cette norme quel que soit le secteur d'activité de l'entreprise et, enfin, par le souhait de respecter le cadre du *framework*, dont l'objectif est de privilégier la substance des contrats sur leur forme.

Le projet de normes *Draft Statement of Principles* (DSOP) est actuellement en cours de discussion. Compte tenu du retard, la norme définitive ne devrait être appliquée qu'après 2005.

La situation des sociétés d'assurances est donc particulière, car celles-ci détiennent à la fois des contrats entrant dans le champ d'application de l'IAS 39 – norme dans laquelle la valorisation des contrats d'assurance n'est pas détaillée – et des contrats faisant partie du périmètre de la norme sur les contrats d'assurance qui n'est qu'à l'état de projet (DSOP).

■ L'approche du DSOP

La norme DSOP actuellement en discussion concerne :

- les contrats présentant un risque significatif d'assurance (vol, dommages aux biens, responsabilité civile, assurance décès, rentes en cours de service, invalidité, santé, assistance voyage, certains contrats sur indices climatiques ou géologiques, ainsi que les activités de réassurance...);

– tous les postes techniques de bilan liés aux opérations d'assurance (les provisions techniques au passif, les parts des réassureurs dans les provisions techniques, les frais d'acquisition reportés et les prévisions de recours à l'actif).

Au moins un des trois éléments suivants doit être incertain à la souscription :

- la survenance de l'événement spécifié au contrat ;
- le moment où cet événement est susceptible de survenir ;
- le montant que l'assureur devra verser si l'événement survient.

De plus l'événement affectant l'assuré doit avoir une incidence significative sur la valeur des flux futurs résultant du contrat existe.

La norme exclut notamment :

- les contrats qui n'exposent pas l'assureur à un risque d'assurance, ceux qui retransmettent tous les risques significatifs à l'assuré (par l'intermédiaire des mécanismes de participation aux bénéfices par exemple...);
- les garanties financières mesurées à la *fair value* ;
- l'autoassurance...

Les *bundled contracts*, regroupant plusieurs types de contrats avec une composante assurance significative et une composante financière non assimilable à un produit dérivé, ne devraient pas être séparés mais appréhendés comme des contrats d'assurance.

■ Valorisation des passifs

L'approche est qualifiée d'actif-passif par opposition à une démarche résultat : il n'y a plus de principe de dégagement des pertes ou gains au cours de la vie du contrat avec adossement des produits et des charges comme dans l'approche dite « *deferral and matching* ». Au contraire, les pertes et gains latents sont constatés dès la souscription avec prise en compte d'une notion de risques et incertitudes. Les passifs d'assurance sont évalués sur la base de l'*entity specific value* tant que l'IAS 39 reste en l'état. Le principe de *fair value* devra être appliqué en cas d'évolution de cette norme qui tendrait vers un modèle de *full fair value*. Le tableau 1 résume les différences entre ces deux approches.

<i>Entity specific value et fair value</i>		
	<i>Entity specific value</i>	<i>Fair value</i>
Approche	Approche stochastique	
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Projection des cash flows futurs selon chaque scénario possible ♦ Affectation d'une probabilité de réalisation à chaque scénario intégrant un ajustement pour risques et incertitudes 	
Hypothèses ♦ Mortalité, lois de chute...	De l'assureur, fondées sur les caractéristiques du portefeuille actuel	Du marché, fondées sur les caractéristiques du portefeuille actuel
Frais généraux	Niveau de frais de l'assureur	Niveau de frais que le marché attendrait pour gérer ce type de portefeuille
Risques et incertitudes ♦ Profil de risques ♦ Aversion au risque	Appréciation par l'assureur	Appréciation par le marché
Taux d'actualisation	Rendement financier avant impôt des actifs sans risque. L'évaluation des passifs d'assurance est indépendante de la structure de l'actif de la société d'assurance et de ses rendements (sauf cas des contrats participatifs)	

Mis à part le cas des contrats participatifs (*performance linked contracts*), envisagés ci-dessous, l'évaluation des passifs d'assurance est donc indépendante de la structure de l'actif de la compagnie et de ses rendements.

Les *cash flows* futurs intègrent tous les flux futurs liés aux contrats en portefeuille : les cotisations, les prestations intégrant des hypothèses de rachats, les frais, les recours... La réassurance ne doit pas être intégrée dans ces flux : ceux-ci continuent à être appréhendés séparément à l'actif. Néanmoins, la quote-part des engagements à la charge des réassureurs doit être estimée sur la base des principes de valorisation du DSOP.

Les options contenues implicitement dans les contrats en faveur de l'assuré (prorogation avec un taux de garantie significatif, possibilité de renouveler le contrat à des tarifs intéressants...) doivent être évaluées à la *fair value*.

Les marges ou les pertes sur la production nouvelle sont constatées en résultat dès la souscription et individualisées en tant que telles dans le compte de résultat.

Les variations de valeur sur les productions antérieures, qu'elles soient dues à des changements d'hypothèses par rapport au contexte ou à des corrections d'erreurs, sont enregistrées en résultat et clairement identifiées.

Des postes du bilan disparaissent en tant que tels : il s'agit de la provision d'égalisation, des frais d'acquisition reportés...

■ Cas spécifique des contrats participatifs

Les *performance linked contracts* sont aussi bien des contrats avec clause de participation aux bénéfices vie (contrats d'épargne) que non-vie (flottes automobiles avec clauses spécifiques), qui contiennent un risque d'assurance suffisant.

Pour les contrats entrant dans le champ du DSOP et dont la participation aux bénéfices est liée à la rentabilité des actifs, le projet de norme prévoit à ce jour dans le chapitre 7 d'estimer les passifs en deux temps :

– la première étape consiste à évaluer le passif minimum garanti sur la base des méthodes stochastiques prônées pour l'ensemble des contrats entrant dans le périmètre du DSOP.

– la seconde consiste à valoriser l'actif en regard sur la base de l'intention de détention suivant les catégories de l'IAS 39.

– la différence entre la valeur de cet actif et le montant du passif minimum garanti est partagée entre l'assureur et l'assuré sur la base des obligations, tant réglementaires que constructives, de l'assureur (obligation de fait issue des contraintes de marché...).

C'est le seul cas dans lequel la valeur des passifs dépend de la structure des actifs de la société d'assurance.

■ Quelques points particuliers

◆ Les dérivés climatiques

Selon leurs caractéristiques, ces produits entrent soit dans le champ du DSOP, soit dans celui de l'IAS 39. Trois catégories sont distinguées :

– les contrats prévoyant une indemnisation si l'assuré subit un dommage du fait d'un certain niveau atteint par le sous-jacent climatique, géographique ou fondé sur toute autre variable physique ;

– les contrats prévoyant un paiement en fonction du niveau atteint par le sous-jacent climatique, sans avoir pour condition que l'assuré subisse un dommage lié à l'évolution du sous-jacent. Néanmoins, l'assuré utilise bien ce produit en couverture d'un risque ;

– les contrats présentant les mêmes caractéristiques que dans la deuxième catégorie mais où le détenteur n'est pas exposé au risque climatique en question.

Seule la première catégorie de contrat serait qualifiée de contrat d'assurance. Les deux suivantes entreraient dans le champ d'application de l'IAS 39.

◆ L'assurance crédit

Elle fait l'objet de nombreux développements dans le DSOP, qui excluent explicitement les

garanties financières mesurées à la *fair value*.

La norme IAS 39 prévoit actuellement d'exclure de son champ d'application les garanties financières générant un remboursement de la créance en cas de défaillance du débiteur (à condition que le contrat ait prévu que le créateur reste en risque sur toute la durée du contrat). Ce traitement est toutefois remis en cause par le projet d'amendement de l'IAS 39. L'assurance crédit ne serait plus assimilée à une activité d'assurance, ce qui pourrait avoir pour incidence la requalification de l'activité en garanties financières et l'absence de comptabilisation des cotisations en chiffre d'affaires.

Des problèmes majeurs non résolus et leurs conséquences

La mise en pratique de ces nouvelles normes comptables posera des problèmes de divers ordres qu'il s'agisse des difficultés de la transition de l'ancien système vers le nouveau ou des conséquences des normes sur le calcul et la présentation des résultats.

■ La période transitoire

Les entreprises assujetties devront appliquer l'ensemble des normes IFRS en vigueur à partir de 2005, et donc convertir leurs comptes dans le référentiel IFRS la même année, alors que d'une part, l'application de la norme IAS 39 nécessite des *guidances* (précisions concernant les produits concernés et leur *measurement*...) et, d'autre part, la norme sur les contrats d'assurance ne sera pas encore applicable à cette date.

Dans ce contexte, l'IASB a reconnu la nécessité de définir des dispositions transitoires applicables jusqu'à ce que la norme définitive sur les contrats d'assurance soit publiée : il s'agit de la phase I. La

norme définitive devant être établie ultérieurement (phase II).

La phase I consisterait dans un premier temps à définir la notion de contrat d'assurance (certains aspects pouvant être révisés en phase II).

La difficulté réside dans :

- les délais impartis pour la phase I ;
- la nécessité de disposer de principes cohérents avec les règles qui ne seront définies pour les contrats d'assurance qu'en phase II ;
- les difficultés rencontrées pour définir des standards de *measurement* complexes, et pour lesquels le consensus sera sans doute long à atteindre.

Certains éléments comme la provision d'égalisation disparaîtraient dès la période transitoire.

■ Conséquences des normes en termes de présentation et de résultat

◆ Structure de bilan

La notion de placement d'assurance disparaît. Elle est partiellement remplacée par des instruments financiers classés selon l'intention de détention. Cette notion d'instruments financiers est très large puisque, en plus des actions et des obligations, elle englobe les créances diverses (hors fiscalité), les produits dérivés, les emprunts, les contrats d'assurance ayant des caractéristiques financières significatives... Par ailleurs, les provisions actuelles d'assurance sont réparties en deux groupes. Le premier rassemble les passifs d'assurance, c'est-à-dire les contrats d'assurance incorporant un niveau de risque suffisant. Ces passifs sont valorisés selon la méthode des cash flows futurs et actualisés avec un taux sans risque (hors contrats participatifs) : les provisions non-vie sont, de ce fait, actualisées et intègrent tous les postes techniques d'actifs et passifs du référentiel français (hors réassurance) : FAR, provisions de recours... Le deuxième groupe entre dans la

catégorie des instruments financiers. Les contrats d'assurance essentiellement composés de risques financiers disparaissent donc du périmètre de l'activité d'assurance (en terme de chiffre d'affaires et de provisions techniques), les engagements étant assimilés à des dépôts. Au total, la distinction entre vie et non-vie disparaît !

◆ Résultat

Ici encore, les nouvelles normes comptables ont des implications majeures :

- tous les engagements (vie et non-vie) sont actualisés ;
- les gains ou pertes sur contrats sont pris en compte dès la souscription... mais un ajustement pour risques et incertitudes est enregistré ;
- les actifs sont valorisés en *fair value* avec incidence sur le résultat ou la situation nette ;
- la volatilité des résultats s'accroît ;
- le volume d'activité (chiffre d'affaires et provisions mathématiques) pour les *investment contracts* est transformé ;
- les outils de mesure de performance sont modifiés.

Compte tenu de la disparition de la notion de placement d'assurance, de la séparation des produits d'assurance entre risque assurance et risque financier, des différentes modalités de valorisation des actifs et des passifs et de modes de

comptabilisation des variations de valorisation, de nombreuses questions restent donc posées.

■ D'importants travaux à réaliser

L'établissement de compte en normes IFRS en 2005 nécessitera la présentation de comptes Proforma au titre de l'exercice 2004. À cet effet, le bilan d'ouverture 2004 (1^{er} janvier 2004) correspondant au bilan de clôture 31 décembre 2003 devra être retraité selon les normes IFRS.

Les classements et les modalités de retraitement concernant les contrats d'assurance et l'activité d'assurance reclassée en instruments financiers doivent être précisés. Cette question est d'ailleurs déjà largement débattue dans divers groupes de travail de la profession. Des circuits de collecte de l'information et des systèmes de traitements de ces données devront être mis en place. Enfin, et ce n'est pas une difficulté mineure, les systèmes informatiques techniques et comptables nécessiteront des adaptations importantes afin de prévoir et d'automatiser au maximum les différentes valorisations à effectuer dans un système multinormes, pour établir les comptes selon les contraintes de clôture.

Ce texte a été réalisé avec la collaboration de Francine Morelli (KPMG).

Glossaire

<i>Held to maturity</i>	Peuvent être classés dans la catégorie <i>Held to maturity</i> (HTM), les titres que la société souhaite conserver jusqu'à leur échéance. L'entreprise doit pour cela avoir non seulement la volonté mais aussi la capacité de porter ces titres à maturité. Les conditions de classification dans cette catégorie sont strictes (reclassification avec impact P & L en cas de cession d'un titre).
<i>Trading</i>	Cette catégorie contient tous les produits dérivés et les titres détenus à des fins de transactions à court terme.
<i>Available for sale</i>	Tout titre disponible à la vente et n'entrant dans aucune des deux autres catégories.

<i>Fair value</i> ou juste valeur	Montant pour lequel un actif pourrait être échangé, ou un passif réglé, entre des parties bien informées et consentantes dans le cadre d'une transaction effectuée dans des conditions de concurrence normale.
<i>Entity specific value</i>	<i>Fair value</i> adaptée aux spécificités de l'entreprise pour certains éléments, tels les frais généraux. D'autres hypothèses, comme les taux d'actualisation, sont en revanche communes aux deux méthodes de valorisation.
<i>Amortized cost</i>	Montant auquel l'actif ou le passif a été évalué lors de sa comptabilisation initiale : – diminué des remboursements en capital et majoré ou diminué de l'amortissement cumulé de toute différence entre ce montant initial et le montant à l'échéance ; – et diminué de toute réduction pour dépréciation ou non-recouvrabilité (opérée directement ou par le biais d'un compte de correction de valeur).
<i>Fair value hedging</i>	Méthode de comptabilisation du sous-jacent couvert par un produit dérivé dans le cadre d'une stratégie de couverture de la valeur d'un instrument : le produit dérivé est valorisé en <i>fair value</i> avec impact P & L (<i>trading</i>) et le sous-jacent également, à condition de respecter les impératifs de documentation de la stratégie et d'efficacité de la couverture.
<i>Cash flow hedging</i>	Méthode de comptabilisation des variations de cash flows de la transaction couverte. Seule la part inefficace de la couverture est enregistrée en résultat.
<i>Full fair value</i>	Modèle proposé par le <i>Joint Working Group</i> (groupe de travail IAS), qui consiste à valoriser l'ensemble des actifs et des passifs à leur <i>fair value</i> .
<i>Embedded derivatives</i> et notion de « nettement et étroitement liés »	Les <i>embedded derivatives</i> concernent des produits dérivés cachés dans des contrats hôtes. L'exemple le plus courant est celui des obligations convertibles : obligations couplées à une option de conversion en action. Le dérivé embarqué doit être séparé et comptabilisé suivant les dispositions de la norme IAS 39, sauf s'il est nettement et étroitement lié au contrat support, ce qui est le cas si ce dernier et les paramètres implicites du dérivé ont des caractéristiques communes. Dans le cas d'un contrat support dette, ces paramètres communs seraient le taux d'intérêt, l'inflation, le risque de crédit.
<i>Bundled contracts</i>	Il s'agit de contrats regroupant plusieurs types de contrats ou de garanties dont certains pourraient entrer dans le champ de norme sur les contrats d'assurance, d'autres dans le champ de l'IAS 39 à cause de leur composante financière ou optionnelle (dérivés).
<i>Deferral and matching</i>	L'approche <i>deferral and matching</i> consiste à respecter le principe d'adossement des produits et des charges qui sous-tend les référentiels French GAAP et US GAAP et conduit par exemple à la constitution de frais d'acquisition reportés. Le schéma proposé par le projet de normes sur les contrats d'assurance est fondé sur une approche <i>asset and liability</i> , qui conduit à reconnaître dès la souscription les pertes et gains latents, toutefois minorés par la prise en compte des risques et incertitudes liés à leur évaluation.
Ajustement pour risques et incertitudes	Il s'agit de prendre en compte dans la valorisation des engagements les risques et incertitudes liés à la projection des flux futurs. Le projet de norme indique que cet ajustement doit en priorité être pris au niveau de l'estimation des cash flows futurs et, en dernier ressort, au niveau des taux d'actualisation. Il n'existe pas d'instructions précises sur les modalités de calcul de cet ajustement.

LE PROJET ASSURANCE DE L'IASB : ENJEUX ET ALTERNATIVES

Jacques Le Douit

Directeur recherche et développement comptable, AXA

Le projet de l'International Accounting Standard Board (IASB) repose sur une approche qui se veut novatrice mais qui reste théorique et difficile à mettre en œuvre. Ne prenant pas en considération les fondamentaux du métier d'assureur, il porte en germe le risque d'induire une modification dans la façon de gérer l'activité et va à l'encontre du rôle de stabilisateur à long terme assigné à l'assurance. Face à ce projet, les assureurs proposent d'améliorer le modèle comptable appliqué quasi généralement et de renforcer les informations à publier en annexe.

L'assurance constitue l'un des domaines d'activité pour lesquels il n'existe pas encore de norme comptable internationale. En 1998, l'International Accounting Standard Committee (IASC) a lancé un projet de norme assurance pour pallier cette lacune. Le Steering Committee, chargé de sa mise en œuvre, a eu pour démarche non pas de partir des référentiels nationaux existants et d'en dégager les meilleures solutions (les *best practices*), mais de créer un standard entièrement nouveau.

Cette démarche novatrice était justifiée aux yeux de certains par l'idée *a priori* qu'aucune des normes existantes n'était satisfaisante, soit parce qu'elles avaient été édictées pour des besoins de surveillance prudentielle et non pour l'information financière générale des investisseurs (en Europe continentale par exemple), soit parce qu'elles étaient la juxtaposition, sans cohérence d'ensemble, de normes édictées à des époques successives pour tenir compte de l'évolution des produits d'assurance (notamment aux États-Unis), soit encore parce qu'elles constituaient une « boîte noire » (pour les Lloyd's¹ en particulier). Dans tous les cas, aucune des normes existantes n'était considérée comme compatible avec le *framework*

de l'IASB, pour la simple raison qu'elles étalent les résultats et reconnaissent au bilan des éléments n'ayant la qualité ni d'actifs ni de passifs.

Le chantier entrepris a débouché à la fin 2001 et au début 2002 sur un document de travail, appelé « Draft of Statement of Principles » (DSOP), qui remet en cause les principes comptables largement reconnus et maîtrisés tant par les préparateurs des comptes, le management des sociétés et leurs auditeurs, que par les utilisateurs des états financiers, investisseurs, analystes, assurés et superviseurs d'assurance.

Que propose le DSOP ?

Selon le DSOP, la future norme *International Financial Reporting Standard* (IFRS) devrait concerner les contrats et non les entreprises d'assurances, en conformité avec l'approche des normes IAS, qui traitent d'opérations (à l'exception de certaines d'entre elles qui s'intéressent à l'information à publier).

■ Définition des contrats d'assurance

Les contrats d'assurance sont définis par le DSOP comme les contrats couvrant un risque d'assurance, c'est-à-dire un événement aléatoire affectant défavorablement l'assuré. Sont compris dans les risques d'assurance ceux liés à la vie humaine (viager, morbidité, invalidité) et ceux qui correspondent à la survenance d'accidents, d'événements naturels, ainsi que les risques de responsabilité pour les dommages causés aux tiers. En revanche, sont exclus les risques de nature financière – de taux, de cours, de crédit (défaut de la contrepartie), de change, etc.

Pour évaluer si le risque est suffisant pour qu'un contrat entre dans la catégorie des contrats d'assurance, le DSOP propose non pas d'instituer des règles quantitatives, mais de vérifier s'il existe une possibilité raisonnable que l'événement couvert entraîne un changement significatif dans la valeur actuelle des flux de trésorerie futurs de l'assureur. Ce changement est à apprécier en tenant compte de la probabilité et de la magnitude de l'événement.

Les contrats vendus par les assureurs qui ne comportent pas ou pas suffisamment de risque d'assurance seraient considérés comme des produits d'épargne, c'est-à-dire comme des instruments (passifs) financiers ; ils ne seraient pas du ressort de la future IFRS assurance mais relèveraient de la norme sur les instruments financiers IAS 39. En France, ce serait une très grande majorité des contrats d'assurance vie qui seraient exclus de l'IFRS assurance. Le sont également les placements effectués par les sociétés d'assurances qui ressortissent soit à IAS 39 (placements financiers), soit à IAS 40 (placements immobiliers).

■ Une approche bilan prospective

En matière de comptabilisation, le DSOP propose une approche bilan actif/passif qui met au second plan le résultat. Devraient être reconnus les

actifs et les passifs au titre des contrats d'assurance remplissant les conditions du *framework*. Le résultat ne serait que la différence entre les bilans de début et de fin de la période écoulée.

En matière d'évaluation, le DSOP retient une approche prospective et se place dans la perspective de la *full fair value*. Les passifs au titre des contrats d'assurance, c'est-à-dire les provisions techniques, devraient être évalués sur la base d'une valeur de marché dans le cadre d'une transaction entre l'assureur et un tiers autre que le souscripteur du contrat d'assurance².

■ Fair value ou entity specific value

Comme les contrats d'assurance ne font pas l'objet d'un marché (encore faudrait-il que les assureurs soient autorisés à transférer librement leurs obligations auprès de tiers, ce qui n'est quasiment jamais le cas sauf en réassurance), le DSOP propose, conformément aux travaux du Financial Instruments Joint Working Group of Standard Setters (FIJWG), de retenir une valeur de marché calculée par recours à des modèles internes de valorisation. Et dans la période intermédiaire, tant que dure le modèle mixte valeurs historiques/valeurs de marché de la norme IAS 39, il suggère de recourir à l'*entity specific value* (ESV), qui est une approximation de la *fair value* (FV).

L'ESV est définie par le DSOP comme la valeur qu'ont les actifs ou passifs pour l'entreprise qui les porte. L'ESV des passifs d'assurance devrait correspondre à la valeur attendue (*expected value*)³ des coûts que l'assureur devra supporter pour s'affranchir de ses engagements vis-à-vis de l'assuré ou des bénéficiaires du contrat. L'assureur est censé porter ses engagements jusqu'à leur terme. Pour déterminer l'ESV, il peut intégrer des éléments reflétant des informations qui ne sont connues que de lui ou qui ne sont pas pertinentes pour les autres opérateurs du marché. Ainsi, le montant des provisions techniques correspondrait à la valeur actuelle des flux de trésorerie futurs. Mais, plutôt

que de retenir le montant le plus probable en termes de flux et d'échéance (approche déterministe), le DSOP préconise de prendre en compte la moyenne, pondérée par leurs probabilités, des résultats déterminés à l'aide de modèles stochastiques (qui consistent à dérouler un très grand nombre de scénarios possibles en faisant jouer les corrélations entre les différents facteurs et paramètres).

Dans le cas de la FV, les *cash-flows* futurs seraient ceux que le marché déterminerait pour un portefeuille de contrats similaires en reflétant l'efficacité moyenne des opérateurs sur le marché pour gérer ce type de risques. Avec l'ESV, les *cash-flows* seraient déterminés par l'entreprise en tenant compte des paramètres propres à son portefeuille et à sa structure de coûts (reflétant sa propre efficacité).

En revanche, le DSOP estime que, quelle que soit l'approche (FV ou ESV), les provisions d'assurance doivent être systématiquement actualisées et déterminées de façon indépendante des actifs qui sont affectés à leur couverture. En conséquence, le taux utilisé pour actualiser les provisions techniques n'est pas le taux de rendement des actifs détenus, mais le taux sans risque demandé par le marché pour des dettes de même échéance et dans la même monnaie. Au montant ainsi calculé devrait être ajoutée une marge pour risque compte tenu des incertitudes inhérentes à l'activité d'assurance. Cette marge devrait refléter l'aversion du marché au risque et non celle propre à l'entreprise, c'est-à-dire correspondre au montant que le marché demanderait pour assumer les risques de l'assureur (*market value margin*).

Le propre risque de crédit de l'entreprise devrait être intégré dans l'évaluation de la *fair value* de ses passifs, comme dans une transaction à conditions de marché. Ce serait donc le cas des provisions d'assurance, dont le montant serait d'autant plus élevé que l'entreprise est solvable et inversement, bien que cette logique poussée jusqu'à l'absurde soulève une quasi totale

opposition. En revanche, dans l'approche ESV, l'assureur étant censé honorer ses engagements vis-à-vis des assurés jusqu'à leur terme, son propre risque de crédit n'a plus lieu d'être considéré.

Le DSOP aborde des problèmes particuliers

L'évaluation des provisions doit se faire par portefeuille de contrats similaires (base de la technique de mutualisation), alors que l'existence du risque d'assurance s'apprécie contrat par contrat.

Ce sont les contrats en portefeuille qui doivent être considérés, à l'exclusion non seulement des contrats futurs mais aussi des renouvellements de contrats. Par exception, les renouvellements seraient à prendre en compte dans la mesure où l'assuré détient sur l'assureur une option de renouvellement ayant une valeur potentielle (cas d'une possibilité de renouvellement à un tarif prédéterminé, par exemple) ou si l'option devait se traduire par une augmentation de l'engagement de l'assureur.

Divers contrats ont une double composante assurancielle et financière ; le DSOP proscrit la comptabilisation séparée de ces éléments dont la frontière n'est pas établie clairement et dont la séparation serait sans utilité en cas de *full fair value*. Il existe dans plusieurs contrats des options implicites ; le DSOP demande que les options « en dehors de la monnaie » soient reconnues et valorisées explicitement en utilisant des modèles (du type Black and Scholes). Certains contrats comportent des dérivés cachés non directement liés au contrat lui-même ; contrairement à IAS 39, qui exige que ces dérivés cachés soient reconnus séparément et évalués en FV, le DSOP propose de ne pas les séparer du contrat hôte (comme pour le point précédent, si les contrats d'assurance sont évalués en FV, il n'y a pas non plus d'utilité à séparer les dérivés cachés).

■ Les contrats en unités de compte et les contrats spécifiques

Pour les contrats en unités de compte (*unit linked contracts* ou *separate account*), le DSOP suivrait la règle universellement reconnue consistant à évaluer actifs et passifs pour la valeur de marché des actifs, les variations opposées se traduisant par un résultat nul (sauf dans le cas d'une garantie plancher minimale, que l'assureur devrait à tout moment évaluer suivant les modèles de valorisation d'options financières).

Pour les contrats dont le capital assuré est fonction de tout ou partie des résultats de l'assureur, en particulier du retour sur investissement (*performance-linked contracts*), le DSOP pose le principe que, dans l'approche prospective proposée, les assureurs devraient incorporer dans les provisions techniques d'assurance le montant estimé des participations futures non encore déterminées et *a fortiori* non allouées aux assurés. Ce montant pourrait correspondre à la quote-part des résultats (notamment les plus-values latentes) qui reviendrait aux assurés présents ou futurs. Cela entraîne différents problèmes : y a-t-il une « obligation implicite » ? En quoi peut-on provisionner un engagement qui dépend de l'intention future du management (caractère discrétionnaire des participations allouées) ? Comment valoriser les options implicites qui peuvent exister ? Le DSOP s'interroge également sur la reconnaissance des honoraires de gestion futurs : l'assureur exerce le rôle de gestionnaire d'actifs pour le compte de ses assurés ; sa rémunération (prélèvement sur les résultats de l'épargne gérée) peut-elle être anticipée dans le cadre de l'approche prospective ?

Ces considérations concernent les contrats comportant un risque suffisant d'assurance mais aussi, et surtout (par exemple en France), ceux qui présentent principalement un risque financier et qui seraient hors du champ de l'IFRS assurance.

Les produits d'épargne, sans participation aux bénéficiaires, seraient traités comme des dépôts (*amortised cost* ou *fair value* sur option) en application d'IAS 39, mais la plupart des contrats vendus par les assureurs comportent des participations aux résultats et des garanties planchers. Le DSOP reconnaît que la norme IAS 39 qui devrait s'appliquer à ces contrats ne traite pas de ces problèmes essentiels. Il propose en conséquence d'ajouter dans IAS 39 des dispositions similaires à celles qui seraient retenues dans l'IFRS assurance pour les contrats ayant des caractéristiques identiques.

■ Le compte de résultat

En matière de présentation des états financiers, l'IFRS assurance ne traiterai pas du cadre général du bilan, du compte de résultat, du *cash flow statement* notamment, ni de l'annexe, qui font l'objet de normes générales existantes (IAS 1, IAS 7, IAS 8, IAS 14, IAS 34, etc.) ou à venir (*performance reporting*, nouvelle norme IAS 30). Il indiquerait seulement les informations spécifiques à porter dans ces états. Le compte de résultat devrait s'inscrire dans la nouvelle logique de l'état de performance en cours de projet. Dans ce contexte, le DSOP préconise que soient identifiées trois parties propres à l'assurance :

- le résultat des affaires nouvelles souscrites dans l'année (cotisations reçues, coûts d'acquisition, provisions techniques, marge pour risques et incertitudes) ;
- l'ajustement du résultat des affaires en portefeuille au 1^{er} janvier (ajustement des hypothèses, différence entre les estimations de la première année et l'expérience, reprise de la marge pour risques et incertitudes) ;
- le résultat financier (résultat des placements moins le déroulé de l'escompte des provisions techniques).

À noter que, pour les contrats qui relèveraient d'IAS 39, les cotisations ne seraient plus reconnues dans les produits (le chiffre d'affaires) mais directement au passif, comme un dépôt, pour le

montant net des coûts d'acquisition (approche *amortised cost*).

■ Les problématiques soulevées par le DSOP

Le DSOP propose une approche par opérations, en opposition avec l'approche traditionnelle d'un certain nombre de pays – européens notamment – qui considère l'ensemble des opérations des entreprises d'assurances, mais en conformité avec l'approche américaine. L'approche du DSOP est aussi en phase avec l'orientation retenue par exemple par le CNC en France : le règlement sur les comptes consolidés d'assurance se réfère au texte général, en en reprenant les dispositions et en les complétant ou en les modifiant pour les seules spécificités de l'assurance. Il est effectivement incontestable que des opérations identiques doivent être comptabilisées de la même façon, quelle qu'en soit la forme et quelles qu'en soient les entités concernées, au nom de l'image économique et de la comparabilité (*substance over form*).

En revanche, la démarche est contestable quand elle conduit à ignorer l'économie même des opérations et à les sortir de leur contexte. L'activité d'assurance ne consiste pas à gérer des passifs d'assurance d'un côté et des placements financiers ou immobiliers de l'autre. Au cœur même du métier d'assureur, il y a le principe d'adossement actif/passif (*Asset Liability Management [ALM]*). Pourquoi reconnaître différentes catégories d'actifs suivant l'objectif (et la capacité) de détention (*Available For Sale [AFS]*, *Held To Maturity [HTM]*, *trading*) et ne pas considérer le cas des actifs d'assurance affectés à la couverture des provisions techniques ?

L'approche bilan actif/passif qui ressort de l'application du *framework* a pour conséquence que le résultat n'est plus que la différence entre deux bilans. C'est ignorer que les lecteurs des comptes ont besoin de rapprocher le résultat de l'activité. Considérer tout le résultat lors de l'année de

souscription des contrats (*up-front profit recognition*) est tout à fait contraire à la logique d'une activité consistant à fournir un service sur de longues années. C'est, en outre, faire entrer davantage d'incertitude et de la subjectivité dans les comptes lorsque le résultat ainsi reconnu ne peut être qu'une estimation de cash-flows futurs et dépend de nombreuses hypothèses de calcul.

Le manque de pertinence d'un tel résultat sera accru par la valorisation au bilan des actifs en valeur de marché, dont les variations à court terme impacteront le résultat de la période, faussant l'appréciation de la situation réelle de l'assureur. Celle-ci n'est en rien affectée par la volatilité des marchés financiers quand l'assureur détient ses actifs et porte ses engagements sur le long terme. En cas de hausse des taux d'intérêt, par exemple, le modèle conduira à enregistrer des pertes (latentes) sur les portefeuilles obligataires, qui devront être évalués en valeur de marché. Ces pertes ne seront pas compensées par des diminutions symétriques des passifs d'assurance, en raison des garanties minimales accordées aux assurés (valeur de rachat, taux minimum garanti, etc.). Ce scénario pourrait, en cas de forte montée des taux, conduire à des faillites sur le papier.

En effet, le modèle ne tient compte ni de la congruence en termes de duration entre les actifs obligataires et les engagements d'assurance ni du comportement réel des assurés, qui pour exercer leurs options ne prennent pas seulement en considération les éléments strictement financiers, mais intègrent des critères propres à leur situation (fiscalité, coûts de transaction...). En fait, les assureurs ne sont généralement pas conduits à céder leurs titres et à régler leurs engagements avant leur échéance.

À ce titre, l'approche FV (ou son avatar ESV) est particulièrement contestable : elle repose sur une valeur de sortie immédiate, comme si l'assureur ne portait pas ses engagements jusqu'à leur terme et qu'il devait les céder du jour au lendemain sur un marché. Or c'est exactement le contraire qui se produit, parce que l'activité est strictement réglementée, qu'un assureur ne peut

transférer ses engagements que dans un cadre limitatif et dans des circonstances très particulières, qu'il n'existe donc pas de marché.

La FV d'instruments qui ne font pas l'objet d'un marché repose sur le développement de modèles de valorisation qui, d'une part, nécessitent des bases de données considérables et, d'autre part, impliquent des choix subjectifs de paramètres. Outre que cela n'est pas facilement à la portée d'un certain nombre de petites entreprises, c'est supposer que de nombreux problèmes de mise en œuvre concrète de modèles théoriques pourraient être solutionnés rapidement. À lire toutes les incertitudes qu'expriment les travaux de recherche d'actuaire convaincus de la pertinence du concept, on est en droit de se demander s'il n'y a pas quelque utopie pleine de dangers à miser sur une telle approche.

Le lien entre actif et passif est également rompu dans le modèle comptable proposé par le DSOP, qui refuse de reconnaître les marges sur investissements de l'assureur pour estimer ses profits futurs. Si reconnaissance immédiate des profits futurs il devait y avoir, la cohérence voudrait que ne soit pas ignorée une partie essentielle de ces profits. Le métier d'assureur est un tout, la gestion d'actifs est une composante indissociable de la gestion des passifs. Pour autant, il semble y avoir une contradiction dans le DSOP quand il conduit à reconnaître dans le compte de résultat les variations de plus- ou moins-values latentes sur les actifs, dont la réalisation n'est pas plus certaine que les marges futures sur investissements (dont elles feront partie si elles sont réalisées).

■ Application à d'autres activités

Plus généralement, le DSOP soulève un certain nombre de problèmes qui dépassent le cadre de l'assurance. Par exemple la frontière entre assurance et autres activités financières : assurance crédit, garanties financières, dérivés de crédits, dérivés climatiques, produits d'épargne, etc. Ou encore la

reconnaissance des résultats : pour des activités de services, l'*up-front profit recognition* devrait-elle être généralisée, des renouvellements de contrats devraient-ils être anticipés ?

Le Board de l'IASB, qui a commencé l'examen du DSOP, s'interroge lui-même sur ces questions. Si certains de ses membres semblent acquis aux solutions du DSOP, d'autres au contraire se demandent si elles pourraient être retenues pour l'assurance sans être étendues aux autres activités (gestion d'actifs, dépôts bancaires, cartes de crédit, crédits hypothécaires, contrats de construction, contrats de fourniture à long terme, programmes de fidélisation, etc.). Il est difficile de ne pas avoir à l'esprit l'affaire Enron quand on évoque de telles questions...

Les propositions des assureurs

De façon quasi unanime, non seulement en Europe mais aussi en Amérique et au Japon, c'est-à-dire dans les trois marchés d'assurance les plus importants, qui sont aussi les trois premières zones économiques mondiales, les assureurs expriment un point de vue clair et argumenté⁴.

Le DSOP conduirait à un changement du mode de management de l'assurance par la mise en œuvre d'un modèle comptable ne reflétant pas les caractéristiques essentielles de cette activité : sa nature de prestation de services, l'inversion du cycle de production, l'horizon de gestion à long terme et l'adossement actif/passif (ALM).

Le traitement comptable proposé pour les seules sociétés d'assurances placerait celles-ci dans une position désavantageuse par rapport aux autres entreprises qui n'auraient pas à utiliser des règles similaires (pour la reconnaissance des résultats, notamment, en matière de contrats de services à long terme et de gestion d'actifs pour comptes de tiers). Ce désavantage s'exprimerait directement en termes de financement, dont les conditions ne pourraient que se renchérir pour les entreprises

d'assurances au détriment de tous les investisseurs, mais aussi des assurés et autres partenaires économiques.

Le mode de comptabilisation des actifs et des passifs portés par les sociétés d'assurances aurait pour effet la déstabilisation des marchés financiers, en forçant les assureurs à modifier leur politique d'investissement à long terme vers des placements sans risque.

Les assureurs proposent une solution alternative basée sur l'expérience. Pour eux, la future norme internationale pour l'assurance, qui doit répondre aux besoins de toutes les parties intéressées – investisseurs, créanciers, assurés, agences de notation, superviseurs, etc. –, devrait être fondée sur l'utilisation des modèles qui ont fait leurs preuves (le *deferral and matching*) et le renforcement de l'information annexe. Concrètement, il s'agirait d'appliquer les propositions suivantes :

- le résultat des contrats doit être reconnu sur leur durée au fur et à mesure que le service d'assurance est rendu, en rattachant les produits et les charges ; ainsi, les coûts d'acquisition doivent pouvoir être étalés ;
- le traitement au bilan des actifs investis et des passifs d'assurance doit être basé sur la gestion ALM et la retracer fidèlement ;
- la mesure de performance des opérations d'assurance ne doit pas être affectée par les variations à court terme des valeurs de marché des actifs ni par des variations instantanées des taux d'actualisation des provisions techniques ;
- en revanche, la valeur de marché des actifs comme la valeur des portefeuilles de contrats à long terme sont des informations utiles et doivent être données dans l'annexe des comptes ;
- la valeur des portefeuilles de contrats à long terme (du type *embedded value*) doit être accompagnée des hypothèses retenues pour son calcul ainsi que des analyses de sensibilité.

■ L'approche indirecte

L'IASB pourrait s'engager vers une approche *full fair value* telle celle projetée par le groupe de

travail sur les instruments financiers, dont les conclusions ont été provisoirement gelées (mais pourraient être réactivées rapidement), et qui est plus qu'en filigrane dans le DSOP. Dans une telle perspective, la solution alternative proposée par AXA depuis le début des travaux de l'IASB sur la norme assurance devrait être mise en avant. C'est la solution de l'approche indirecte de la *fair value*.

Au bilan, les passifs d'assurance continueraient à être évalués sur la base des meilleures pratiques admises (base prospective, déterministe, incluant les marges de prudence nécessaires) ; un incorporel représentant la valeur actuelle des profits futurs estimés, c'est-à-dire la valeur estimée du portefeuille, serait porté à l'actif. Dans le compte de résultat seraient distingués le résultat opérationnel réalisé (correspondant au solde d'exploitation dégagé dans les comptes actuels) et les variations de « juste valeur » de marché ou estimées des actifs et des passifs. En annexe seraient explicitées les hypothèses de calcul des provisions techniques et de l'incorporel représentant la valeur de portefeuille estimée ; seraient également indiquées les analyses de sensibilité sur ces éléments.

Cette approche a le triple mérite :

- d'être consistante avec le *framework* de l'IASB, tant en termes d'approche bilan que d'objectifs de pertinence d'information, de transparence et de comparabilité ;
- de répondre aux besoins des différents utilisateurs, en particulier les superviseurs d'assurance, qui doivent pouvoir utiliser les comptes publiés par les entreprises d'assurances comme base de leur information ;
- de s'appuyer sur des méthodes qui fonctionnent et qui sont comprises de tous, préparateurs des comptes, management des entreprises, auditeurs, analystes financiers, etc., tout en améliorant l'information et sa comparabilité et en s'appuyant sur l'utilisation normalisée d'outils de projection et de modélisation que les entreprises d'assurances ont été les premières à expérimenter, dans le cadre du management des risques en particulier.

■ Pour une norme internationale de qualité

Les entreprises d'assurances ont besoin d'un standard comptable reconnu mondialement, tant pour leur gestion interne que pour leur communication externe. Elles reconnaissent toute l'importance du projet assurance entrepris par l'IASB, auquel elles apportent leur soutien. Elles sont désireuses de continuer à faire bénéficier l'IASB de leur expérience et de contribuer à la recherche et au développement d'un standard assurance viable.

Un tel standard international doit satisfaire, dans les règles de transparence et de comparabilité, l'information financière de toutes les parties prenantes : les actionnaires, les investisseurs et tous les partenaires de l'entreprise, en particulier leurs clients, les assurés. Il doit pouvoir constituer la base de l'information nécessaire aux régulateurs et autorités de contrôle pour l'exercice de leur révision.

Concrètement, le standard pour l'assurance doit :

- être économiquement fondé, c'est-à-dire refléter les caractéristiques du métier d'assureur ;
- retracer fidèlement la façon dont l'activité est conduite et rendre compte des décisions de gestion ;
- mesurer les performances de l'entreprise et sa création de valeur ;
- être simple et produire des résultats compréhensibles ;
- enfin, être fiable et « auditable » dans son application.

Les entreprises d'assurances ne peuvent que saluer la volonté de l'IASB de ne pas sacrifier la

qualité d'un tel standard à la rapidité. L'IASB, à la suite de l'action menée, à l'initiative d'AXA, par les grands assureurs et réassureurs européens, a reconnu la nécessité d'une phase transitoire. La mise en œuvre de celle-ci a pour objectif, dans le respect de l'échéance européenne de 2005, d'accroître la comparabilité et de renforcer la transparence des comptes, qui devront être établis pendant cette période suivant les référentiels existants, faute d'un standard international. La volonté affichée par l'IASB⁵ ne doit pas rester lettre morte ; la phase transitoire doit être mise à profit pour consacrer les énergies et le temps nécessaires et suffisants pour étudier, développer, comparer et tester de façon approfondie les solutions alternatives avant toute décision concernant le futur IFRS pour l'assurance.

Notes

1. Jusqu'à 2002, les Lloyd's utilisaient le système du « fund » : pendant les trois années suivant la souscription des contrats, aucun résultat n'était dégagé.

2. La juste valeur d'un passif (fair value) est définie par IAS 32 comme le « montant pour lequel... un passif pourrait être réglé entre des parties bien informées et consentantes dans le cadre d'une transaction effectuée dans des conditions de concurrence normales ».

3. Cette méthode expected value correspond à celle évoquée par IAS 39 lorsque la position à constituer couvre une population nombreuse d'éléments (IAS 39-39).

4. Voir par exemple la lettre de 20 des plus grandes sociétés mondiales au président de l'IASB, en date du 11 octobre 2002.

5. Les derniers développements du projet pourraient laisser penser que l'IASB serait en train de privilégier la rapidité, avec le risque de ne plus atteindre ses objectifs de qualité.

PRATIQUES ACTUARIELLES ET ÉVOLUTIONS COMPTABLES

Michel Piermay

Président de Fixage

La réforme des normes comptables modifie les pratiques actuarielles. Il s'agit à la fois d'un retour aux sources de la démarche prospective, d'une séparation entre la meilleure estimation et la provision pour risque et d'un nouvel équilibre entre la valeur de marché et la valeur en continuité d'exploitation.

International Financial Reporting Standards (IFRS), les futures normes pour les sociétés d'assurances et les nouvelles normes IAS 39, ne se contentent pas d'aménager la comptabilité. Elles conduisent à réorganiser les travaux des actuaires et risquent demain d'influer sur certaines clauses des contrats d'assurance.

La réforme comptable de l'assurance n'est pas un coup de tonnerre dans un ciel serein. Il s'agit d'une tentative à la fois d'harmonisation internationale et d'intégration de nombre d'évolutions déjà perceptibles. L'approche par l'évaluation actuarielle du bilan prime de plus en plus sur l'approche par le résultat annuel.

Ainsi la comptabilité des sociétés françaises est-elle depuis deux ans complétée par des états extracomptables, comme le *reporting T3*, qui actualise les engagements de l'assurance vie d'après le taux de marché. Ainsi certaines options cachées, comme les garanties planchers en cas de décès, sont-elles progressivement intégrées dans les comptes en utilisant la théorie des options ou des méthodes stochastiques. Ainsi certains risques de pointe sont-ils davantage pris en compte pour déterminer le niveau de solvabilité requis.

Les engagements

Les principes posés par le Draft Statement of Principles Insurance Contracts (DSOP), qui doit servir de base à la prochaine norme IFRS pour l'assurance, évaluent les engagements suivant une approche prospective en valeur actuelle probable. Il s'agit de projeter les *cash-flows* attendus, de les actualiser à un taux sans risque, puis de passer un complément de provision pour tenir compte du risque. Ce principe s'appliquerait aussi bien en assurance vie qu'en assurance dommages. Le travail devrait être mené contrat par contrat. Le taux sans risque serait le taux zéro coupon d'un emprunt d'État de maturité équivalente.

Les actuaires actualiseraient donc les engagements en assurance dommages, ce qui n'est pas le cas actuellement en France. En vie, l'actualisation des engagements dépendrait de la situation à la date du calcul. Aujourd'hui, le taux d'actualisation ne dépend que des taux à la date de souscription et est plafonné, suivant la durée du contrat, à 60 % ou 75 % du taux des emprunts d'État à cette date.

Le niveau de cette provision avant prise en compte du risque serait donc inférieur au niveau

de provision actuel en dommages. Il pourrait cependant être supérieur au niveau actuel en vie en période de baisse des taux d'intérêt.

N'étant pas prudentielle, cette provision serait complétée par un ajustement pour risque, dit « marge sur la valeur de marché », afin de tenir compte de l'incertitude sur les cash-flows. Le DSOP recommande d'évaluer les options et garanties liées aux contrats par des méthodes stochastiques ou des modèles de *pricing* d'option : les options cachées seraient réintégrées dans le bilan.

Contrairement à la pratique actuelle dans certains pays, le taux d'actualisation serait déconnecté du taux de rendement observé ou espéré à l'actif : il n'y aurait pas d'incitation à rechercher des actifs plus risqués pour augmenter les taux d'actualisation et minorer les provisions.

On peut noter que les contrats d'assurance vie de type épargne pourraient être considérés comme des instruments financiers et évalués suivant la norme IAS 39. Si tel devait être le cas, l'assurance vie « à la française », née à la fin des années 1970 de l'autorisation de ne plus provisionner les éventuelles moins-values sur obligations et de la non-prise en compte dans les provisions de l'option de remboursement anticipé, serait appelée à être radicalement transformée.

Les actifs

Le principe de la juste valeur conduit, à l'actif, à retenir une valeur de marché chaque fois que cela est possible. La notion de valeur de marché doit être précisée, la plupart des actifs étant malheureusement soit non liquides, soit très volatils. On peut alors arriver à réintroduire une forme de lissage (moyenne des cours sur une certaine période pour des actifs volatils), voire une certaine forme d'évaluation par actualisation ou linéarisation, en partant d'un prix de sortie à terme. Deux exemples français :

– La provision pour dépréciation durable, ainsi qu'il a été précisé en 2002, considère comme valeur de marché une moyenne de cours sur six mois. À la fin du mois de septembre 2002, cette valeur était souvent supérieure de 30 % à la valeur instantanée d'une action.

– L'estimation de la valeur de réalisation des immeubles se fait de plus en plus par actualisation des rendements et d'une hypothèse de revente à terme.

Une difficulté plus importante tient à la cohérence entre évaluation de l'actif et évaluation du passif, surtout du fait de l'existence de règles de type : « La valeur de l'actif doit demeurer supérieure à X % de la valeur du passif. »

Les années 2001 et 2002 ont montré qu'un pays qui appliquait simultanément les deux types de règles pouvait être amené à les suspendre à chaud en cas de forte secousse sur les marchés financiers.

La gestion actif-passif

En première ligne, la gestion actif-passif apparaît clairement. Si certains assureurs font encore mine de croire qu'elle n'est qu'une sous-section de la comptabilité analytique, les autorités de tutelle et la plupart des sociétés ont bien perçu l'importance de cette discipline pour le pilotage dans le temps et la maîtrise de la solvabilité.

Tout changement de norme comptable remet en cause les pratiques de la gestion actif-passif, puisque l'un de ses rôles est de maîtriser simultanément la couverture économique des engagements à long terme et l'établissement à un niveau acceptable des comptes et ratios arrêtés à la fin de chaque année.

Si les réformes comptables s'inspirent largement de certaines percées de la gestion actif-passif, elles ne vont pas pour autant annexer cette dernière. Mais elles contraindront les actuaires à changer leurs objectifs, leurs modèles et leurs bases

de données. Leur tâche sera particulièrement importante au moment du basculement d'un système comptable à l'autre. Les assureurs gagneraient à observer les travaux de basculement déjà bien avancés de certaines banques en train de s'adapter à l'IAS 39 : sans réforme de leurs systèmes de couverture du risque de taux et de gestion actif-passif, elles auraient perdu toute maîtrise de leur résultat et de leurs fonds propres.

L'entity specific value

Le DSOP admet l'idée d'une période intérimaire, mais qui pourrait durer très longtemps. Pendant cette période, c'est-à-dire jusqu'au durcissement de la norme IAS 39 vers une valeur de marché quasi exclusive (excluant notamment l'approche par les *cash-flow hedges*), le DSOP accepte le principe d'une *entity specific value* très éloignée de la valeur de marché mais présentant des points communs avec des notions actuarielles comme l'*embedded-value*.

Cette notion d'*entity specific value* conduit à une approche en continuité d'exploitation sur la durée des contrats qui lierait le déroulement des actifs et des passifs. Elle est donc radicalement différente de l'approche liquidative de la *full fair value*. Elle reposerait sur des hypothèses propres à l'entreprise (tables de sinistralité, modélisation des rachats...).

Les normes internationales et le droit français

Ne serait-ce que pour des raisons de surveillance prudentielle, la transposition des normes comptables internationales en droit français ne sera pas automatique. Mais l'argument prudentiel

contribuera à corriger les normes françaises actuelles d'autant plus rapidement que les nouvelles normes internationales iront dans le sens d'un renforcement des provisions (intégration de la valeur des options dans les provisions, réévaluation des provisions à la baisse des taux...).

Le passage aux comptes consolidés

Toute la mécanique française des provisions de lissage et des provisions pour moins-values serait remise en cause : réserve de capitalisation, provision pour aléas financiers, frais d'acquisition reportés, provision pour égalisation... Mais il faut noter que certaines de ces provisions sont déjà retraitées lors du passage des comptes sociaux aux comptes consolidés.

Ce passage deviendrait cependant beaucoup plus complexe. Il ne s'agira plus seulement d'additionner les comptes sociaux avec quelques corrections. Il faudra être capable de travailler par exercice de souscription plutôt que de survenance, les provisions pour cotisations non acquises étant remplacées par des provisions pour sinistres non encore manifestés.

De nouveaux traitements actuariels

La présentation des comptes sera plus explicite en précisant le passage d'une année à l'autre et le lien entre stock et production.

La marge de prudence, aujourd'hui intégrée dans les provisions pour risque au seul moyen d'une marge prudentielle sur le taux d'actualisation et la table de sinistralité, serait isolée. Cette couche de provision prudentielle serait explicitée au

moyen de travaux actuariels plus prospectifs et d'une modélisation réellement stochastique, tant pour les risques d'assurance que pour les risques financiers, en assurance vie comme en assurance dommages.

L'étude des *cash-flows* futurs directement modélisés comme aléatoires permettra de mieux intégrer les liens entre variables et d'effectuer les calculs actuariels en prenant en compte un grand nombre de scénarios.

Il ne s'agira pas seulement d'utiliser une méthode de Monte-Carlo, mais aussi de développer la prise en considération des phénomènes de dépendance non linéaire entre risques de l'actif et du passif. Ce n'est pas un hasard si la dépendance non linéaire et la réforme de la comptabilité de l'assurance sont les deux principaux thèmes du congrès de Paris 2006 de l'Association actuarielle internationale.

La responsabilité des actuaires

Ces réformes comptables non encore abouties semblent laisser une large place aux modèles internes, et en tout cas à des hypothèses propres à l'entreprise. Les conséquences sur les comptes de la

production de l'année deviennent plus fortes, mais dépendent des hypothèses de frais et de marge.

La responsabilité des actuaires est renforcée dans tous les domaines :

- évaluation des engagements par le calcul des provisions sur base prospective et stochastique en isolant meilleure estimation et prise en compte du risque et du coût du capital ;
- gestion des actifs (allocation d'actif, mesure du risque financier, évaluation...);
- gestion actif-passif et pilotage du bilan ;
- création et tarification de contrats adaptés aux nouvelles règles.

La généralisation de l'approche stochastique, la recherche de la « valeur actuelle probable de tous les futurs possibles » vont dans le sens de la démarche actuarielle.

Mais tant d'ambition nécessite un renforcement de la déontologie et des règles professionnelles. Les actuaires se sont longtemps contentés d'effectuer des calculs déterministes relativement simples en appliquant les règles et les hypothèses qui leur étaient imposées. Ils auront non seulement à effectuer des calculs plus complexes, mais à apprendre à mieux rendre compte de leur façon de travailler, à accepter un renforcement de leurs règles déontologiques et professionnelle ainsi qu'un contrôle renforcé de leurs travaux. C'est à ce prix que l'actuaire de demain sera sans doute plus utile, plus indépendant, plus responsable, plus communicatif.

NORMES IAS ET ASSURANCE : LE POINT DE VUE DU CONTRÔLE PRUDENTIEL

Florence Lustman

Secrétaire générale, Commission de contrôle des assurances

Viviane Leflaive

Commissaire contrôleur, Commission de contrôle des assurances

Aujourd'hui, la comptabilité est au centre d'un large débat. Il n'est pas de semaine, voire de jour, sans que la presse économique titre sur ce thème. Certes, la faillite d'Enron et la disparition de l'un des « Big Five » y sont pour beaucoup, mais l'intensité et la durée du débat montrent qu'une réflexion plus profonde est en cours. Qu'en est-il plus précisément pour l'assurance ?

En France, les normes comptables actuellement en vigueur résultent de la transposition de la directive européenne relative aux comptes des entreprises d'assurances, et l'on peut dire qu'elles ont convenablement fonctionné, en permettant notamment d'effectuer la surveillance prudentielle du secteur sur des bases fiables. Certes, nous ne demandons pas à la comptabilité ce qu'elle ne peut pas fournir – par exemple une mesure précise de la solvabilité d'une société d'assurances, qui suppose une analyse prospective tenant compte de la nature de son portefeuille de contrats, des caractéristiques de ses clients, de sa stratégie financière, de sa gestion actif-passif, de son plan de réassurance... Mais la comptabilité, en fournissant une image fidèle de l'entreprise à une date donnée, fournit un socle, indispensable point de départ pour toute analyse prospective. Et tous les scénarios, tous les modèles, toutes les hypothèses de cash flows futurs utilisés dans le cadre d'une étude de la solvabilité prospective

devront absolument se raccorder à la dernière vision disponible du bilan. Faute d'un ancrage dans la réalité objective du dernier bilan, les modèles les plus sophistiqués (et peut-être d'autant plus qu'ils sont sophistiqués !) risquent en effet de diverger dangereusement par rapport à la réalité, pour ne refléter finalement qu'une réalité virtuelle. Le fait de disposer d'une image fidèle de l'entreprise à une date donnée est un atout indispensable à toute analyse ultérieure. Aujourd'hui, nous disposons d'une telle « photo » pour chaque entreprise française d'assurances, une image fidèle qui prend en compte les spécificités de l'activité d'assurance, permet de fixer les droits des tiers – en particulier des assurés –, et reflète convenablement les actifs et les passifs liés aux contrats d'assurance actuellement sur le marché. C'est ce qui nous fait dire que les normes comptables actuelles sont raisonnablement adaptées au marché, et permettent des comparaisons franco-françaises, ce qui n'est déjà pas si mal !

Les différentes approches comptables

Dans le monde, différents systèmes comptables coexistent. Ainsi à côté des normes européennes, il faut compter avec les United States Generally Accepted Accounting Principles (USGAAP), les normes australiennes, canadiennes... qui sont autant d'« écoles » différentes. Mais nous ne doutons pas que chacune d'elles soit bien adaptée au marché correspondant. Rappelons que les marchés d'assurance sont fortement hétérogènes, ne serait-ce que sur le plan des produits commercialisés. Même au sein de l'Union européenne, un contrat d'assurance vie français avec taux minimum garanti et clause de participation aux bénéfices n'a pas grand-chose en commun avec son cousin britannique par exemple. En assurance non-vie, la tacite reconduction des contrats n'est pas une règle générale, et ceux de responsabilité civile ou de dommages sont fortement liés au système juridique, économique et social de chaque pays. C'est sans doute l'une des raisons pour laquelle la normalisation comptable en matière d'assurance est tellement compliquée. Mais bien entendu, pour le contrôle de la solvabilité globale des groupes internationaux, il serait appréciable de disposer de données comparables. C'est pourquoi les contrôleurs prudentiels d'assurance sont favorables à une telle harmonisation, pour autant qu'elle réponde à un cahier des charges minimal.

Vers l'établissement d'une nouvelle norme

Quatre principes au moins nous paraissent incontournables si l'on veut que cette nouvelle norme soit acceptable par les marchés d'assurance

et contribue à restaurer la confiance du public et des investisseurs.

■ Prise en compte des spécificités de l'assurance

◆ La durée

Les assureurs prennent des engagements sur des durées extrêmement variables, mais souvent longues voire très longues. Les normes comptables doivent permettre de retranscrire fidèlement les résultats des entreprises sur une période commensurable avec celle des engagements.

◆ Un risque difficile à prévoir

Le risque d'assurance est par nature difficile à prévoir : mortalité, dépendance, responsabilité civile ou professionnelle, catastrophes naturelles... sont autant de domaines où les prévisions sont extrêmement difficiles. Les principes d'évaluation des passifs d'assurance doivent tenir compte de cette difficulté à évaluer les charges futures qui grèveront les contrats. L'expérience a prouvé que le principe de prudence était une façon efficace de traiter cette difficulté.

◆ Une composante de service au client

Le risque d'assurance comporte une composante de service au client, service qui devra être fourni sur toute la durée du contrat – qui n'est donc pas un pur instrument financier.

◆ Un risque non additif

Enfin, le risque d'assurance n'est pas additif : le niveau de compensation ou de diversification est un élément fondamental de la gestion du risque, et le niveau de profit peut dépendre de celui d'agrégation. C'est pourquoi le niveau de regroupement comptable n'est pas neutre.

◆ Actif-passif

La gestion actif-passif est le mode de gestion privilégié et approprié des risques d'assurance. Pour être acceptable, une norme comptable applicable au secteur de l'assurance doit donc permettre une évaluation cohérente des engagements d'assurance et des actifs en représentation de ces engagements.

■ Neutralité

Une norme comptable doit refléter la réalité qu'elle décrit et non l'influencer. Elle doit donc être neutre par rapport à l'offre de produits (notamment en s'adaptant de manière satisfaisante aux mécanismes contractuels actuellement en vigueur), à la gestion des entreprises (par exemple en n'incitant pas à une stratégie particulière en termes de gestion financière) et à la réaction des marchés financiers.

■ Transparence, objectivité, fiabilité

Pour instaurer la confiance du public et de l'ensemble des utilisateurs, une norme comptable doit reposer sur des principes clairs, objectifs et fiables permettant une mise en œuvre comparable entre les comptes des différentes entreprises et entre deux exercices pour une même entreprise.

■ Caractère compréhensible

Au-delà de la fonction traditionnelle de la comptabilité (enregistrement des opérations, des créances et dettes résultant de l'activité de l'entreprise), les comptes doivent être suffisamment compréhensibles pour permettre une analyse par les différents utilisateurs, analystes et actionnaires potentiels mais aussi assurés, courtiers, autorités de contrôle, salariés...

L'International Accounting Standard Board (IASB) ambitionne aujourd'hui de proposer un jeu

complet de normes comptables internationales. Comment ces travaux peuvent-ils être analysés par rapport au cahier des charges défini ci-dessus ?

Le cadre général des normes IAS/IFRS¹ détermine les transactions comme socle des règles comptables. Le projet de norme relative à l'activité d'assurance porte ainsi sur les contrats et non sur les entreprises d'assurances. Ce parti pris a pour avantage d'assurer un traitement identique pour des opérations économiques de même nature, indépendamment des caractéristiques propres de l'agent, et permet donc en règle générale d'améliorer la comparabilité intersectorielle. Dans le secteur de l'assurance toutefois, cet avantage est moindre puisque le principe de spécialisation posé par les directives européennes interdit aux sociétés d'assurances de se diversifier dans un autre domaine, et aux autres entreprises d'exercer l'activité d'assurance. De plus, l'accent mis sur les transactions n'est pas sans contreparties. La première d'entre elles est que les éléments nécessaires à l'établissement des comptes d'une société d'assurances ne se retrouvent plus dans une norme unique mais au contraire disséminés dans un vaste ensemble de normes. Dans le cadre IAS/IFRS, 29 normes sont ainsi considérées comme ayant un impact significatif pour une entreprise d'assurances, en plus de la future norme sur les contrats. Même en se limitant aux éléments spécifiques à l'activité d'assurance, on ne dénombre pas moins de huit normes pour les placements², et deux pour les passifs d'assurance : l'IAS 39 et la future norme sur les contrats d'assurance, l'une et l'autre s'appliquant également aux actifs de réassurance correspondants.

Autre contrepartie importante : il est alors nécessaire de définir la notion de contrat d'assurance. Évidemment, il serait aisé, comme c'est le cas dans un certain nombre de pays, de la limiter à l'idée d'un simple contrat vendu par les organismes d'assurances, mais on retomberait alors dans une logique de normes sectorielles clairement rejetée par l'IASB ! Celle-ci a retenu une définition basée sur la notion de risque d'assurance : s'il est significatif (l'appréciation de ce critère faisant

entrer en jeu à la fois la probabilité de survenance et le montant prévisible d'un sinistre), le contrat répond à la définition d'assurance et est comptabilisé selon la norme sur les contrats d'assurance en cours d'élaboration. Dans le cas contraire, il est considéré comme un instrument financier, et donc comptabilisé selon les principes développés dans la norme IAS 39. Cet éclatement des produits commercialisés par les entreprises d'assurances en deux catégories n'est pas sans conséquence. En premier lieu, cela pourrait remettre en cause la structure du marché, qui (du moins en Europe) ne repose pas sur les produits mais sur les entités qui les commercialisent. L'IASB a répondu à cette préoccupation en indiquant que la définition choisie reflétant uniquement des considérations comptables, elle n'était pas nécessairement pertinente sur tous les plans, en particulier du point de vue fiscal ou prudentiel. Il n'est toutefois pas évident que cette pétition de principe soit suffisante pour prévenir toute référence induite à cette définition. Par ailleurs, la répartition des produits entre deux catégories nécessite de définir une ligne de démarcation objective et sans ambiguïté. De ce point de vue, les lignes directrices données par l'IASB sur le critère de « risque significatif » sont encore très insuffisantes.

La référence aux transactions rend également plus difficile la prise en compte d'éléments déterminés à un niveau plus large que celui du contrat. Le premier de ces éléments est le principe, essentiel en assurance, de mutualisation des risques. Par définition, elle ne peut s'apprécier qu'à l'échelle d'un groupe homogène de contrats. Le projet de « norme assurance » répond sur ce point en disposant que, si les critères de comptabilisation s'apprécient contrat par contrat, ceux d'évaluation, eux, s'apprécient par *groupes* de contrats. Reste alors la question du niveau d'agrégation choisi pour la définition de ces groupes. Là encore, le critère retenu dans le projet de norme « ensemble de contrats présentant essentiellement les mêmes risques » laisse une grande part d'interprétation.

Par ailleurs, l'IASB a retenu le principe selon lequel les engagements d'assurance sont évalués de

façon totalement indépendante des actifs lorsque aucune clause contractuelle ne relie ces deux éléments du bilan. Ainsi, les actifs détenus par l'assureur sont-ils évalués selon les mêmes principes que ceux d'une banque qui détiendrait les mêmes actifs. Certes, l'importance des placements à l'actif du bilan est une caractéristique commune à l'ensemble des établissements financiers. Toutefois, leur motif de détention, en couverture d'engagements pour ce qui est de l'assurance, est, lui, tout à fait spécifique à ce secteur. Or, les possibilités d'évaluation des assureurs pour leurs placements sont actuellement encadrées par les catégories d'actifs de l'IAS 39, créées essentiellement pour la gestion bancaire avec la différenciation entre les actifs détenus à des fins de transaction, correspondants à l'activité de *trading*, ceux détenus jusqu'à échéance *held to maturity* (HTM) et les autres, disponibles à la vente. Les actifs de *trading* et ceux disponibles à la vente sont estimés à la valeur de marché, tandis que les actifs HTM peuvent l'être au coût d'acquisition. Mais, pour une entreprise d'assurances, la nécessité de gérer les actifs en cohérence avec les engagements correspondants rend de fait inutilisable la catégorie HTM puisque son critère de définition interdit à l'assureur, sous peine de requalification de l'ensemble des actifs de la catégorie, de céder une seule obligation avant échéance, y compris en cas de rachat par l'assuré du contrat couvert ou de basculement d'un support en euros vers un support en unités de compte. La prise en compte de la gestion actif-passif telle qu'elle est actuellement pratiquée en assurance nécessite donc une modification de la norme IAS 39, qui pourrait prendre la forme de la création d'une cinquième catégorie d'actifs (actifs en couverture d'engagements d'assurance) ou encore d'un assouplissement du critère de la catégorie HTM.

La valorisation des actifs en valeur de marché pose par ailleurs de nombreux autres problèmes. Si les actifs détenus par les entreprises d'assurances sont évalués en valeur de marché et que la variation de celle-ci, entre deux arrêts de comptes successifs, a un impact direct sur le résultat de la période, les

résultats des entreprises d'assurances vont devenir extrêmement volatils. Or, on constate tous les jours à quel point les investisseurs pénalisent la volatilité, aussi les entreprises d'assurances et de réassurance risquent-elles d'avoir beaucoup plus de difficultés à lever des fonds sur les marchés de capitaux. Quant aux assurés, ne risquent-ils pas de céder à la panique en constatant que leur assureur accuse des pertes, ou tout simplement connaît moins de réussite que ses concurrents sur la période, alors même que ces différences de performance ne résultent peut-être que d'une baisse très momentanée de la valeur de marché instantanée de certains actifs ? Lorsque les contrats sont liquides, c'est-à-dire réalisables à tout instant quasiment sans pénalité (ce qui est le cas en France), ces inquiétudes risquent d'entraîner des vagues de rachats massifs, qui provoqueront des difficultés réelles dans les entreprises concernées. Pour éviter ces conséquences redoutées de la volatilité, certaines entreprises d'assurances pourraient diminuer fortement la part des actions dans leur portefeuille de placements pour n'en détenir, comme c'est déjà le cas aux États-Unis, pas plus de 5 %. En France, où les assureurs sont des investisseurs privilégiés sur les marchés, on imagine sans peine les conséquences qu'un tel retrait des marchés d'actions pourrait avoir en termes de stabilité financière globale.

Compte tenu de l'ampleur des problèmes soulevés, il nous paraît souhaitable qu'aucune décision définitive sur le mode d'évaluation des actifs détenus par les organismes d'assurances ne soit prise tant que les principes d'évaluation des engagements ne sont pas définis. Le projet de norme sur les contrats d'assurance privilégie en la matière une approche *asset-liability* selon laquelle les gains et les pertes éventuels sont comptabilisés dès la signature du contrat, et rejette l'approche *deferral-and-matching* traditionnelle pour les contrats de service, qui rattache des produits aux charges sur la durée du contrat. Le mode d'évaluation retenu pour les engagements d'assurance sera la « juste valeur », dès lors que tous les instruments financiers seront estimés ainsi. Dans l'attente d'une révision de l'IAS 39 en ce sens, l'évaluation des contrats

d'assurance se fera à la « valeur propre à l'entreprise » (*entity specific value*). Dans les deux cas, l'évaluation comblera une valeur actuelle probable et une prime de risque appelée « marge sur la valeur » de marché (*market value margin*). Le mode d'évaluation de cette cotisation reste à déterminer, les quelques lignes directrices évoquées dans le projet laissant place à une trop vaste gamme de modèles.

La « juste valeur » est définie comme « le montant pour lequel un actif pourrait être échangé ou un passif réglé entre des parties bien informées et consentantes, dans le cadre d'une transaction effectuée dans des conditions de concurrence normale ». Elle tient compte de la probabilité de survenance des événements influant sur les flux de trésorerie, y compris de la probabilité de défaillance de l'entreprise qui établit les comptes. Ainsi, la juste valeur des provisions techniques d'une entreprise dont la probabilité d'insolvabilité est estimée à 10 % ne représente que 90 % de la juste valeur des mêmes provisions d'une entreprise similaire supposée ne pas se retrouver dans cette situation. La « valeur propre à l'entreprise » est simplement une variante de la juste valeur, qui peut incorporer des facteurs qui ne sont pas disponibles ou pertinents pour les autres acteurs du marché. Ces deux méthodes d'évaluation diffèrent sur deux points principaux : les flux de trésorerie estimés sont ceux afférents à l'entreprise (par exemple, le taux de frais de gestion est celui constaté dans l'entreprise, et non le taux moyen de la branche), et le risque de défaut de l'assureur n'est pas pris en compte. En revanche, la méthode de valorisation est la même que pour la juste valeur, en particulier en ce qui concerne le taux d'actualisation et l'aversion au risque pour le calcul de la marge sur la valeur de marché.

Un jugement réservé

De nombreuses autorités de contrôle de l'assurance ont exprimé leur scepticisme sur ce projet de norme. Leurs principales critiques sont les suivantes :

- une estimation basée sur les prix de marché manque de fiabilité s'il n'y a pas de prix directement observables ; or il n'existe pas de marchés liquides pour les engagements d'assurance. Les transferts de portefeuilles ne peuvent en effet pas constituer une base fiable pour l'estimation des passifs d'assurance puisque de telles transactions sont rares, font entrer en ligne de compte des intérêts propres aux parties, sont soumises à des contraintes spécifiques et ne donnent pas lieu à publication des prix. De même, les cotisations demandées par les réassureurs ne sont pas observables et répondent à des considérations propres aux deux parties ;
- le manque de modèle généralement reconnu pour l'estimation des engagements d'assurance à la « juste valeur » laisse des marges d'interprétation considérables, peu compatibles avec l'objectif de comparabilité et d'objectivité des évaluations, essentiel à leur sincérité. De plus, la complexité des méthodes d'évaluation pose des problèmes d'audit des comptes qui rendront difficile la mise en œuvre de la norme dans les petites et moyennes entreprises ;
- la prise en compte du risque d'insolvabilité de l'assureur dans la juste valeur de son passif aboutit au résultat absurde d'autoriser un assureur en difficulté à moins provisionner ses engagements qu'un assureur en bonne santé ;
- les fluctuations dues aux changements d'hypothèses dans le calcul de la juste valeur ou de la valeur propre à l'entreprise impliquent une forte volatilité à court terme des résultats, non cohérente avec l'échelle de temps des contrats ;
- l'impératif de mutualisation sur le long terme qui prévaut en assurance est négligé puisque les provisions pour égalisation et celles pour catastrophe sont supprimées.

Quant au mode d'évaluation des contrats non qualifiés par l'IASB comme des contrats d'assurance (la majorité des contrats d'assurance vie français !), il suscite pour l'instant nombre de questions sans réponse. La norme IAS 39 prévoit que ces contrats sont évalués au coût amorti, mais de grandes incertitudes demeurent. En France, les

produits d'assurance vie à taux minimum garanti et clause de participation aux bénéficiaires sont à la fois protecteurs et rentables pour les assurés. Il est souhaitable que l'offre de tels produits, par ailleurs bien adaptés aux besoins des assurés, ne soit pas découragée par un mode de comptabilisation qui leur serait inadapté. Or, la comptabilisation de ce type d'engagements, qui dépendent de l'évolution d'autres postes du bilan ou du compte de résultat, pose des problèmes complexes, aujourd'hui non résolus dans le cadre des normes IAS, quand les actifs sont évalués en valeur de marché. En fait, seuls les contrats purs en unités de compte, dont l'engagement varie strictement comme l'actif détenu en contrepartie et qui ne comportent aucune garantie pour l'assuré, s'évaluent aisément dans un référentiel comptable où les actifs sont estimés en valeur de marché. Dès lors, une modification de l'offre au profit de ces produits beaucoup plus risqués pour les assurés n'est-elle pas à craindre ?

Au vu du nombre et de l'importance des points en suspens, on peut légitimement s'interroger sur la capacité de l'IASB à proposer un traitement comptable cohérent pour ces contrats d'ici avril 2003 comme il s'y est engagé, alors même que cette date est déjà tardive pour une application en 2005.

Les conditions de la réussite

En tout état de cause, la mise en œuvre pratique d'une norme aussi révolutionnaire, tant sur le plan des principes comptables que sur celui de la présentation des états financiers, devra comporter une phase préparatoire autorisant des tests en « vraie grandeur », puis une phase de transition permettant d'éduquer les différents utilisateurs des comptes. En effet, avant de lancer une nouvelle norme internationale, il convient de vérifier qu'elle s'applique raisonnablement bien à tous les marchés

d'assurance concernés : des tests portant sur des portefeuilles de contrats existants, mais également sur des entreprises dans leur ensemble, devront être effectués. Il serait en effet prudent de vérifier que l'utilisation simultanée de 29 normes différentes appliquées à une même entité juridique ne génère pas des incompatibilités impossibles à déceler lors de l'étude individuelle de chaque norme.

Par ailleurs, un effort considérable de formation devra être fourni à destination de nombreux acteurs :

- les entreprises d'assurances, qui devront accepter d'être évaluées par les marchés financiers sur la base de résultats très éloignés de ce que génère aujourd'hui la comptabilité d'assurance ;
- les assurés ou leurs représentants : il est en effet souhaitable que la nouvelle norme internationale permette aux souscripteurs d'intégrer dans leurs critères de choix une analyse comparative des entreprises d'assurances. Cette condition est nécessaire au bon fonctionnement de marchés ouverts et concurrentiels, tel que le marché européen de l'assurance ;
- tous les autres analystes ou actionnaires potentiels, qui ont besoin de comprendre en profondeur la nature de l'activité dans laquelle ils s'appêtent à investir.

Or ces différents acteurs risquent de perdre toutes les références auxquelles ils ont aujourd'hui accès en lecture directe dans les états financiers, comme le montant des cotisations annuelles, le ratio combiné...

Finalement, on comprend mieux pourquoi les normes comptables suscitent aujourd'hui un débat passionné. Les conséquences potentielles d'un changement de normes comptables sont telles, en termes de stabilité de l'offre de produits d'assurance, de comportement des assurés, de stabilité des marchés d'assurance et même de stabilité financière globale, que nous ne pouvons que nous féliciter qu'une discussion aussi large que possible s'engage. Ainsi, nous espérons que le choix de la norme finale sera fait en connaissance de cause.

Notes

1. Les normes émises par l'IASB jusqu'au 18 avril 2001, sont appelées normes comptables internationales (IAS) alors que les normes publiées par l'IASB, à compter du 18 avril 2001, sont appelées normes internationales d'information financière (IFRS).

2. Immobilier : IAS 2, 16 et 40 ; instruments financiers : IAS 32 et 39 ; participations dans des filiales : IAS 27 ; participations dans des entreprises associées : IAS 28 et 36 ; trésorerie : IAS 7 et 39.

NORMES COMPTABLES ET TRADUCTION DES RISQUES D'ENTREPRISE

Élie Cohen

Professeur à l'université Paris-Dauphine

L'actualité récente a mis en évidence des cas graves de manipulation frauduleuse des comptes. Elle ne doit pas faire oublier pour autant que la normalisation comptable tend pour l'essentiel à favoriser la production et la diffusion d'une information plus fiable sur la situation, les performances et les risques des entreprises par la récurrence des publications qu'elle impose et par la mise en jeu de la responsabilité des dirigeants et des auditeurs.

Après le déclenchement de l'affaire Enron aux États-Unis, plusieurs scandales ont mis en lumière l'ampleur atteinte par des manipulations ou des fraudes comptables. Quels que soient les procédés auxquels ils recourent et les points d'application qu'ils privilégient, ces dérapages présentent un caractère commun : ils introduisent une distorsion intentionnelle qui vise à donner une image inexacte ou simplement déformante de l'activité et de la performance des entreprises concernées, et à minorer la portée des risques auxquels elles sont exposées. Ces manifestations d'opportunisme comptable ont revêtu une telle gravité qu'elles continuent de dominer l'actualité des affaires et portent certainement une responsabilité directe dans la crise de confiance qui affecte les marchés financiers internationaux. Mais si la focalisation sur de tels comportements permet de souligner certaines difficultés réelles inhérentes à la traduction comptable de la performance et de la vulnérabilité des entreprises, elle se rapporte à des pratiques limitées. À ce titre, elle risque d'induire une profonde déformation de la perspective requise par l'analyse du rôle de l'information comptable dans les mécanismes de contrôle des entreprises.

Portée et limites des risques de dérapage informationnel

Plusieurs observations conduisent à reconnaître la réalité du risque inhérent aux dérapages informationnels des entreprises, tout en proposant une appréciation nuancée de sa portée effective. Si les entreprises utilisent largement l'espace discrétionnaire ouvert par les procédures et les modes d'évaluation prévus par la normalisation comptable, la portée des comportements typiquement manipulateurs ou frauduleux demeure en effet limitée.

Le déclenchement des crises ayant récemment défrayé la chronique a souvent été lié à l'annonce de révisions affectant les comptes des entreprises concernées. Ces révisions s'appliquent par exemple à l'évaluation de certains actifs – notamment des titres de participation ou des incorporels – ou à la réévaluation de provisions destinées à couvrir des risques initialement sous-estimés. Par leur fréquence et leur ampleur, de telles corrections ont pu entretenir des représentations selon lesquelles

les normes régissant la production de l'information comptable ménagent des possibilités de jeu excessives et facilitent une traduction arbitraire de la réalité économique. Pourtant, dans la plupart des cas, elles traduisent des situations dans lesquelles des entreprises se trouvent contraintes de reconnaître des pertes effectives ou des risques qu'elles n'avaient pu mettre antérieurement en évidence dans leurs comptes. L'émotion suscitée par ces annonces est alors induite par la révélation d'une situation de crise. Mais, dans la recherche des sources des difficultés rencontrées et dans l'identification de leurs responsables, il faut se garder de confondre ce qui relève d'une défaillance du système d'information avec ce qui relève d'erreurs de conception ou de mise en œuvre des stratégies. Si la diffusion d'informations comptables reflétant une brutale dégradation de la situation et des performances ou la révision de certaines évaluations ont souvent constitué la première phase des crises récentes, elles ne signalent pas une défaillance du système d'information mais l'échec du modèle économique adopté par les entreprises concernées ou l'impact de difficultés inopinées rencontrées dans la mise en œuvre de projets pourtant pertinents.

Bien plus, c'est dans le cadre de procédures comptables et à cause des diligences qu'elles imposent que les entreprises traversant une situation difficile sont incitées à révéler les échecs, les contre-performances, les pertes ou les risques qu'elles subissent. Ces procédures impliquent en effet des routines qui ont par elles-mêmes un caractère régulateur. En fixant aux dirigeants, aux comptables et aux auditeurs des rendez-vous périodiques, en exigeant d'eux un réexamen des actifs, des engagements et des risques, elles leur imposent des moments de vérité. Cette épreuve s'applique aux titres de participation précédemment acquis dans des phases d'euphorie boursière, et dont il faut bien réviser la valorisation à un moment où les cours s'effondrent. Elle s'applique également à certains actifs incorporels dont la valorisation repose sur une capitalisation de revenus futurs, que le

ralentissement de l'activité économique conduit à réviser à la baisse, et, enfin, aux créances et aux stocks exposés à des risques de pertes encore latentes.

On peut bien sûr souligner que les signaux vraiment significatifs d'une dégradation brutale de la situation ou des performances se déclenchent trop souvent de façon tardive, ou encore regretter que les signes avant-coureurs de la menace d'une crise demeurent peu perceptibles durant de trop longues périodes de latence ou d'accumulation des périls. Mais il faut bien reconnaître que la nécessité de rendre régulièrement des comptes impose des rendez-vous récurrents d'autant plus propices à un effort de fidélité et de sincérité que la responsabilité personnelle des dirigeants, des comptables et des auditeurs pourrait être engagée – et ce, non seulement par une manipulation intentionnelle des comptes, mais également par un défaut manifeste de vigilance ou de diligence.

En dernière analyse, les contraintes inhérentes à la production et à la diffusion de l'information comptable apparaissent ainsi comme des facteurs qui contribuent globalement à une meilleure transparence de la gestion.

À la recherche d'une meilleure traduction des risques d'entreprise

Si l'on cherche à dépasser l'impact de quelques affaires retentissantes, il faut aussi reconnaître que la conception des systèmes d'information financière a évolué dans le sens d'une meilleure traduction des risques d'entreprise. Cette préoccupation se trouve manifestement au cœur des transformations appliquées aux normes régissant la production et la diffusion de cette information.

La réglementation et la normalisation comptables imposent aux entreprises des contraintes d'ampleur variable selon leur rapport à l'épargne publique. De façon prévisible, celles qui

présentent un capital ouvert et font appel à des investisseurs ayant vocation à détenir des fractions minoritaires du capital sont soumises aux obligations les plus contraignantes. Par ailleurs, d'autres différences s'imposent compte tenu de l'activité des entreprises ; c'est ainsi que les activités financières et d'assurance donnent lieu à une normalisation plus contraignante en raison de l'importance du risque au cœur même de l'activité des entités concernées. Mais, quelles que soient l'activité et l'ouverture du capital, on peut affirmer que la montée des dispositions visant à imposer aux entreprises une information plus transparente sur leurs risques constitue une tendance générale. Au-delà de ces contraintes, on observe également la diffusion croissante de bonnes pratiques, qui poussent les entreprises à prendre des initiatives volontaires pour améliorer la densité, l'accessibilité et la qualité de l'information qu'elles diffusent au public. Imposée par des obligations externes ou portée par leur mouvement propre, l'évolution de pratiques comptables devrait elle aussi conduire à une précision accrue dans la traduction des risques supportés par les entreprises.

La protection des tiers grâce à la diffusion d'une information aussi pertinente et transparente que possible a toujours été l'un des objectifs prioritaires assignés à la normalisation comptable. Mais l'évolution de ces dispositions a largement entériné la diversification des destinataires de cette information et, par voie de conséquence, la transformation de certains de ses objectifs majeurs.

La tradition comptable française et celle de la plupart des pays d'Europe continentale se sont historiquement développées sur la base d'une réglementation et d'une normalisation orientées par les besoins de certains utilisateurs privilégiés des états financiers : l'administration fiscale et les créanciers. Cette orientation a mis l'accent sur la procédure de dégagement du résultat, qui devait être suffisamment formalisée et uniformisée pour s'adapter aux impératifs de contrôle de la matière imposable. Elle a également souligné une identification des actifs et des engagements qui facilite l'appréciation des garanties offertes aux tiers

par la situation nette, grâce à des modes de présentation et d'évaluation relativement standardisés. Le souci de dégager des modes homogènes de comptabilisation explique sans doute l'attachement de cette tradition au principe du nominalisme et la réticence face à l'idée de la reconnaissance des actifs incorporels ou de la prise en compte de la valeur économique d'actifs dont le prix est soumis à d'incessantes fluctuations sur des marchés volatils.

La tradition comptable des États-Unis et du Royaume-Uni s'inscrit dans une perspective différente, qui s'attache aux besoins informationnels des investisseurs opérant sur les marchés de capitaux. Plus que l'homogénéité des modes de présentation et d'évaluation, elle cherche à s'adapter aux décisions des porteurs, des acquéreurs ou des vendeurs de titres en éclairant la situation, les perspectives des émetteurs et les risques auxquels ils sont exposés. C'est pourquoi elle reconnaît la prééminence de la réalité sur la forme, et s'attache à la traduction de la valeur économique ou de la juste valeur des actifs et des engagements, dont il s'agit de proposer une image fidèle (*true and fair view*) en insistant sur l'évaluation de ces éléments par le marché.

L'évolution du cadre normatif s'appliquant aux entreprises européennes cotées s'alignera, à compter de l'exercice 2005, sur un corps doctrinal établi par l'*International Accounting Standards Committee* (IASC), et largement inspiré des principes comptables généralement admis aux États-Unis. Pour la production de leurs comptes consolidés, les grandes entreprises françaises et européennes sont ou seront donc conduites à appliquer des référentiels comptables soulignant les besoins informationnels des marchés de capitaux et l'application étendue de la juste valeur, notamment à propos des instruments financiers. En revanche, les comptes individuels continueront de jouer le rôle de document de référence, notamment dans une perspective juridique et fiscale, et illustreront des cadres normatifs nationaux désormais cantonnés à un champ d'application limité, même s'il concerne encore des centaines de milliers

d'entités juridiques disparates, tant par leur taille que par leur influence économique.

L'émergence de nouveaux risques informationnels

L'évolution de la normalisation s'oriente vers une voie qui tend à assurer une identification plus précise des actifs et des engagements des entreprises et, dans une large mesure, leur valorisation selon des principes économiques d'observation ou d'appréciation de leur juste valeur. Mais elle introduit également des facteurs endogènes d'instabilité qui peuvent contribuer à accroître la volatilité des marchés sans fournir d'avantage informationnel significatif.

Un premier facteur potentiel d'instabilité concerne le champ et les modalités d'application de l'évaluation à la juste valeur. Si le principe d'un réexamen périodique des valorisations appliquées aux éléments de l'actif et du passif ne peut être contesté, son application concrète soulève de nombreux problèmes de mise en œuvre. Dans le cas des éléments traités sur des marchés pour lesquels il est possible de documenter des séries de prix cotés selon des mécanismes objectifs et transparents, les fluctuations affectant les prix observés posent au moins un problème de choix du niveau, qui peut être considéré comme une référence significative à la clôture des comptes. Mais tous les éléments pour lesquels il n'est guère possible d'observer des prix objectifs sur des marchés soumis à un fonctionnement régulier vont entraîner la mise en place de modèles de valorisation dont la cohérence et la pertinence soulèveront des problèmes complexes d'appréciation.

Enfin, les conditions de diffusion de l'information comptable évoluent également dans le sens de la fourniture aux tiers d'un flux d'informations plus dense et plus régulier. La périodicité de la production et de la publication d'informations intérimaires tend en particulier à se resserrer avec la mise en place de contraintes de diffusion d'informations semestrielles ou trimestrielles. Si la diffusion en continu d'informations significatives semble utile pour la compréhension par les tiers des perspectives d'évolution de l'activité, elle est également susceptible d'entraîner des effets pervers qu'il ne faut pas sous-estimer. Ce qui importe pour la production des anticipations sur la performance et les risques d'une entreprise, ce n'est pas tant la quantité et la fréquence des informations divulguées, mais leur pertinence, leur précision et leur rapport avec les mécanismes de création de richesse à l'œuvre dans les activités de l'entité émettrice. Un fait nouveau, susceptible d'influer sur le résultat de la période en cours, ne prend son sens et sa portée réels que lorsque son impact sur les opérations de l'entreprise peut être apprécié. Or il ne peut l'être que par référence à un modèle économique connaissant une certaine inertie et tendant à s'ajuster, non sur une période infra courte, mais dans la plupart des métiers, sur un horizon de plusieurs mois. Si l'on doit demander un effort aux entreprises en matière de divulgation d'informations économiques, financières et comptables, ce n'est pas dans le sens d'une course effrénée au resserrement des échéances de publication ou à la diffusion en continu qu'il devrait s'inscrire, mais dans celui d'une récurrence prévisible de rendez-vous annoncés et soigneusement préparés entre dirigeants et destinataires des comptes. C'est ainsi que le système d'information financière pourra apporter la contribution la plus efficace à une amélioration du contrôle exercé sur les entreprises.

B e r t r a n d V o y e r

Président, groupe Prévoir

Entretien réalisé par Pierre Bollon

Risques : Vous êtes le responsable d'un groupe d'assurances de taille moyenne, original à l'intérieur de la profession. De plus, vous n'êtes pas coté en bourse. Pourquoi vous sentez-vous concerné par ce projet de nouvelles normes comptables internationales ?

Bertrand Voyer : Le groupe Prévoir est une société ancienne, créée en 1910, composée d'un holding et de deux sociétés d'assurances, vie et risques divers. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- nous ne travaillons que dans le domaine de l'assurance de personnes ;
- notre cible de clientèle est constituée des familles à revenus moyens, et qui souscrivent majoritairement des contrats longs à cotisations périodiques ;
- le capital appartient à 70 % aux familles fondatrices et à 30 % aux salariés et aux familles d'anciens salariés ;
- notre société n'est pas cotée. À ce titre, nous ne devrions pas être tenus d'appliquer ces nouvelles normes, en tout cas pas dès 2005. Dans la pratique, les États membres de l'Union européenne ayant la faculté d'étendre le champ d'application aux sociétés non cotées, nous avons cependant toutes les chances d'avoir également à les appliquer dans des délais courts.

Risques : Les normes IAS ont pour objectifs d'améliorer la comparabilité et la transparence des sociétés. Ce sont des objectifs louables. Qu'en pensez-vous ?

Bertrand Voyer : Dans cette affaire d'IAS, je ne parlerai bien entendu que des aspects concernant les entreprises d'assurances, et je m'efforcerai d'apporter le témoignage d'une société comme la nôtre. Commençons par l'objectif de comparabilité. Il est clair que l'analyse des résultats des sociétés d'assurances

s'apprécie de plus en plus dans le cadre d'un marché européen de l'assurance et qu'à ce titre, l'utilisation de mêmes normes comptables pour toutes les sociétés européennes est souhaitable. Alors, lesquelles choisir ? En simplifiant, on peut dire qu'il existe au moins deux systèmes de normes en pratique pour l'établissement des comptes sociaux :

- celles qui s'inspirent des règles pratiquées dans les pays anglo-saxons, avec une dominante *marked to market* ;
- celles qui s'inspirent des normes pratiquées en France et dans d'autres pays d'Europe, avec une dominante prudentielle très marquée, basée sur les coûts historiques.

Pour les principaux partenaires d'une entreprise d'assurances (clients, salariés, actionnaires), les attentes principales sont la solidité et le développement durable de la société, ce à quoi les normes d'inspiration française répondent mieux.

Donc, oui à des normes comparables, mais en s'inspirant des règles prudentielles comme celles pratiquées en France.

Mais il y a aussi l'objectif de transparence avec lequel on ne peut, bien sûr, qu'être d'accord ; le problème, c'est que le système proposé risque d'aller à l'encontre du but recherché. Distinguons entre l'actif et le passif de nos bilans. À l'actif, l'argument avancé est l'identité entre *fair value*, c'est-à-dire valorisation à la valeur de marché, et transparence.

La transparence, à mon sens, c'est autre chose. C'est l'idée de donner le maximum d'informations permettant d'apprécier la situation de l'entreprise. Les informations existent actuellement dans les rapports annuels, bilans et annexes, avec une base en coût historique.

À l'inverse, peut-on parler de *fair value* des actifs d'une société d'assurances sur la base d'un cours relevé dans une journée, avec une volatilité de 20 ou 30 % ?

Au passif, l'enjeu est l'évaluation de la valeur du portefeuille de contrats. L'idée est d'apprécier la valeur actuelle de nos engagements à l'égard des assurés. Elle se calcule à partir de la notion d'*embedded value*, qui représente la valeur actuelle des résultats futurs de nos contrats.

Dans la pratique, les sociétés qui ont travaillé concrètement sur le sujet savent que cette notion peut être appliquée de mille façons possibles en raison du très grand nombre de paramètres qui entrent dans les modalités de calcul et peuvent modifier considérablement le résultat en fonction des hypothèses retenues. De plus, le sujet est technique et complexe, et donc incompréhensible pour l'actionnaire moyen.

Aujourd'hui les marchés financiers traversent une grave crise de confiance, qui a en grande partie pour origine des interrogations sur la situation financière des entreprises. Même si les calculs d'*embedded value* sont réalisés par un cabinet d'audit ou d'actuaire extérieur à l'entreprise, ils garderont toujours un caractère subjectif. Autant la notion d'*embedded value* a son intérêt en tant qu'outil de gestion interne, et c'est comme cela que nous l'utilisons dans notre société, autant il ne faudrait pas la considérer comme un document comptable. N'ajoutons pas un élément de doute supplémentaire aux interrogations des investisseurs !

Risques : L'application de ces nouvelles normes va-t-elle avoir un impact sur votre gestion, et notamment votre gestion financière ?

Bertrand Voyer : Certainement, notamment pour ce qui concerne la gestion de notre portefeuille d'actions, qui ne peut se comprendre qu'en prenant en compte l'aspect actif-passif. Aujourd'hui, cette gestion s'appuie sur les principes suivants : les investissements en actions sont incontournables dans notre allocation d'actifs. Le raisonnement de base est que, sur une longue période, et si l'on se réfère au passé, les actions apportent de meilleurs retours sur investissement que les autres supports, obligations et immeubles.

Néanmoins, cette constatation doit être tempérée par l'idée que ces observations du passé ne se répètent pas toujours de la même manière. Aussi, l'autre principe

retenu est de ne pas dépasser une proportion raisonnable d'actions, de l'ordre de 15 %.

Un portefeuille d'actions se bâtit dans la durée, avec l'objectif de construire un prix de revient bas par titre, à partir d'un choix sélectif permettant de traverser les tempêtes financières sans trop de dommages. Les choix de titres s'effectuent en fonction de critères fondamentaux : stratégie de l'entreprise et opportunités du secteur, visibilité des résultats, appréciation de la situation financière, qualité du management...

Ces principes caractérisent la façon de faire des gestionnaires de nos sociétés d'assurances, et sont différents de ceux appliqués par les gestionnaires des Sicav-actions, qui sont plus attirés par l'actualité des marchés et n'hésitent pas à faire tourner rapidement leurs portefeuilles.

Les nouvelles normes proposées reviennent à assimiler les portefeuilles d'actions des sociétés d'assurances à une grosse Sicav. Inévitablement, nos gestionnaires se conduiront comme ceux des Sicav, et risquent de privilégier l'aspect « court terme », alors que la responsabilité de notre métier d'assureur doit nous faire préférer l'approche fondamentaliste, basée sur une appréciation à long terme de l'avenir des entreprises.

Risques : Toutes les Sicav ne privilégient pas nécessairement le court terme, mais l'image est parlante. Y a-t-il d'autres aspects de ce projet qui vous posent un problème ?

Bertrand Voyer : Il y a également le fait que je ne trouve pas sain d'utiliser deux jeux de comptes basés sur des principes différents :

– les comptes sociaux, qui dépendent de la réglementation et de la fiscalité de chaque pays, et qui fabriquent des résultats à partir de flux annuels d'activité ;

– les comptes consolidés, dont les résultats sont établis à partir d'une approche bilantielle.

Je ne crois pas que cette différenciation soit tenable sur une longue durée.

D'autre part, le traitement de la participation aux bénéfices, qui a un impact considérable sur les résultats, n'est pas précisé pour le moment.

Risques : Avez-vous essayé de mesurer concrètement l'impact de l'application de ces nouvelles normes pour votre société ?

Bertrand Voyer : Nous avons effectivement essayé, sur deux aspects :

- les résultats financiers ;
- l'organisation de la société.

S'agissant des résultats financiers, nous avons essayé de retraiter les grandes lignes des comptes 1999, 2000 et 2001 sur la base de ces nouvelles normes. Bien entendu, il s'agit encore de calculs assez grossiers compte tenu des informations en notre possession.

Il se dégage néanmoins quelques premières conclusions :

- un réajustement brutal soit des résultats, soit des

fonds propres suivant l'option choisie, pour la première année d'application ;

- une forte volatilité de ces mêmes chiffres, d'une année sur l'autre, en rien comparable avec les chiffres publiés pour ces trois exercices.

Nous avons aussi étudié, avec nos commissaires aux comptes, l'organisation à mettre en place dans les services en cas d'application de ces règles. Il est clair que nous devons considérablement renforcer nos services de comptabilité, d'informatique et d'actuariat. Pour une société de notre taille, ce sont des charges extrêmement lourdes et permanentes.

Faut-il vraiment se lancer dans de telles dépenses si l'enjeu n'en vaut pas la peine ? Je ne crois pas que cela soit raisonnable.

4.

Croniques

Droit

Georges Durry

Secret médical et expertise judiciaire civile

Social

Rose-Marie Van Lerberghe

*Vers un rééquilibrage entre le droit législatif et réglementaire
et la norme conventionnelle*

chroniques

Secret médical et expertise judiciaire civile

Georges Durry

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

A intervalles réguliers – ce qui nous paraît justifier de revenir sur un sujet déjà abordé dans cette chronique (voir *Risques* n° 39) – ressurgit le grave problème posé aux assureurs de personnes par l'existence du secret médical. En effet, ils s'estiment souvent victimes, aussi bien en assurance en cas de décès qu'en assurance maladie, de fausses déclarations de l'assuré, au moment de la conclusion du contrat, sur son état de santé. Lorsque survient le sinistre, et qu'ils entendent obtenir la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (art. L. 113-8 C. ass.), ils n'ont guère d'autre moyen de preuve que le témoignage du médecin traitant ou la consultation du dossier médical de l'assuré. Et c'est là qu'ils se heurtent inmanquablement à l'obstacle du secret médical, que leur oppose l'assuré ou, s'il est décédé, l'ayant droit, héritier ou tiers bénéficiaire, à la prestation prévue par le contrat. Le piège se referme alors sur l'assureur, au plus grand détriment, dans l'immense majorité des cas, de la vérité et, plus techniquement, du droit de l'assureur, reconnu par les textes, à la sincérité de la part de son assuré.

Or les tribunaux sont attachés à la recherche de la vérité et les

entorses que recouvre souvent l'invocation du secret médical sont loin de les laisser toujours indifférents. Il n'est pas jusqu'à la Cour de cassation qui, à un certain moment, pas si lointain, n'ait paru sensible à la situation intenable faite aux assureurs. En particulier, dans un arrêt du 9 juin 1993¹, la première chambre civile avait décidé qu'un assureur était en droit de se prévaloir, à l'encontre de la veuve, d'un certificat médical obtenu directement du médecin traitant d'un assuré. Grâce à ce certificat, il avait pu être prouvé que l'assuré suivait un traitement médical lors de la conclusion du contrat, alors qu'il avait affirmé le contraire. La Cour avait jugé que la veuve ne pouvait s'opposer à la production du document « dès lors qu'il ne s'agissait pas pour elle de respecter un intérêt légitime, mais de faire écarter un élément de preuve contraire à ses prétentions ». Avec un tel motif, autant dire qu'il ne restait rien du secret médical !

Depuis, la Cour de cassation était revenue à plus de rigueur. Notamment, le 12 janvier 1999², elle avait cassé un arrêt d'appel qui, dans le droit-fil de la solution admise en 1993, avait jugé que « l'intérêt de la justice et la loyauté des débats » permettaient d'admettre

la production par l'assureur d'un document fondé sur des confidences faites par le médecin traitant. Même si des considérations d'espèce ont pu peser sur la décision, l'arrêt de 1999 marquait un net raidissement. Cependant, sinon l'arrêt du moins les conclusions du conseiller rapporteur paraissaient laisser la porte ouverte à une autre façon, licite celle-là, pour l'assureur de parvenir à percer le secret médical : le recours à une expertise judiciaire civile³. Le tribunal qui ordonne l'expertise inclut dans la mission de l'expert celle de se faire communiquer le dossier médical de la personne concernée. L'expert le consulte, sans en révéler le contenu à quiconque, puis en tire les conclusions lui permettant de répondre à la question posée par le tribunal – par exemple, M. ou Mme X. étaient-ils, à telle date, séropositifs ?

On ne saurait, dans ces conditions, qu'être spécialement attentif à l'accueil réservé par la jurisprudence à cette idée. Or deux décisions récentes semblent montrer qu'elle a un certain avenir.

La première est un arrêt rendu par la cour de Paris le 8 janvier 2002⁴. Dans cette affaire, une personne avait adhéré, au début de 1990, à

une assurance destinée à verser un capital soit à elle-même en cas d'invalidité résultant d'un certain nombre de maladies énumérées au contrat, soit, en cas de décès, à un bénéficiaire désigné. En mars 1994, l'assuré déclara être atteint de l'une des maladies concernées (l'arrêt évoque dépistage HIV et séropositivité) et réclama en vain le versement du capital prévu. Après son décès survenu quelques mois plus tard, le bénéficiaire prit le relais. Soupçonnant l'assuré de dissimulations sur son état de santé lors de l'adhésion, l'assureur refusa de payer et l'affaire fut portée en justice par le bénéficiaire, qui obtint entièrement gain de cause en première instance. Sur appel de l'assureur, la cour d'appel ordonna une expertise.

C'est à ce stade qu'apparut le problème du secret médical. En effet, mission avait, entre autres, été donnée à l'expert de se faire remettre par deux hôpitaux parisiens, dépendant de l'Assistance publique et dans lesquels l'assuré avait séjourné en 1993 et 1994, le dossier médical de celui-ci. L'un des établissements répondit que le dossier avait été – comme par hasard, ajouterait-on volontiers – perdu, tandis que l'autre, de manière plus franche, opposa à la demande de l'expert un refus catégorique, fondé sur l'existence du secret médical. Le conseiller de la mise en état des causes fut alors saisi de l'incident par l'expert. Ce magistrat enjoignit au directeur de l'établissement de remettre, sous peine d'astreinte, le dossier à

l'expert. Puis, saisi d'une demande de rétractation par le directeur général de l'AP, il rendit une nouvelle ordonnance, de refus, laquelle fut déferée devant la cour d'appel.

À l'appui de son recours, l'administration présentait différents arguments. D'un côté, elle se prévalait de la règle de la séparation des pouvoirs, interdisant sa condamnation par une juridiction de l'ordre judiciaire. De l'autre, surtout, elle opposait le secret médical, obstacle, d'après elle, en l'absence de tout texte législatif le lui imposant, à ce qu'elle pût communiquer à un expert, eût-il été nommé par la justice, le dossier d'un malade sans le consentement de ce dernier ou, après son décès, de ses héritiers.

La Cour ne s'est pas arrêtée à cette argumentation, rejetée en des termes parfois sévères. On laissera ici de côté la question de compétence, qui ne paraît pas de nature à intéresser les lecteurs de cette revue et qui touche de surcroît à un domaine qui n'est pas de notre spécialité, pour n'envisager que le seul problème du secret médical. Les juges ont estimé être devant un conflit entre deux intérêts, celui du malade à voir respecter le secret médical, d'une part ; celui de l'assureur à ce que la vérité puisse être établie, de l'autre. Et ils n'ont pas hésité à affirmer qu'il convient de faire primer la manifestation de la vérité sur le secret, dès lors que le demandeur entend se prévaloir d'un contrat dont la validité est

subordonnée à la manifestation de la vérité. Plus techniquement, la possibilité de passer outre au secret médical ne pouvant résulter que d'un texte de valeur législative, la cour a pensé pouvoir trouver ce texte aussi bien dans l'article L. 113-8 du Code des assurances que dans l'article 10 du Code civil, lequel impose à chacun d'apporter à la justice son concours à la manifestation de la vérité.

On se permettra de relever l'insigne faiblesse du dernier argument. En effet, l'article 10 du Code civil comporte deux alinéas, et les juges paraissent bien avoir oublié le second, qui réserve explicitement le cas où un motif légitime justifie le refus de concourir à la manifestation de la vérité. Or il n'est guère douteux que le secret médical constitue *a priori* un tel motif. Le seul vrai problème est donc bien de savoir si, lorsque l'issue d'un procès dépend exclusivement de la possibilité de connaître le véritable état de santé de l'une des parties (ou d'une personne de qui une partie tient son droit), et que cette connaissance passe par la consultation du dossier médical, établi par un médecin, il est possible de procéder au moyen de la nomination d'un expert médical judiciaire. La cour de Paris n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Pour elle, en effet, il n'y aurait aucune violation du secret médical puisque, d'une part, l'expert judiciaire, médecin, est lui-même astreint au secret et que, d'autre part, l'avis de ce technicien, dont la

divulgaration porterait atteinte à l'intimité de la vie privée, ne saurait dès lors être utilisé en dehors de l'instance dans laquelle il a été désigné (art. 247 NCPC).

Il ne s'agit là toutefois que d'un arrêt d'appel, contre lequel, semble-t-il, un pourvoi aurait été formé. Il convient donc d'attendre le résultat de ce pourvoi avant de tenir pour certaine la solution retenue. Mais, dans ce contexte, on ne peut manquer d'être intéressé par un second arrêt⁵, qui ne concerne certes pas une affaire d'assurances mais qui émane, lui, bel et bien de la Cour de cassation.

Un conflit s'était élevé entre des frères et sœurs, qui se disputaient la succession de leur mère. L'un des frères avait été gratifié d'une donation par la défunte ; les autres enfants prétendaient que la donatrice n'était pas saine d'esprit lors de la libéralité, qui était donc nulle (art. 904 C. civ.). La preuve de ce qu'ils avançaient passait par la consultation du dossier médical, qu'une cour d'appel avait ordonné au médecin traitant de communiquer à son confrère, expert judiciaire. Le pourvoi formé contre cet arrêt objectait, parmi d'autres moyens, que cette violation du secret médical n'était justifiée par aucun texte législatif. La Cour de cassation, pour le rejeter, donne deux motifs, également intéressants.

D'abord, elle voit dans l'article 904 du Code civil la disposition légale de nature à décharger le médecin

traitant de son obligation au secret. En second lieu, elle affirme que, « la finalité du secret professionnel étant la protection du non-professionnel [*sic* : il ne s'agit pas de droit de la consommation !] qui les⁶ a confiés, leur révélation peut être faite non seulement à ce dernier mais également aux personnes ayant un intérêt légitime à faire valoir cette protection », ce qu'étaient les enfants qui souhaitaient voir prononcer la nullité de la donation. La Cour relève en outre, pour les approuver, les modalités fixées par les juges d'appel à la mission de l'expert : seulement consulter le dossier médical, afin d'être à même de répondre aux questions que lui posait le juge, mais sans le communiquer à quelque autre personne.

On aperçoit aussitôt le parti que pourraient songer à tirer les assureurs d'une telle décision. Si l'article 904 du Code civil autorise à ne pas s'arrêter à l'existence du secret médical, pourquoi pas l'article L. 113-8 du Code des assurances ? En revanche, l'arrêt est bien loin de décider qu'il suffit d'avoir un intérêt légitime à faire valoir pour pouvoir bénéficier de la levée du secret médical. Au contraire, il est assez restrictif, puisqu'il se contente d'assimiler les enfants du malade à ce dernier, en décrétant que, comme lui, ils peuvent renoncer à la protection que constitue le secret médical lorsqu'ils jugent que tel est leur intérêt. Mais, à la réflexion,

l'argument n'est pas décisif, car, si l'intérêt de certains héritiers allait bien dans le sens de la révélation, celui de l'héritier bénéficiaire de la donation était exactement inverse. En réalité donc, c'est bien la recherche de la vérité qui a été, en l'espèce, préférée au droit au secret. C'est exactement ce que soutiennent les assureurs !

Le débat n'est certainement pas clos par les deux décisions commentées. Elles nous paraissent cependant aller dans le bon sens en permettant d'éviter, par le recours à l'expertise judiciaire, que le secret médical ne soit mis à profit que pour échapper à la sanction de fraudes évidentes. Une mesure bien simple, pour que le secret médical continue à être respecté malgré les impératifs d'une saine justice, ne consisterait-elle pas à ce que les jugements et arrêts puissent, dans ce genre d'affaires, être rendus anonymes, sur décision spéciale des juges ? Nous lançons l'idée.

Notes

1. *Bull. I*, n° 214.

2. *JCP 1999, II, 10025, rapport Sargos*.

3. *On insiste sur cette précision, car, en procédure pénale, il semble admis que les juges, et spécialement le juge d'instruction, peuvent donner à un expert mission de consulter un dossier médical (Crim. 20 janv. 1976, D. 1976, Somm. 76)*.

4. *Gaz. Pal.*, 27 octobre 2002, p. 28, note Carbuccia-Berland.

5. *1re Civ.*, 22 mai 2002, *Bull. I*, n° 144.

6. *Il s'agit des faits dont le praticien a eu connaissance dans l'exercice de sa profession*.

Vers un rééquilibrage entre le droit législatif et réglementaire et la norme conventionnelle

Rose-Marie Van Lerberghe

Directeur général, Altedia ressources humaines

Le gouvernement vient de décider dans deux domaines importants de revenir sur des mesures prises par la majorité précédente au nom de la défense ou du développement de l'emploi. Dans les deux cas, il l'a fait en renvoyant à la négociation interprofessionnelle ou de branche. Dans les deux cas, la nature et l'ampleur des mesures de suspension ont fait l'objet d'une recherche d'équilibre subtil entre le patronat, qui réclamait l'abolition pure et simple de certaines dispositions, et les organisations syndicales, qui craignaient la perte de certaines garanties.

La réforme concernant les 35 heures

L'assouplissement des 35 heures réclamé par le patronat, surtout pour les petites entreprises, a été obtenu par la hausse du contingent d'heures supplémentaires et la simplification des différents systèmes de contingent. La loi du 19 janvier 2002, dite « loi Aubry II », avait en effet mis en place un mécanisme assez efficace de « serre-file » pour obliger progressivement toutes les entreprises à passer à 35 heures en s'appuyant sur les

dispositifs existants, notamment de repos compensateur.

Ainsi, de la 36^e à la 39^e heure, la majoration des heures supplémentaires (25 % depuis 2001 pour les firmes de plus de 19 salariés et à partir de 2003 pour celles de moins de 20 salariés) devait être prise sous forme de repos, sauf accord d'entreprise instituant une majoration en argent.

Par ailleurs, au-delà du contingent légal et réglementaire de 130 heures, le repos compensateur était de 100 % pour les entreprises de 10 salariés et plus et de 50 % pour les entreprises de moins de 10 salariés, ce qui signifie que, au titre du repos compensateur, l'entreprise était amenée à donner du temps et ne pouvait donc techniquement rester à 39 heures.

À ce repos compensateur vient s'ajouter le repos compensateur dit « Stoleru », destiné à protéger les conditions de travail et qui impose à toute entreprise de plus de 10 salariés un repos égal à 50 % des heures au-delà de la 41^e heure, à prendre par journées entières ou par demi-journées dans les deux mois suivants.

La possibilité pour les branches de négocier des contingents plus élevés que 130 heures, autrement appelés contingents conventionnels, ne concernait en effet que le seuil au-delà duquel l'autorisation de l'inspecteur du travail était requise. En revanche, le seuil au-delà duquel se déclenche le repos compensateur était d'ordre public et ne pouvait être modifié par accord de branche.

Les nouvelles dispositions renversent le principe du paiement des heures supplémentaires, qui se fera en argent et non en temps sauf accord contraire. Elles suppriment la distinction entre contingent légal ou réglementaire et contingent conventionnel, et renvoient la définition de ce nouveau contingent – fixé à 180 heures par un décret transitoire – à la négociation de branche.

Le ministre des Affaires sociales, François Fillon, présentait ainsi la réforme : « La volonté de souplesse se traduit par un renvoi aux partenaires sociaux de la fixation du niveau de contingent des heures supplémentaires et des conditions de leur rémunération. C'est là le point essentiel de la réforme proposée. Sa

portée dépasse les 35 heures. Elle éclaire notre intention d'inciter à un rééquilibrage, disons-le politique et culturel, entre le droit législatif et réglementaire et la norme conventionnelle. »

Dans les faits, les nouvelles dispositions vont permettre aux entreprises de rester à 39 heures avec un surcoût modique.

Il y a aujourd'hui 128 000 accords sur la réduction de la durée du travail, touchant 8,8 millions de salariés, ce qui porte le nombre de ceux qui ne sont pas concernés à 7,4 millions, dont 5,7 millions à temps complet (source : rapport Dares).

Il est peu probable que les sociétés passées à 35 heures se risquent à renégocier leurs accords. En effet, il s'agit dans la plupart des cas de grandes entreprises qui ont obtenu en contrepartie une modulation sur l'année, qu'elles n'avaient pu mettre en place auparavant, et une modération salariale qui leur ont souvent permis d'absorber le surcoût du passage à 35 heures. La plupart des DRH de ces entreprises ne souhaitent à aucun prix « rouvrir la boîte de Pandore », avec tous les risques de revendications salariales qui ne manqueraient pas de se faire jour.

À l'inverse, le mouvement poussant l'ensemble des firmes, y compris les petites, à négocier des accords de réduction du temps de travail a sans doute été stoppé net. Elles n'ont plus, en effet, ni obligation ni incitation à négocier puisque

simultanément les allègements de charges sociales sur les bas salaires ne seront plus subordonnés à la réduction du temps de travail.

Aussi risque-t-il de subsister durablement deux régimes de temps de travail, celui des grandes entreprises et celui des petites entreprises. En effet, plus de 90 % des salariés des entreprises de 200 personnes et plus étaient à 35 heures en décembre 2001 et un peu moins de 10 % dans les entreprises de moins de 20 salariés (rapport Dares).

Seulement un rééquilibrage du marché du travail dans un sens plus favorable aux salariés et les futures pénuries de main-d'œuvre qui devraient résulter des évolutions démographiques seront de nature à changer cette situation, à condition toutefois que les salariés eux-mêmes accordent plus de prix à une réduction de leur durée du travail qu'à une augmentation de leur salaire.

Les 35 heures n'ont pas été remises en question, mais leur généralisation a été stoppée net sans que les salariés descendent dans la rue pour manifester. Même les protestations des syndicats sont restées dans des limites extrêmement raisonnables et ne laissent pas présager que ce sujet soulèvera des revendications massives dans un avenir proche.

En revanche, l'appel à la négociation de branche pour déterminer le niveau définitif du contingent des heures supplémen-

taires et leur rémunération risque de rester assez théorique, car on voit mal contre quelles contreparties acceptables par le patronat les syndicats admettraient une rémunération des heures supplémentaires inférieure à celle fixée dans le décret. À l'inverse, on voit mal contre quelles contreparties acceptables par les syndicats le patronat obtiendrait un niveau de contingent plus élevé que celui arrêté par le décret. Le contingent de 180 heures figurant dans le décret risque donc de subsister longtemps à titre transitoire !

De même, les branches qui ont négocié des accords de réduction du temps de travail avec accès direct à la modulation ne seront guère tentées de rouvrir le débat, ni même de dénoncer leurs accords. Le retour au droit commun priverait en effet les entreprises couvertes par l'accord du bénéfice de la modulation.

Sur ce sujet, donc, on peut considérer que l'appel à la négociation risque de rester en grande partie lettre morte.

Le projet de loi concernant la loi de modernisation sociale

Il est symptomatique que ce projet de loi s'intitule « projet de loi relatif à la négociation collective sur les restructurations ayant des incidences sur l'emploi ». À l'évidence, ce titre met en avant le souci de promouvoir le dialogue

social dans un domaine pourtant extrêmement sensible.

On a déjà dit ici que la loi de modernisation sociale, supposée limiter les licenciements pour motifs économiques, avait surtout pour effet un allongement considérable des délais de procédure, sans avantage clair pour les intéressés, sauf le décalage de la date de leur licenciement, et surtout sans encouragement réel au dialogue social et à la négociation, car on restait dans le registre de l'information-consultation, qui n'impose nullement la recherche d'un accord, l'employeur parvenant généralement à ses fins au terme de la procédure avec une série d'avis négatifs, mais à condition que lesdits avis aient été recueillis dans les formes.

On notera néanmoins que la loi de modernisation sociale comportait des mesures positives, comme le congé de reclassement ou le doublement des indemnités de licenciement, qui, elles, ne sont pas remises en question par le projet de loi.

Ce dernier suspend pour une période de dix-huit mois une série d'articles concernant la procédure. Il s'agit d'abord de la suppression de la non-concomitance entre le livre IV (l'explication du motif économique) et le livre III (les mesures d'accompagnement social). On revient donc à la situation antérieure permettant au chef d'entreprise de lancer simultanément la discussion sur les

motifs économiques et sur les mesures d'accompagnement social, ce qui évite les risques de trouble social liés à l'incertitude pour les salariés sur le fait qu'ils seraient personnellement concernés ou non et surtout sur la façon dont ils seraient traités. Le retour à la situation antérieure supprime évidemment le seul avantage pour l'employeur introduit par la loi de modernisation sociale, qui était d'enfermer la discussion sur le livre IV (sur les motifs économiques) dans des délais prédéterminés.

Sont également suspendus les articles concernant le droit d'opposition du comité d'entreprise, l'obligation de présenter une étude d'impact social et territorial et le recours au médiateur. Cette dernière disposition était d'ailleurs inapplicable faute d'arrêté définissant les conditions de nomination et de rémunération des médiateurs.

Enfin, est suspendu l'article prévoyant les pouvoirs renforcés du directeur départemental du travail. Là encore, on revient à la situation antérieure où le directeur départemental du travail a la possibilité de dresser un constat de carence au début de la procédure (c'est-à-dire de déclarer qu'à ses yeux le plan social n'est pas d'assez bonne qualité), ce qui n'a aucune portée juridique en soi mais incite à l'évidence les représentants du personnel à recourir au juge pour faire invalider le licenciement.

Après hésitation et discussion, un autre article très controversé de la loi de modernisation sociale a également été suspendu, rétablissant la possibilité pour le chef d'entreprise d'utiliser unilatéralement les critères de qualités professionnelles pour établir la liste des licenciements.

Tous ces articles sont non pas abrogés, comme l'aurait souhaité le patronat, mais suspendus pendant une période de dix-huit mois au cours de laquelle les partenaires sociaux sont invités à négocier sur les procédures relatives à la prévention des licenciements économiques et aux règles d'information et de consultation des représentants du personnel.

Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'on ne sent pas un très grand enthousiasme du côté des partenaires sociaux pour se saisir de ce sujet sensible. Mais la volonté de favoriser le dialogue social prend une autre forme, qui devrait être plus féconde, car décentralisée au niveau de l'entreprise.

En effet, l'article 2 du projet de loi instaure « à titre expérimental » la possibilité pour des accords d'entreprise de « fixer les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise », autrement dit de se substituer aux procédures en vigueur, à condition toutefois « de ne pas déroger aux dispositions relatives à la nature de l'information dont doit disposer le comité d'entreprise » et de « garantir le droit du comité

d'entreprise de formuler des propositions alternatives (...), d'obtenir des réponses motivées et de recourir à un expert ».

Pour être valables, ces accords doivent être signés, « sur avis conforme du comité d'entreprise, par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dans l'entreprise ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés lors des dernières élections du comité d'entreprise ».

Autrement dit, le projet de loi accorde une valeur juridique et donc opposable aux accords de méthode, qui étaient jusqu'à présent non pas interdits mais très fragiles puisqu'ils pouvaient être contestés auprès des tribunaux par des syndicats minoritaires. Surtout, il évite la superposition entre les procédures de concertation prévues par les accords de méthode et la procédure officielle d'information-consultation. Certes, il ne supprime pas le rôle du comité d'entreprise, mais, concrètement, les organisations syndicales majoritaires ont la possibilité d'instituer un groupe de concertation particulier pour discuter à la fois des aspects économiques et des aspects sociaux, la seule obligation étant de mettre

le comité d'entreprise, à un moment donné, dans la boucle (vraisemblablement au début et à la fin). Le projet de loi ouvre même la possibilité de négocier les mesures d'accompagnement social (reclassement et reconversion), ce qui pourrait éviter leur contestation devant les tribunaux. En revanche, bien entendu, l'accord ne peut déroger aux dispositions d'ordre public social comme l'ordre des licenciements.

Ces dispositions constituent une novation majeure dans un domaine où prévalaient jusqu'à présent des procédures souvent très formelles. Il reste à souhaiter que les organisations syndicales se saisissent de cette opportunité pour jouer un rôle plus constructif, étant entendu que l'accord de méthode ne doit pas aller jusqu'à exiger d'elles un aval à la restructuration elle-même.

Avant même que ce projet de loi n'en ouvre la possibilité, un nombre non négligeable d'entreprises – des groupes comme Carrefour, dans le cadre de la fusion avec Promodès, ou encore Alcatel – ont eu recours, en dépit de sa fragilité juridique, à ce type d'accord. On peut donc

raisonnablement espérer que ce nouveau chapitre du dialogue social se développe au moment où, du fait de la conjoncture économique, on risque malheureusement de voir se multiplier les restructurations.

Une des raisons invoquées pour justifier de la prévalence dans notre pays de la loi sur le contrat est la faiblesse des organisations syndicales et leur insuffisante représentativité. Pour avoir des organisations fortes, représentatives et responsables, l'important est non pas d'imposer des obligations de négociation qui risquent toujours de rester formelles, mais de créer de l'enjeu. Il est évident que le cadre de l'entreprise est assez propice à créer de l'enjeu sur des sujets concrets, touchant directement les salariés. C'est là que les organisations syndicales peuvent retrouver une légitimité bien nécessaire pour susciter les conditions d'une intervention crédible au niveau des branches et au niveau interprofessionnel. Ce n'est donc pas vraiment un hasard si le « rééquilibrage entre le droit législatif et réglementaire et la norme conventionnelle » est amené à faire un détour par la négociation d'entreprise.

5.

Études et livres

Études

■ Christian Schmidt

Daniel Kahneman et le renouvellement de la théorie du risque

■ Bastien Soulé

*Difficultés et enjeux de la quantification des accidents
dans les stations de sports d'hiver*

■ Anne Charon
CHEA

La protection de l'image de marque de l'entreprise

Livres

■ Bertrand Jacquillat • Bruno Solnik

Marchés financiers. Gestion de portefeuille et des risques
par Yves Simon

■ Alain Borderie

L'assurance complémentaire santé en France
par Pierre Bollon

Daniel Kahneman et le renouvellement de la théorie du risque

Christian Schmidt

Directeur du Lesod

Professeur à l'université Paris-Dauphine

L'attribution cette année du prix Nobel de sciences économiques à Daniel Kahneman (en compagnie de Vernon Smith) constitue un événement exceptionnel dans l'histoire relativement récente de cette distinction¹. Pour la première fois, il est décerné à un psychologue. La psychologie est non seulement la discipline dans laquelle le nouveau Prix Nobel a été formé, mais l'ensemble des travaux qui lui ont valu la prestigieuse récompense portent presque exclusivement sur la contribution de la psychologie expérimentale à l'intelligence de la perception du risque et des comportements humains face à l'incertitude. Les non-économistes précédemment distingués par le jury de Stockholm ne sont pas légion. Friedrich von Hayek était docteur en droit et Herbert Simon avait soutenu une thèse en science politique. Mais le premier s'était rapidement forgé une réputation d'économiste professionnel ; quant aux recherches du second, elles intéressaient d'abord les micro-économistes de la décision. Reste John Nash, le mathématicien. Mais là encore, les concepts novateurs par lesquels il a révolutionné la

théorie des jeux ont, dès l'origine, donné lieu à d'importants développements économiques.

Rien d'équivalent avec Kahneman, dont l'activité scientifique ne s'est jamais fondue dans la science économique. Un délai conséquent s'est du reste écoulé entre ses premières publications sur l'analyse du risque, qui remontent au milieu des années 1960, et la parution de son article fondateur avec Amos Tversky dans *Econometrica*, en 1979, sous le titre « Prospect theory : an analysis of decision under risk »². On comprend rétrospectivement cette lacune. Daniel Kahneman et Amos Tversky esquissent dans cet article les contours d'une analyse des décisions en incertitude qui se pose en véritable alternative de la théorie économique standard, dominée jusque-là par le modèle de l'utilité espérée. Kahneman précise et approfondit cette approche dans ses travaux ultérieurs. Elle n'épargne aucun des éléments qui concernent ce que nous appelons communément le risque, depuis les composantes de sa perception jusqu'à son évaluation en termes de probabilités.

Hétérodoxes hier, les idées de Kahneman reçoivent aujourd'hui la consécration de la science économique « normale »³.

Daniel Kahneman n'est pas un isolé. Ses recherches, le plus souvent effectuées en équipe, s'inscrivent dans un courant de psychologues expérimentalistes dont les rangs n'ont cessé de grossir depuis vingt-cinq ans. Son nom est d'abord associé à celui d'Amos Tversky, avec lequel il a cosigné une majorité de ses publications⁴. Mais il faut également y joindre ceux de Slovic, Fischhoff, et Lichtenstein, pour ne citer que les plus connus. La première rencontre de leurs travaux avec ceux des économistes prit la forme d'une critique. Forts d'une base solide de données expérimentales, Kahneman et ses collègues mettent en question la portée positive de la théorie économique classique des choix en avenir incertain, dont les résultats se trouvent contredits de manière récurrente par les comportements observés. Là cependant n'est pas l'essentiel. Depuis les célèbres expériences de Maurice Allais (1952, 1953), plusieurs économistes, dont Allais lui-même,

avaient déjà exprimé de sérieux doutes sur la validité empirique de tel ou tel de ses axiomes et amendé, en conséquence, le corpus de la théorie dominante (Machina, 1982 ; Fishburn, 1988...). Kahneman, et le courant qu'il représente, va beaucoup plus loin. Il s'attache à montrer que l'ensemble de la théorie repose sur des bases psychologiquement non pertinentes et propose d'en reformuler les termes en profondeur.

Cette remise en cause de la modélisation économique du risque et de l'incertitude repose sur trois piliers essentiels. En premier lieu, les informations dont disposent les agents sur l'incertitude de la situation dans laquelle ils sont placés ne sont pas directement utilisables pour éclairer leur décision. Elles ne deviennent intelligibles pour eux que lorsqu'elles se trouvent intégrées dans un code qui permet de les interpréter (*coding, framing...*). En second lieu, la notion de risque ne vise pas directement l'occurrence des états du monde possibles, mais la comparaison entre les gains et les pertes qui accompagnent leur réalisation. Cette comparaison s'effectue par rapport à un point de référence nécessairement conventionnel. Enfin, l'évaluation des chances de gains et des risques de pertes est inséparable d'un jugement subjectif porté par l'agent concerné (*heuristic judgement*).

La première de ces hypothèses explique pourquoi le principe

d'invariance, difficilement attaquant d'un point de vue logique, se trouve souvent battu en brèche par les agents, lorsqu'ils sont confrontés à l'incertain. Ce principe revient simplement à affirmer que l'incertitude d'une situation est indépendante de la manière dont cette situation se trouve présentée. Il est implicitement admis dans toutes les théories économiques de la décision. Or, on constate qu'une même situation se trouve diversement interprétée selon sa formulation. Ces formulations peuvent être données dans le cadre d'expériences contrôlées ; elles peuvent aussi être construites, comme c'est le plus fréquent dans la réalité, par l'intéressé lui-même. Faut-il, dès lors, en conclure que les agents sont victimes d'une illusion cognitive, comparable aux illusions d'optique dans le domaine de la perception visuelle ? Kahneman et ses collègues ne le pensent pas. Ils soutiennent, au contraire, que la mise en évidence de tels phénomènes ne fait que refléter la prégnance d'un schéma cognitif qui ne se réduit pas aux règles de la logique élémentaire et qu'il revient aux chercheurs d'élucider.

L'appréhension du risque par les individus consiste non pas à évaluer d'abord les chances de réalisation de tel ou tel état, puis à en déduire les conséquences positives ou négatives que ces états vont entraîner pour eux, mais plutôt à comparer les gains et les pertes certains ou incertains qu'ils sont susceptibles de leur apporter. Ici

encore les résultats obtenus par des expériences répétées permettent d'avancer quelques idées qui se démarquent des théories économiques classiques en la matière. Le comparatif dont il est question s'appuie sur une référence. Cette référence est donnée par une situation où gains ou pertes seraient certains. Ce renvoi à des situations certaines (ou presque certaines) pour apprécier le risque fournit une clé qui permet de comprendre pourquoi les agents, contrairement à la logique économique élémentaire, ne réagissent pas de manière symétrique lorsqu'il s'agit de gains espérés ou de pertes redoutées⁵.

En règle générale, on observe qu'un gain certain, fût-il modeste, se trouve préféré à un gain seulement possible, même si le montant de ce dernier est souvent beaucoup plus élevé. En sens inverse, une perte qui n'est pas tout à fait sûre sera préférée à une perte certaine, même d'ampleur limitée. De manière très schématique, on peut donc considérer, pour cette raison, que les individus sont plutôt *risk averting* lorsque l'incertitude porte sur des gains possibles et *risk assessing* lorsqu'elle concerne des pertes. On en déduira, en termes plus techniques, que la fonction d'utilité qui traduit leur appréciation du risque est concave dans sa portion qui correspond aux espérances de gains et convexe dans celle qui représente l'éventualité de pertes. Or, telle n'est pas l'hypothèse centrale sur laquelle ont été construites la majorité des

théories économiques qui ont tendu à accréditer l'idée d'une aversion générale au risque se traduisant par la concavité de cette fonction sur toute sa longueur.

Kahneman et les psychologues de son école ont constaté expérimentalement que les probabilités utilisées par les individus pour mesurer les incertitudes auxquelles ils sont confrontés ne répondent pas toujours aux règles du calcul des probabilités. L'exemple le plus probant est sans doute celui d'événements indépendants dont la combinaison est souvent jugée plus probable que chaque événement pris individuellement, contrairement à un principe élémentaire du calcul des probabilités. La répétition de biais comme celui-là a conduit Kahneman à envisager les probabilités subjectives de façon fort différente de l'acception qu'elles ont prise dans les théories classiques de la décision (Kahneman et Tversky, 1972). Par probabilités subjectives on entend couramment, depuis de Finetti et Savage, une interprétation particulière des probabilités mathématiques, entièrement dérivée des préférences individuelles dont sont dotés les agents. Le recours à la fiction d'un pari en fournit une base intuitive. La formule « Je ne parierais pas un cent sur ce cheval » équivaut ainsi à lui accorder une chance nulle de victoire. Le terme de « subjectif » ne s'applique pas ici au raisonnement spécifique qui conduit un individu à énoncer une probabilité personnelle, mais au domaine qui caractérise son

incertitude (incertitude « intérieure », par opposition à l'incertitude « extérieure », dans la terminologie de Kahneman et Tversky, 1982). Ces termes se trouvent en quelque sorte inversés dans la version des probabilités subjectives proposée par Kahneman. Elle vise, cette fois, la procédure mentale suivie par les individus lorsqu'ils énoncent un jugement de probabilité, que cette incertitude soit d'origine intérieure ou extérieure.

Pour cet auteur, de telles probabilités sont le résultat d'un jugement heuristique qui se fonde principalement sur deux idées : la plus ou moins grande représentativité du phénomène estimé et la relation de causalité supposée plus ou moins étroite avec un modèle dont la connaissance est considérée comme certaine. Imaginons un sondage d'opinion. La validité des réponses obtenues est directement mise en rapport avec la représentativité de l'échantillon utilisé. Leur probabilité d'être significatives apparaît alors plus élevée, d'où le lien spontanément établi dans les esprits entre représentativité et probabilité. On sait, par ailleurs, que si l'on connaît les causes d'un phénomène on dispose d'arguments pour en déduire les chances de son apparition, puisque prévisibilité et explication se trouvent ici intimement liées.

Il existe une affinité certaine entre ces deux idées. L'une et l'autre font dépendre le jugement de probabilité d'un modèle de référence considéré

comme représentatif et fournissant, si possible, un schéma d'explication causale. Il en va essentiellement ainsi parce que ce jugement de probabilité s'exerce le plus souvent, dans la réalité, lorsqu'il s'agit de formuler des prévisions, ou tout au moins des prédictions, pour lesquelles représentativité et causalité constituent des repères mentaux. Un résultat qui échappe à ces repères apparaît dès lors comme surprenant et jugé, pour cette raison, peu probable⁶. On comprend aisément, dans ces conditions, les écarts qui peuvent se manifester entre des probabilités obtenues selon cette procédure et les probabilités déterminées par le calcul, même sur la base des préférences subjectives des individus.

Il reste à rendre compte de la signification de ces écarts et à analyser leur portée. Faut-il se contenter de ne voir dans les contributions de Kahneman et des psychologues cognitivistes qu'une explication raisonnée des biais cognitifs qui affectent l'intelligence des probabilités, comme le fait aujourd'hui la majorité des économistes, ou faut-il au contraire y localiser le point de départ d'une logique sur certains points différente de celle qui sous-tend le calcul des probabilités, comme le proposent quelques philosophes (Shafer, 1976)⁷ ? Kahneman lui-même ne tranche pas la question et adopte plutôt une position éclectique. Il serait évidemment absurde de soutenir que ce que l'on sait sur les mécanismes qui guident les jugements de probabilités émis

par les agents remet en cause les fondements logiques du calcul des probabilités. Mais il faut reconnaître, d'autre part, que ce que les agents cherchent à exprimer concernant l'incertitude en recourant aux probabilités ne coïncide pas complètement avec l'objet mathématique du calcul des probabilités. Il existe pour eux diverses formes d'incertitude, dont l'appréhension et le traitement sont inséparables tout à la fois des objectifs qu'ils poursuivent, des conditions dans lesquelles ils sont placés (contraintes d'information et de temps), ainsi que des moyens de raisonnement dont ils disposent, en fonction des niveaux de connaissance auxquels ils ont accès⁸.

Par-delà les percées concernant les représentations de l'incertitude et l'approfondissement de la notion de risque tel qu'il est conçu et traité par les agents, les contributions de Kahneman débouchent sur des applications concrètes variées. Certaines d'entre elles intéressent plus particulièrement l'assurance.

La manière dont un contrat, ou plus généralement un produit d'assurance, se trouve appréhendé par les clients se révèle très sensible aux effets de *framing* mis en évidence par Kahneman. Ainsi, assurer une opération commerciale n'est pas considérée de la même manière par un industriel si on la présente comme un pari face à un risque incertain ou comme l'acceptation d'un petit sacrifice pour une garantie certaine. Plus précisément, on constate que les

agents préfèrent en général un contrat qui les garantit, sans limitations, contre une classe limitée de dommages à un contrat dont le domaine serait plus étendu, mais soumis à conditions, même si cette dernière formule se révélait, en définitive, plus avantageuse pour l'intéressé au vu du calcul des probabilités. Cette préférence s'explique par le rôle joué, en cette affaire, par la notion de « pseudo-certitude » (Kahneman et Tversky, 1981).

D'autres expériences confirment ces vues, lorsque des probabilités sont introduites dans la formulation. Ainsi, les assurés potentiels manifestent une certaine aversion à l'encontre des ambiguïtés qui peuvent accompagner ces probabilités. La tendance s'inverse lorsque les probabilités de pertes s'élèvent (Hogarth et Kunreuther, 1989, 1992). Si l'on considère que cette ambiguïté constitue une source d'incertitude supplémentaire, on peut interpréter ce résultat comme une confirmation du caractère asymétrique de la fonction d'utilité par rapport au risque, qui, contrairement à l'idée reçue d'une clientèle principalement mue par une aversion au risque, met en évidence l'existence de sa préférence pour l'incertitude dans le cas des pertes⁹.

Ces résultats ne constituent que quelques-uns des échantillons des gisements sur le risque identifiés par le Prix Nobel de cette année, et qui n'ont pas toujours été encore

complètement exploités par les opérateurs.

Notes

1. Le prix Nobel de sciences économiques a été décerné pour la première fois en 1969, et 51 lauréats ont été récompensés à ce jour. Pour une présentation complète des Prix Nobel de sciences économiques, cf. Dominique Roux, *Nobel en économie, Economica, Paris, 2002 (2^e éd.)*.

2. Amos Tversky est mort en 1996 ; il enseignait à l'université de Stanford (Californie).

3. Par référence à l'idée de « science normale » selon T. Kuhn.

4. Pour une vue d'ensemble sur cette approche, cf. « Perception du risque » dans la revue *Risques*, n° 39, juillet-septembre 1999.

5. Plusieurs économistes hétérodoxes avaient déjà souligné l'importance de cette asymétrie entre les gains et les pertes, en particulier L. S. Shackle, dans différentes contributions antérieures (1954, 1970).

6. Ici encore on retrouve, sous une forme quelque peu différente, la notion de « surprise potentielle » introduite sans succès par Shackle dans les années 1960.

7. Cette hypothèse a été récemment développée dans le sillage des logiques épistémiques.

8. La pensée de Kahneman rejoint sur ce point la thèse de la « rationalité limitée » développée par Simon dans une perspective différente (Simon, 1957).

9. Cette confirmation est d'autant plus significative qu'elle émane de travaux effectués par deux auteurs dont l'un au moins s'est opposé à Daniel Kahneman sur plusieurs points.

Bibliographie

ALLAIS, M., « La psychologie de l'homme rationnel devant le risque », *Journal de la statistique de Paris*, 1053, janvier-mars 1952, p. 47-73.

- ALLAIS, M., « Le comportement de l'homme rationnel devant le risque : critique des postulats et axiomes de l'école américaine », *Econometrica*, 4, 1953, p. 503-546.
- FISHBURN, P. C., *Non Linear Preference and Utility Theory*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1988.
- HOGARTH, R. M. et KUNREUTHER H., « Risk, ambiguity and insurance », *Journal of Risk and Uncertainty*, 2, 1989, p. 5-35.
- HOGARTH, R. M. et KUNREUTHER H., « Pricing insurance and warranties : ambiguity and correlated risks », *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 1, 1992, p. 35-60.
- KAHNEMAN, D. et TVERSKY, A., « Prospect theory : an analysis of decisions under risk », *Econometrica*, 2, 1979, p. 263-291.
- KAHNEMAN, D. et TVERSKY, A., « Subjective probability : a judgement of representativeness », *Cognitive Psychology*, 3, 1972, p. 430-454.
- KAHNEMAN, D. et TVERSKY, A., « Variants of uncertainty », in D. Kahneman, P. Slovic et A. Tversky, *Judgement Under Uncertainty : Heuristics and Biases*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982, p. 509-522.
- KAHNEMAN, D. et TVERSKY, A., « Rational choice and framing decisions », in R. M. Hogarth et M. W. Reder, *Rational Choice : the Contrast Between Economics and Psychology*, the University of Chicago Press, Chicago, 1987, p. 67-94.
- KAHNEMAN, D., SLOVIC, P. et TVERSKY, A., *Judgement Under Uncertainty : Heuristics and Biases*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982.
- MACHINA, M., « Expected utility theory without the independence axiom », *Econometrica*, 2, 1982, p. 277-323.
- ROUX, D., *Nobel en économie*, Économica, Paris, 2002 (2^e éd.).
- SCHMIDT, C., « Psychologie des risques et activités d'assurance », *Risques*, n° 39, 1999.
- SHACKLE, G. L. S., *Uncertainty in Economics and Other Reflections*, Cambridge University Press, Cambridge, 1954.
- SHACKLE, G. L. S., *Expectations, Enterprise and Profit*, George Allen and Unwin, Londres, 1970.
- SHAFER, G., *A Mathematical Theory of Evidence*, Princeton University Press, Princeton, 1976.
- SIMON, H., *Models of Man : Social and Rational*, J. Wiley, New York, 1957.

Difficultés et enjeux de la quantification des accidents dans les stations de sports d'hiver

Bastien Soulé

Maître de conférences, Centre de recherche sur les activités physiques et sportives, université de Caen Basse-Normandie

En France, les sociétés d'exploitation de remontées mécaniques dans les stations de ski alpin réalisent un chiffre d'affaires de plus de 760 millions d'euros par saison¹. Après élargissement à l'ensemble des entreprises en station ainsi qu'aux dépenses annexes (transport, immobilier), les spécialistes du tourisme estiment le chiffre d'affaires global réalisé dans ce secteur à plus de 15 milliards d'euros (Debarbieux, 1995). La dynamisation socio-économique induite pour plusieurs régions de montagne est indéniable. Mais elle ne va pas sans générer certaines productions non souhaitées. Il n'est pas fait mention ici de l'impact environnemental de l'industrie du ski alpin (traitée par Weiss *et al.*, 1998), mais des accidents impliquant des clients sur les domaines skiables.

Plusieurs spécialistes déplorent les difficultés relatives à la quantification des accidents inhérents à la pratique d'activités sportives (Bourdeau, 1995 ; Kervern et Rubise, 1991). L'objet de cette contribution est précisément d'objectiver la situation concernant les stations de sports d'hiver :

combien d'accidents se produisent chaque saison sur les domaines skiables français ? Il s'agit également d'analyser la genèse des statistiques actuelles, leur degré de précision, d'adaptation vis-à-vis de l'objectif de saisie de l'existant, ou encore d'éventuelles carences dont elles seraient porteuses. Enfin, dans une perspective sociopolitique, il s'avère incontournable de s'intéresser aux discours produits sur le phénomène observé, afin de dévoiler les intérêts et stratégies en vigueur lorsqu'il est question de quantifier les accidents imputables à la pratique des sports d'hiver.

Pour affiner l'analyse, un élargissement du regard à divers secteurs d'activité à risque est proposé au préalable. Il s'agit d'évoquer plusieurs méthodes de comptage des événements matérialisant ces risques, leurs biais éventuels, ainsi que les stratégies élaborées par les acteurs ayant intérêt à minimiser l'impact de certaines technologies. La structure dégagée permettra une mise en perspective des modes de décompte observés en station.

Plusieurs moyens destinés à atténuer la dangerosité associée à

certains secteurs d'activité peuvent être identifiés.

À propos du nucléaire civil, Rivasi et Crié (1998) ont mis en évidence des similitudes entre les pratiques des technocrates français et celles de leurs homologues soviétiques, pourtant largement décriées après l'explosion du réacteur n° 4 de la centrale de Tchernobyl. Ces auteurs relèvent une aptitude commune à mentir, à manipuler les chiffres ou à dissimuler les incidents. Un exemple cité par Peretti-Watel (2000) remplace avantageusement tout développement approfondi : en 1986, alors que le nuage radioactif en provenance de l'Ukraine traverse l'Europe, les autorités françaises réussissent miraculeusement à stopper la menace d'une contamination à la frontière allemande. Le simple fait de ne pas mesurer la radioactivité sur le territoire français a suffi. Il apparaîtra pourtant quelques années plus tard que tout l'est du territoire français a été contaminé, et on commence à en entrevoir les conséquences sanitaires. La condamnation consensuelle de l'irresponsabilité des autorités soviétiques, à qui l'on avait reproché

en 1986 d'avoir évacué la zone irradiée avec plusieurs jours de retard, prend dès lors une autre teneur.

Depuis quarante ans, l'amiante est reconnu comme étant un produit cancérigène. Il a déjà causé la mort de milliers de personnes. Les enjeux gravitant autour de sa commercialisation sont cependant tels que cette nocivité a longtemps été voilée (Herman et Thébaud-Mony, 2000). Entre 1930 et 1960, pour éviter des condamnations, les industriels se sont évertués à empêcher la diffusion de connaissances sur le lien entre l'amiante et les maladies respiratoires. Par le biais d'expertises partisans², et sous couvert de l'OMS et du Bureau international du travail, ils ont également cherché à atténuer la perception de l'amiante en tant que produit toxique. Ces tentatives finiront toutefois par échouer sous la pression de chercheurs non liés aux industriels, qui dénonceront l'instrumentalisation des organisations internationales par les lobbies (Castleman et Lemen, 1998).

Sur la route, l'impérialisme de la voiture rapide, lourde, tueuse mais rentable est dénoncé par Got (2001). « La route tue plus en un jour que la vache folle en dix ans, mais on ne veut pas identifier les voitures folles pour ne pas avoir à les abattre. » Une commission constituée par le Premier ministre Michel Rocard en 1988 a publié les chiffres des assureurs sur le risque lié à la puissance des voitures : lors d'un accident, les petites voitures

lentes provoquaient 100 francs de dommages corporels chez des tiers, contre 1 800 francs pour les véhicules des groupes les plus dangereux. Depuis, les petites voitures légères et lentes disparaissent progressivement et tous les véhicules de tourisme sont en mesure de dépasser les 150 kilomètres à l'heure. Du fait du développement simultané de l'assurance pour les personnes transportées, les assureurs ne documentent plus séparément les dommages provoqués chez les usagers extérieurs à un véhicule ayant des caractéristiques de poids et de puissance connues. Ni l'Observatoire interministériel de la Sécurité routière, ni la Commission de sécurité des consommateurs, ni le ministère de l'Industrie ne veulent publier ces chiffres, sachant qu'ils mettraient en cause directement leur responsabilité pénale (Got, 2001). On atteint ici la forme extrême de l'hypocrisie décisionnelle : ne pas produire les évaluations qui contraindraient à agir. Car la sécurité coûte très cher, et elle se trouve parfois en contradiction avec les intérêts de certains groupes sociaux³.

Dans le domaine de la sécurité intérieure, la connaissance de la délinquance repose principalement sur des statistiques administratives constituées du dénombrement annuel des crimes et délits constatés par les services de police et de gendarmerie (Grémy, 1999). Bien qu'elles fassent référence et rendent très bien compte de l'activité des forces de l'ordre, ces statistiques

officielles ne sont pas le reflet exact de la délinquance.

Primo, les changements de priorité répressive agissent comme d'importants biais. « Lorsque la police reçoit des consignes pour réprimer davantage l'usage et/ou le trafic de drogues, les chiffres indiquent automatiquement une augmentation à la fin de l'année. Les problèmes de drogue ne sont pas pour autant, cette année-là, plus nombreux que l'année précédente » (Mucchielli, 2001). Un accroissement d'effectifs ou les consignes strictes d'un ministre contribuent ainsi à gonfler les statistiques, sans pour autant que la délinquance ait nécessairement augmenté dans le(s) secteur(s) concerné(s). Les chiffres produits sont donc fondamentalement le résultat de l'action de la police, de ses moyens et de son efficacité.

Secundo, l'action comptable des policiers et gendarmes est essentiellement réactive, à travers l'enregistrement des déclarations de victimes. Mais la propension de celles-ci à porter plainte dépend largement du type de fait considéré. Dans les cas de petits délits, les autorités ne sont informées que lorsque le remboursement des dommages subis par les assurances l'impose.

Pour remédier à cette production lacunaire d'informations, les enquêtes dites « de victimation » consistent à recueillir les témoignages des victimes par le biais de sondages. Elles donnent un aperçu

des divergences entre la victimation déclarée par la population et celle attestée par les officiers de police judiciaire, permettant ainsi d'évaluer dans quelle mesure la statistique officielle rend convenablement compte des ordres de grandeur et évolutions des phénomènes réels. En Angleterre, le British Crime Survey de 1992 a montré que seules un tiers des personnes déclarant avoir été victimes de vol avaient fait une déclaration à la police et que, faute d'éléments probants, seulement un quart de ces déclarations avaient pu être enregistrées. Bilan : moins d'un dixième des victimations réelles ont été comptabilisées dans les statistiques policières. Par contre, la quasi-totalité des vols de véhicules (93 %) ont été déclarés et enregistrés par la police. Pour ce qui concerne les violences, la victime connaissant souvent son agresseur, le silence ou la tentative d'arrangement sont les recours les plus fréquents. Les enquêtes de victimation révèlent que seules un quart des agressions sexuelles et un tiers des agressions familiales donnent lieu à une plainte (Mucchielli, 2001). Les statistiques de référence sont donc très éloignées de la réalité.

Cette différence entre la délinquance réelle et les données statistiques sur l'activité des services est appelée « chiffre noir de la délinquance » (Grémy, 1999). Cette notion peut être transposée à d'autres domaines, dès lors qu'une partie du phénomène étudié échappe à l'enregistrement statistique.

Malgré ces réserves quant à la fiabilité des statistiques émanant des ministères de l'Intérieur et de la Défense, ces dernières sont répercutées par les médias et exercent sur les esprits une forte autorité intellectuelle. Ces chiffres et la vision policière qui les accompagne ne sont pourtant pas des moyens neutres et désintéressés de comprendre la situation. Ils véhiculent une interprétation de la réalité qui ouvre la voie à des dérives, d'autant qu'en la matière la production statistique relève des administrations chargées de contrôler les phénomènes. Ces organismes présentent les résultats de leur activité, partielle et directement intéressée (Mucchielli, 2001). Ce mode de calcul constitue un cercle vicieux : à chaque augmentation du chiffre des crimes et délits recensés, on demande une réponse policière plus importante, laquelle aura une traduction dans les chiffres puisque cette statistique est avant tout une statistique d'activité. On aura alors une nouvelle occasion de déplorer l'insécurité⁴. Il existe donc toujours une façon de tirer avantage des interprétations de ces chiffres : s'ils augmentent, c'est le signe qu'il faut accorder plus de moyens aux policiers pour endiguer la délinquance ; s'ils baissent, c'est le signe que la police fait de mieux en mieux son travail (Mucchielli, 2001). Et l'on constate parfois que, lorsqu'un ministre nouvellement nommé prend l'engagement de faire baisser l'insécurité, les chiffres publiés au début de l'année suivante valident miraculeusement la baisse projetée.

L'objectif de cette parenthèse n'est en aucun cas de comparer la dangerosité ou l'impact accidentologique des sports d'hiver avec ceux des secteurs évoqués, mais d'analyser l'acte de mesure des risques générés dans différents domaines. Dans l'optique de cet article, plusieurs aspects particulièrement intéressants doivent être soulignés.

Tout d'abord, l'initiative de mesurer ou non les risques dont un phénomène est porteur n'est pas anodine. Il s'agit d'une décision politique. En l'absence de transparence, si les médias et les associations ne jouent pas leur rôle de contre-pouvoir, certains risques peuvent être passés sous silence. Dans un second temps, la manière de mesurer les choses a une importance cruciale. Enfin, le degré d'affichage d'une partie ou de la totalité des chiffres produits doit être observé. Les dangers identifiés par certains experts indépendants sont-ils mis sur le devant de la scène ? Au contraire, assiste-t-on à une collusion entre industriels et scientifiques peu scrupuleux ? Au-delà des industriels, les pouvoirs publics s'abstiennent parfois de faire du « bruit » autour de technologies à risque ou d'événements matérialisant un danger pour ne pas alerter outre mesure l'opinion et/ou contribuer au maintien de l'activité considérée. Quand bien même les effets néfastes de cette activité sont avérés.

La production lacunaire de statistiques peut évidemment être le

fruit de biais contingents, liés à une réelle difficulté d'obtention d'informations sur le phénomène observé. Mais les quelques cas exposés mettent également en exergue le pouvoir provenant de tout acte de mesure d'un phénomène à risque, ainsi que l'utilisation (simpliste, mais souvent efficace) qui peut en être faite. D'autant plus si un organisme unique centralise l'acte d'« objectivation » de la situation.

Quel que soit le secteur d'investigation, il convient par conséquent d'être vigilant vis-à-vis des conditions de production des chiffres de référence. Qui les produit, de quelle manière et éventuellement en visant quels intérêts ? Par la suite, qui les commente, avec quel recul et à quelles fins ?

Au niveau national, deux sources de dénombrement des accidents liés à la pratique des sports d'hiver méritent une attention particulière du fait de l'effort méthodologique déployé.

Le Système national d'observation de la sécurité en montagne (SNOSM) est une émanation du ministère de la Jeunesse et des Sports. Sa vocation officielle est double : répondre par des chiffres fiables aux interrogations légitimes de l'opinion publique ; tirer des enseignements destinés à mieux cibler les campagnes de prévention. Pour la saison hivernale, les données produites concernent les accidents liés aux activités de glisse

pratiquées sur les domaines skiables des stations françaises. Il est procédé à un agrégat des sinistres pris en charge par les services des pistes de chaque station, hors accidents sur remontées mécaniques. Le SNOSM s'engage à ne réaliser qu'un traitement global des données en provenance de chaque site, puis à détruire les informations spécifiques à chacun d'eux. Les bilans disponibles depuis 1996 (date de mise en place de ce système) révèlent une moyenne de 45 décès et de 42 000 accidents par hiver (Fleury, 1999).

Plusieurs précisions relatives au mode de collecte de ces données sont cependant à apporter. Tout d'abord, le décompte des décès se limite aux victimes ayant péri « sur le coup », avant évacuation ou tentative de secours. Il n'intègre ni les personnes décédées des suites de leurs blessures ni d'éventuels disparus. Le nombre précis de décès inhérents à la pratique des sports d'hiver reste donc inconnu. La mort récente de la championne Régine Cavagnoud, après plusieurs jours d'hospitalisation, illustre la sous-estimation induite. Mais surtout, les blessés se rendant par leurs propres moyens à l'hôpital ou chez un médecin ne sont pas intégrés à cette base de données, car ils n'utilisent pas la prestation de secours des services des pistes ou des secouristes publics (CRS, gendarmes). Les statistiques produites retracent en conséquence l'activité des secouristes et non la réalité accidentologique. Ce mode de décompte réducteur s'avère

finalement cohérent avec un objectif sous-jacent ayant présidé à la mise en place du SNOSM : éviter les propos alarmistes basés sur des « interprétations douteuses » de quantifications réalisées isolément...

Il est également intéressant de noter que les experts du SNOSM préconisent la pondération du nombre de victimes par le nombre de pratiquants (7,6 à 8,5 millions en France⁵). Relativisation qui paraît logique et légitime. Une seconde pondération est proposée : la comparaison avec le nombre annuel de passages aux remontées mécaniques⁶. Celle-ci prend une teneur plus suspecte, semblant clairement motivée par une recherche délibérée d'atténuation de la dangerosité des sports d'hiver. Par le biais de cette manipulation, on obtient en effet une intervention de sauvetage des usagers des pistes tous les 12 000 passages et un décès tous les 15 millions de passages, ce qui paraît *a priori* dérisoire.

Le Dr Binet, président de l'Association des médecins de montagne (AMM), critique les données SNOSM⁷ et estime que les élus de montagne ont tendance à minimiser l'importance des accidents en station. Depuis 1992, une méthode de comptage alternative est proposée par l'AMM : l'analyse des statistiques médicales par un réseau de 76 médecins répartis sur 52 sites de montagne⁸. En se basant sur les déclarations des blessés au ski ayant

consulté un médecin du réseau, on obtient un taux de prise en charge préalable par les services des pistes d'environ 30 %. Dans au moins⁹ 70 % des cas d'atteinte à l'intégrité corporelle des pratiquants, les pisteurs n'interviennent donc pas (Laporte, 1999). L'extrapolation des chiffres du SNOSM à partir de ce taux permet d'obtenir une estimation de 130 000 à 140 000 blessés sur les domaines skiables français, bien que les secouristes effectuent trois fois moins d'interventions.

Par ailleurs, un sondage s'apparentant à une enquête de victimation est régulièrement effectué par l'AMM au pied des pistes et des remontées mécaniques,

dans 10 stations des Alpes, du Jura et des Pyrénées. Il confirme la première estimation : la proportion de personnes déclarant avoir été blessées lors de la saison précédente se monte à 1,8 % du total des pratiquants interrogés. En appliquant ce pourcentage au nombre annuel de skieurs en France (8 millions environ), on obtient 144 000 blessés par saison. L'ampleur du phénomène que permet de projeter ce pourcentage diffère à nouveau nettement de celle annoncée par les pouvoirs publics¹⁰.

Tout comme l'AMM déplore la sous-estimation du phénomène induite par les travaux du SNOSM, l'ANDPSSSH¹¹ reproche aux

médecins de montagne de « comptabiliser les coups de soleil comme accidents de ski ». Selon cette association, les cas traités directement par les médecins de station ne sont que des traumatismes mineurs. Afin de contrer cette affirmation, une comparaison de diagnostics a été entreprise lors de la saison 1999-2000. Elle oppose deux groupes de patients vus par les médecins de montagne : ceux qui ont préalablement transité par un service des pistes et ceux venus consulter sans assistance. Les résultats obtenus montrent que les pathologies relevées auprès des accidentés non assistés sont loin d'être anodines.

Tableau 1
Diagnostiques comparés entre blessés assistés / non assistés par les pisteurs-secouristes

Type de pathologie	Blessés vus par les pisteurs secouristes puis par un médecin	Blessés vus en cabinet sans prise en charge préalable
<i>n</i>	8 354	17 060
Entorses de genou avec arrachement ligamentaire	16 %	7,2 %
Autres entorses de genou	14,8 %	18,5 %
Entorses du pouce	0,7 %	8,3 %
Fractures avant-bras et poignet	6,2 %	6,7 %
Fractures jambe et cheville	6,9 %	1,2 %
Lésions à localisation potentiellement dangereuse ¹²	17,6 %	17 %
Autres lésions	37,8 %	41 %

La présence de bilans divergents et concurrentiels atteste l'existence d'enjeux importants en matière de quantification des accidents en station. Il est par conséquent apparu nécessaire de se pencher sur des cas concrets afin de cerner *in situ* la production d'accidents liés à l'exploitation des sports d'hiver. Cet

objectif a justifié la réalisation de deux études de cas (dans des stations en tous points différenciées¹³) afin d'établir un état des lieux chiffré de l'accidentologie locale.

La question des indicateurs disponibles et de leur fiabilité est

centrale : dispose-t-on de bases de données suffisantes pour établir un diagnostic fidèle à la réalité ? L'information existante est-elle directement exploitable ? Répondre à ces interrogations implique une identification puis un examen critique des sources. Les données les plus approximatives ont été

contrôlées, puis, dans la mesure du possible, corrigées par le recours à quelques calculs simples, permettant un croisement raisonné des informations disponibles. Afin de ne pas nuire à la fluidité de la lecture, la procédure utilisée n'est présentée que de manière très succincte dans le tableau 2. Pour de

plus amples informations sur la méthode mise en œuvre, le lecteur est invité à consulter le travail doctoral de l'auteur, dont cet article est tiré¹⁴. Des estimations de l'accidentologie réelle sur chaque site ont été formulées. La subjectivité de ces dernières est cependant double, puisqu'elles consistent à établir un

ordre de grandeur hypothétique à partir d'estimations qui sont elles-mêmes plus ou moins précises. Toutefois, la structure de l'information recueillie ne permet pas l'adoption d'une démarche moins spéculative, si ce n'est en se refusant purement et simplement à cet exercice de quantification.

Tableau 2
Estimation quantitative de l'accidentologie sur chaque site

Phases de l'estimation et méthode de croisement des données	Le Mont-Dore	Val-Thorens
1. Pierre angulaire de l'estimation : le nombre de consultations médicales en station, qui intègre implicitement les données officielles des services des pistes. Le renvoi du service des pistes vers un cabinet médical est en effet quasi automatique pour les cas comptabilisés par les pisteurs-secouristes.	850 à 950	4 396
2. Afin de tenir compte des rares cas dans lesquels une victime ayant fait l'objet d'un enregistrement dans les statistiques du service des pistes ne consulte pas un médecin de la station dans la foulée, il faut ajouter à cette base de calcul 5 % du nombre officiel d'interventions de secours annuelles du service des pistes. On se base en l'occurrence sur le fait que 95 % des blessés officiellement assistés par le service des pistes consultent ensuite un médecin en station.	+ 10	+ 66
3. Prise en compte des « interventions de confort ¹⁵ » du service des pistes : afin d'éviter une double comptabilisation des victimes ayant ultérieurement consulté un médecin, il ne faut tenir compte que de la quantité estimée d'interventions de confort non comptabilisées par le service des pistes.	860 à 960	4 462
4. La dissociation n'étant pas automatique entre victimes ayant fait l'objet d'une intervention de confort et consultations médicales, il faut ensuite retrancher de l'estimation le surplus représenté par les victimes qui ont été l'objet à la fois d'une intervention de confort et d'une consultation médicale ¹⁶ .	+ 120 à 250	+ 300 à 750
5. Additionner, le cas échéant, les consultations aux urgences hospitalières qui n'ont été précédées ni d'une consultation en cabinet médical ni d'un passage par le service des pistes.	980 à 1 210	4 762 à 5 212
	- 92	Non applicable
	888 à 1 118	
	+ 52 à 55	Non disponible
	940 à 1 173	

Par la force des choses, l'analyse se limite aux blessés qui ont été pris en charge à un quelconque niveau du dispositif de secours. Seules des enquêtes de victimation auraient permis de formuler une approximation du nombre de victimes d'accidents n'ayant aucunement été assistés. Ce type d'enquête a permis à l'AMM d'obtenir à l'échelon national un

indice de victimation de 1,8 % des pratiquants interrogés. Le simple transfert de ce taux aux stations étudiées ne peut être entrepris, nul ne connaissant avec précision les populations de référence, c'est-à-dire le nombre exact de personnes ayant pratiqué une activité de glisse sur chacun des deux sites. Les seuls indicateurs disponibles, à savoir le nombre de titres de transport

vendus chaque hiver, se révèlent insuffisants : de nombreux pratiquants achetant plusieurs forfaits par saison, le nombre de blessés calculé de la sorte serait supérieur à l'existant. L'application du taux de 1,8 % au nombre de titres de transport vendus présente toutefois l'avantage de déterminer un plafond au-dessus duquel toute estimation s'avérerait excessive. Sur

la base de 91 000 titres de transport vendus au Mont-Dore lors de la saison 1998-1999, on obtient un plafond de 1 638 blessés, pour 5 094, sur la base de 283 000 clients, à Val-Thorens. L'hypothèse haute de l'estimation du nombre d'accidents se produisant dans la seconde station doit donc être revue à la baisse.

Les carences dans la production d'informations, la nature lacunaire des données collectées et la volonté décelable chez plusieurs acteurs de ne pas permettre une appréhension transparente de leur activité font qu'il est impossible de se prononcer avec certitude sur l'ampleur du phénomène accidentel au Mont-Dore et à Val-Thorens. Cependant, même les estimations les plus basses tendent à prouver qu'il existe un décalage flagrant entre les statistiques habituellement mises en avant (en moyenne, 200 accidents par saison au Mont-Dore et 1 320 à Val-Thorens) et la réalité accidentologique supposée.

La tentative d'objectivation de l'ampleur des phénomènes accidentels ne doit pas occulter les discours relatifs au niveau de risque en station. Leur analyse se révèle en effet particulièrement révélatrice et complémentaire de l'effort préalablement entrepris.

La conduite des enquêtes de terrain s'est heurtée à la faible propension des intervenants à divulguer les informations sollicitées. L'utilisation de la « langue de bois » est d'ailleurs un fait reconnu et

assumé par plusieurs acteurs des stations montdorienne et valthorinoise. La principale justification mise en avant provient de la méfiance suscitée par le traitement démesuré des accidents de montagne de la part des médias.

Concrètement, à Val-Thorens, des tentatives de rétention d'information ont rendu difficile l'analyse documentaire. Au premier rang des documents protégés figuraient les statistiques d'intervention du service des pistes, lesquelles n'ont été accessibles qu'au prix d'une autorisation délivrée par le maire de Saint-Martin-de-Belleville, elle-même précédée de négociations destinées à garantir les conditions d'utilisation de ces chiffres. Ces multiples réticences sont surprenantes, tant les données produites par les services des pistes se révèlent avantageuses pour les gestionnaires de station en raison de la minoration du phénomène accidentel qu'elles sous-tendent. De telles résistances procurent paradoxalement des apports empiriques à l'observateur : qu'ils soient ou non explicites, un refus de s'exprimer, la volonté d'atténuer la prégnance d'un phénomène ou encore la rétention de données constituent des informations cruciales.

Aucun des acteurs interviewés ne déroge à la règle tacite qui veut que l'ampleur du phénomène accidentel observé soit saisie à travers les statistiques d'intervention des pisteurs-secouristes. La sous-estimation induite est en partie

contingente : au niveau des stations comme du ministère, relever les faits à partir des bilans d'activité des secouristes constitue une solution *a priori* satisfaisante et de surcroît peu astreignante. Du reste, l'AMM mise à part, nul ne juge utile de produire des données plus précises.

L'explication de cet état de fait est également à rapprocher des indéniables avantages que procure le type de décompte actuel. On peut parler d'une minoration délibérée du risque, dans les stations de sports d'hiver, de la part des professionnels de la montagne. Celle-ci facilite leur communication, car de la sorte les décideurs des stations garantissent la relative innocuité de la prestation de loisir offerte. Pour des raisons commerciales, l'impact secondaire des accidents est en effet redouté. La peur de voir sa station pâtir d'une réputation de dangerosité particulière ou d'être contraint de dégager davantage de moyens sécuritaires incite à ne pas procéder à un décompte exhaustif et à un affichage de l'accidentologie subie par les clients. Les programmes d'information volontaristes augmentent en effet les risques perçus, créant indirectement des incitations pour le marché à trouver des produits plus sûrs (Kip Viscusi et Zeckhauser, 1996). Cet effet secondaire peut aller à l'encontre de la recherche de rentabilité des stations, du fait des dépenses supplémentaires engendrées par un effort sécuritaire accru¹⁷. Cette démarche d'atténuation est accentuée par la comparaison systématique du nombre d'interventions de secours

au nombre de passages aux remontées mécaniques. Les ratios obtenus (une intervention pour 11 000 à 13 000 passages) permettent d'éviter l'évocation brute du nombre d'interventions et de se situer dans la moyenne nationale, calculée de la même manière par le SNOSM.

Au vu des bilans mis en avant, aucun interviewé ne juge sévèrement le nombre et la gravité des accidents se produisant en station. L'actuel seuil d'exposition des clients au danger est donc tacitement considéré comme acceptable par les partenaires de la sécurité. À Val-Thorens, la correspondance de l'exposition relative au risque avec la moyenne nationale établie par le SNOSM est censée attester la dangerosité « normale » de la station. Le SNOSM (créé en coordination avec les ministères de l'Intérieur et de la Défense et financé par la Direction des sports du ministère de la Jeunesse et des Sports) contribue donc à opacifier l'observation du phénomène accidentel dans les stations de sports d'hiver, ainsi qu'à justifier l'acceptabilité des risques actuels.

Les statistiques faisant référence sur les deux sites d'étude sont entachées d'un biais comparable au chiffre noir de la délinquance. Chacun se satisfait actuellement de cette production d'informations standardisée. On peut déduire de l'absence de mise en commun des données produites et de réflexion *a posteriori* à partir de celles-ci qu'il n'existe pas de volonté claire,

traduite par des moyens, de connaître finement les situations accidentologiques locales. Dit plus simplement, personne ne cherche à en savoir plus et le phénomène est partiellement connu.

Plus surprenant : le ministère de la Jeunesse et des Sports participe de cette déformation consciente de la réalité accidentologique. Une collusion motivée par le désir de protéger un secteur d'activité d'une importance capitale pour le développement socio-économique de plusieurs régions montagnardes. Les sports d'hiver permettent en effet la sauvegarde et la création d'emplois : les métiers de la neige regroupent 15 000 travailleurs saisonniers et 3 600 permanents, alors que le secteur élargi des services dans les stations de sports d'hiver françaises rassemble 120 000 emplois (Vles, 1996). À travers le rôle joué par le SNOSM, le ministère de la Jeunesse et des Sports fournit une parade aux professionnels de la montagne.

Il existe pourtant en matière de risques un droit à l'information, et conséquemment une obligation d'informer, l'individu étant censé choisir d'avoir recours à tel ou tel produit ou service en toute connaissance de cause et en prenant d'éventuelles précautions (Kip Viscusi et Zeckhauser, 1996). Le travail empirique met en évidence des carences à ce niveau. Si ce type de lacune n'est pas spécifique aux situations à risque générées en station, il revêt ici une importance cruciale en vertu du rôle de corégulateur du danger implicitement confié à chaque

pratiquant. Pour autant, les sites du Mont-Dore et de Val-Thorens n'ont pas atteint la logique de l'affichage du risque, se situant sur les deux stades antérieurs d'évolution de la gestion des risques (Decrop et Vidal-Nacquet, 1998) : la logique réactive, faite de tâtonnements et d'aménagements *a posteriori* (à la suite d'accidents ou après constatation de problèmes), et celle de l'ouvrage (damage des pistes, protection physique des obstacles, gommage estival des aspérités, etc.).

Le manque de transparence constaté révèle un décalage frappant avec les principales solutions proposées par les interviewés pour atténuer l'ampleur et l'impact du phénomène accidentologique : faire prendre conscience du danger aux clients et les amener à comprendre que la montagne est par essence un milieu à risques difficile à aseptiser. Des sujets conscients des risques auxquels ils s'exposent étant particulièrement à même de prendre les mesures et précautions adéquates pour assurer leur propre sécurité, l'objectif de l'avertissement devrait être de rendre les consommateurs capables de produire des jugements relativement fiables sur le niveau de risque encouru, ainsi que les comportements à adopter et les décisions à prendre pour s'en prémunir. Le modèle psychosociologique de la genèse du sentiment d'insécurité (Roché, 1996) stipule en outre que le risque ressenti (principalement à travers la connaissance de statistiques locales sur les sinistres redoutés) joue un rôle clé dans la perception d'un danger par l'individu et que

l'adoption de comportements adaptatifs se fait proportionnellement à ce degré d'appréhension de la réalité perçue. Ne pas afficher suffisamment le risque, ou le faire sous forme édulcorée, contribue en conséquence à rendre cette prise de conscience problématique.

Enfin, ce travail ne consiste pas à « diaboliser » les stations. Du reste, les moyens sécuritaires déployés y sont conséquents et l'immense majorité des personnes qui fréquentent les stations françaises dévalent les pistes sans incident. Ce sont l'absence de démarche volontariste d'éclaircissement de la situation et l'utilisation stratégique de données biaisées, sous couvert des pouvoirs publics, qui sont critiquables. Bozonnet (1992) mentionne cet effacement déterritorialisant du risque dans la publicité : pour ne pas inquiéter la clientèle, on tait ou on réfute tous les désagréments liés au milieu montagnard. De manière plus critique, Ruiz (1993) affirme que certains accidents pourraient être évités si des informations étaient systématiquement données sur les risques de l'environnement fréquenté. Quand bien même ce type de démarche peut constituer un frein à l'enthousiasme de quelques néophytes et aller à l'encontre des intérêts à court terme de l'industrie du ski.

Bibliographie

BOURDEAU, P., *L'Escalade, entre sport et tourisme*, Agence française de l'ingénierie touristique, Paris, 1995.

BOZONNET, J.-P., *Des monts et des mythes. L'imaginaire social de la montagne*, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, 1992.

CASTLEMAN, B. et LEMEN, R., « The manipulation of the international organizations », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 4, 1, 1998.

DEBARBIEUX, B., *Tourisme et montagne*, éditions Économica, Paris, 1995.

DECROP, G. et VIDAL-NACQUET, P. A., *Les Scènes locales du risque*, Actes du séminaire du programme Risques collectifs et situations de crise, 10^e séance, CNRS, Paris, 1998, 15-84.

FLEURY, B., « Système national d'observation de la sécurité en montagne », *Cahiers du CSSM*, 11, 14-30, 1999.

GENIN, J., BINET, M. H., LAPORTE, J.-D. et CONSTANS, D., « Les accidents de sports d'hiver pris en charge par les médecins de station à propos de 26 272 blessés (saison 1996-1997) », *Le Journal de la traumatologie du sport*, Masson, 1998.

GOT, C., *Risquer sa peau*, Bayard, Paris, 2001.

GRÉMY, J.-P., « Insécurité et délinquance », in CARDE, C., PAGES, J.-P., VROUSSOS, C. et TUBIANA, M. (dir.), Actes du colloque Risque et société, Nucléon, Gif-sur-Yvette, 137-151, 1999.

HERMAN, P. et THÉBAUD-MONY, A., « Conspiration du silence autour d'un produit cancérigène. La stratégie criminelle des industriels de l'amiante », *Le Monde diplomatique*, juin 2000, 20-21.

KERVERN, G.-Y. et RUBISE, P., *L'Archipel du danger. Introduction aux cindyniques*, éditions Économica, Paris, 1991.

KIP VISCUSI, W. et ZECKHAUSER, R. J., « Hazard communication : warnings and risk », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 545, Sage Publications, London, 106-115, 1996.

LAPORTE, J.-D., « Accidentologie du ski. Etude descriptive », *Cahiers du CSSM*, 11, 31-37, 1999.

LEVERRIER, G., « Dénoncer la violence routière : un combat associatif », *Les*

Cahiers de la sécurité intérieure, 25, 45-51, 1996.

MALYE, F., *Amiante : le dossier de l'air contaminé*, Le Pré aux Clercs / Science et Avenir, Paris, 1996.

MUCCHIELLI, L., *Violences et insécurité. Fantômes et réalités dans le débat français*, La Découverte, Paris, 2001.

PERETTI-WATEL, P., *Sociologie du risque*, Armand Colin, Paris, 2000.

RIVASI, M. et CRIÉ, H., *Ce nucléaire qu'on nous cache*, Albin Michel, Paris, 1998.

ROCHÉ, S., *La Société incivile. Qu'est-ce que l'insécurité ?* Seuil, Paris, 1996.

RUIZ, G., « La sécurité dans la pratique des sports de plein air. Le point de vue d'un professionnel », *Cahier Espaces*, 33, 128-135, 1993.

VLES, C., *Les Stations touristiques*, éditions Économica, Paris, 1996.

WEISS, O., NORDEN, G., HILSCHER, P. et VANREUSEL, B., « Ski tourism and environmental problems. Ecological awareness among different groups », *International Review for the Sociology of Sport*, 33-4, 367-379, 1998.

Notes

1. Montagne Expansion, La Lettre économique, n° 112 (15 juin 2000).

2. Au Brésil, par exemple, des enquêtes épidémiologiques effectuées par des universitaires (par ailleurs consultants médicaux de firmes), dans des conditions incompatibles avec les exigences de la rigueur scientifique, ont permis de conclure à l'innocuité de l'amiante.

3. Constructeurs automobiles et pétroliers sont cités par Leverrier (1996).

4. « Le mode de calcul des statistiques nous enferme dans un cercle vicieux », B. Aubusson de Cavarlay, in *Le Monde* du 29 janvier 2002.

5. Selon l'AMM, le Syndicat national des téléphériques (SNTF) et le Service d'études et d'aménagement touristique de la montagne (SEATM.).

6. Plus de 475 millions selon le SNOSM, 697 millions en 1999-2000 pour le SNTF et le SEATM.
7. « C'est beaucoup de moyens pour des résultats peu intéressants », Dauphiné libéré du 15 janvier 1998.
8. Cet échantillon de stations peut, d'après les membres du réseau, être considéré comme représentatif (en termes de taille et d'altitude des stations, de nombre de « journées ski », de répartition par massif et par département).
9. Un certain nombre de blessés ne consultent pas de médecin en station et échappent de ce fait aux statistiques du réseau (Genin, Binet, Laporte et Constans, 1998).
10. AMM, « Stabilité des accidents sur les pistes », in Aménagement et montagne, n° 152, mars-avril 1999. AMM, in Montagne et Expansion, La Lettre économique, n° 78, 10 décembre 1998.
11. Association nationale des directeurs des pistes et de la sécurité des stations de sports d'hiver.
12. Il s'agit principalement d'atteintes faciales, crâniennes, thoraciques ou rachidiennes.
13. Le Mont-Dore, petite station auvergnate, et Val-Thorens, station savoyarde high-tech.
14. Thèse de doctorat soutenue en 2001 à l'université d'Orsay, sous la codirection de J.-P. Pagès, J. Corneloup et C. Pociello : « La sécurité des pratiquants de sports d'hiver : analyse, gestion et acceptabilité sociale des risques sur les domaines skiables des stations de ski alpin ».
15. Il s'agit d'interventions réalisées par les pisteurs-secouristes mais non intégrées à leurs bilans d'activité.
16. Cf. thèse.
17. La sécurité a effectivement un coût, difficile à estimer mais évalué à plus de 20 % du chiffre d'affaires réalisé par les exploitants des remontées mécaniques, soit le double de ce qui était constaté il y a dix ans. Le directeur du service public des Trois Vallées l'estime à 25 % du chiffre d'affaires ; on évoque une proportion de 21,2 % à l'Alpe-d'Huez (Dauphiné libéré du 23 mars 1999).

La protection de l'image de marque de l'entreprise

Anne Charon

*Responsable Développement grand courtage et partenariats
Generali France assurances*

En ce début de siècle, les consommateurs aiment les valeurs sûres. Ils s'attachent aux entreprises qui leur ressemblent, qui s'occupent du client, inspirent confiance, respectent l'éthique et la transparence. En cas de crise, ils cherchent des responsables.

Sans relais médiatique, les crises pouvaient autrefois passer inaperçues. Aujourd'hui, il importe de savoir distinguer les vraies crises, qui entraînent de réelles difficultés pour l'entreprise, et celles qui impressionnent l'opinion mais se révèlent sans impact réel sur la société victime. De toute façon, si la crise a eu lieu, ne serait-ce que dans l'imaginaire collectif, elle porte atteinte à l'image de l'entreprise, qui aura bien du mal à la reconstruire auprès du public et devra supporter des pertes financières importantes.

Le Club Med, Bayer, Perrier, TotalFinaElf, Danone, Michelin, Nike, le Crédit lyonnais, Coca-Cola... Toutes ces firmes ont subi ces dernières années des chocs brutaux qui ont désarçonné leurs troupes et dégradé leur image. Elles apprennent à résister, à gérer la crise, un marché devenu florissant

où consultants en communication, assureurs et assistants s'emploient désormais à prodiguer leurs conseils à l'entreprise en vue de préserver ses enjeux stratégiques.

Au regard de cette problématique, il est opportun de considérer l'image de marque comme un actif, intangible par nature, figurant parmi les plus importants de l'entreprise, et qui devient un capital à protéger, à assurer au même titre que les salariés, les biens de production ou les marchandises. La réflexion relève d'une démarche de gestion des risques et les responsables assurances des grandes firmes ont mis en place des plans de prévention en amont, puis de gestion de crise, pour faire face à l'événement.

Les états-majors des entreprises du secteur de la grande consommation ont peu à peu pris conscience de l'importance des enjeux. « Dans la chimie, le pétrole, le nucléaire ou encore dans l'industrie aéronautique, la culture du risque est plus ancienne, note Jean-Pierre Rousset, PDG de Burson-Marsteller, agence américaine de communication. Mais la multiplication des crises ces dernières années, en particulier dans le domaine alimentaire, a nourri un

sentiment de vulnérabilité. Ces nouveaux risques provoquent une pression infiniment plus forte sur les entreprises que les crises liées à l'environnement. On sait nettoyer une plage polluée par une marée noire, mais en cas de problème sur un produit, les ventes peuvent chuter très vite. »

Quels sont les risques susceptibles de porter atteinte à l'image de marque de l'entreprise ?

Quand on parle de crise, on pense en priorité aux accidents de grande ampleur, de Bhopal à Tchernobyl en passant par l'Exxon-Valdez. Mais les risques susceptibles de déstabiliser brutalement les entreprises sont légion.

Lorsqu'une société commence à réfléchir aux menaces auxquelles elle est exposée, elle s'intéresse d'abord à celles qui pèsent sur son secteur d'activité : la sécurité des passagers pour une compagnie aérienne, la conformité des produits aux normes de sécurité pour un fabricant de jouets, le respect des mesures d'hygiène et de sécurité pour une laiterie, les déversements toxiques et les

incendies dans l'industrie chimique. À cela s'ajoute la planification des catastrophes naturelles, que les conseils en assurance ne manquent pas d'envisager dans leur approche préventiviste.

Mais, en fait, tous les types de crise peuvent se produire dans toutes les entreprises. Sans donner une liste exhaustive, on peut classer les risques encourus en deux catégories :

Les risques endogènes : il s'agit de ceux qui trouvent leur origine au sein de l'entreprise : incendie d'un site de production, contamination ou défaut de fabrication, de construction, de packaging des produits, sabotage, crise sociale (Michelin), fraude, malversation, mise en cause des dirigeants, risques technologiques (navette Challenger) ou opérationnels (tunnel du Mont-Blanc), panne informatique, etc.

Les risques exogènes : échappant à la maîtrise de la société, ils sont susceptibles de déclencher une véritable crise sans rapport avec le produit : pollution, terrorisme, contrefaçon, risque politique, crise boursière, pression des autorités de régulation, menaces criminelles, extorsion, chantage, kidnapping, risque des médias (« humiliation médiatisée » de la Classe A pour Mercedes), risque judiciaire (évolution de la dangerosité légale pour le tabac) ou législatif, fuite d'information, rumeur, boycott (Danone), etc.

Prenons l'exemple de Larousse : en 1990, ce grand éditeur de dictionnaires a dû rappeler 180 000 volumes de son *Petit Larousse* en couleurs à la suite d'une légende sous la photo des champignons qui qualifiait d'« inoffensifs » les champignons mortels, et vice versa. Personne n'a pu savoir à l'époque s'il s'agissait d'une simple erreur humaine ou d'une intention malveillante. Mais en tout cas la crise fut d'autant plus grave pour l'éditeur que Larousse n'avait aucun plan préétabli pour la gérer.

Il faut donc constamment inciter les entreprises à se préparer aux risques qui dépassent leur univers immédiat. Les conseils en assurance ou les *risk managers* avisés sont capables de les mesurer, de mettre en œuvre les moyens de prévention nécessaires et, éventuellement, de gérer le sinistre.

Les solutions apportées par l'assurance

Garantir l'image de l'entreprise revient à assurer les pertes financières que celle-ci devrait supporter si cette image se dégradait dans l'esprit de ses clients et de ses investisseurs. En ce domaine, tout dépend de la taille de la société, de l'enjeu, de la crise. Si l'assurance ne peut que fournir une réponse partielle, voire dérisoire, pour une multinationale qui traverse une crise générant une baisse de son revenu de 30 %, elle permet d'apporter à une PME un soutien qui pourra contribuer à son redressement.

Les solutions traditionnelles

Un événement ne créera une crise entraînant une baisse de confiance des *stakeholders*, clients, fournisseurs, salariés ou actionnaires, confirmée par une baisse des ventes, que dans le cas où l'entreprise est proche du public, ou que le sinistre compromet sa sécurité. L'activité générera une atteinte aux tiers, aux victimes, qui iront chercher un responsable pour réparer.

Sous l'influence américaine (suite aux phénomènes de l'amiante, de l'agent orange dans les 70'), depuis peu la responsabilité civile d'une société peut être engagée du fait de ses produits défectueux. Les contrats qui la couvrent visent à indemniser les tiers, les consommateurs – ce qui confère à l'entreprise une image de sérieux et témoigne du respect qu'elle porte à ses clients – et sont désormais complétés par une formule pertes d'exploitation, comme pour les dommages aux biens, pour indemniser l'entreprise de ses propres pertes financières.

Depuis une quinzaine d'années, l'offre de la responsabilité civile produits s'est étoffée des garanties de frais de retrait, qui se retrouvent même dans des contrats de dommages aux biens des entreprises.

Il existe aussi des garanties contamination des produits, criminelle ou accidentelle, que les assureurs réservent plutôt à leurs

grands comptes, même si quelques avancées témoignent d'un élargissement de la cible vers les PME-PMI. Ces garanties sont encore difficiles à vendre aux petites structures du fait de la complexité du contrat, de son mécanisme et de sa mise en place : il faut en effet être vigilant quant au climat social de l'entreprise (un bon indicateur pour la contamination criminelle du produit), au chiffre d'affaires par activité, à la traçabilité des produits, au plan de crise prévu par l'entreprise.

Les garanties pollution améliorent l'image de l'entreprise soucieuse de son environnement. En France, la quasi-totalité des sociétés d'assurances du marché, françaises ou étrangères (mais pas américaines), sont adhérentes à un pool d'assureurs, Assurpol, leur permettant d'écrêter les sinistres importants en matière de pollution. Depuis la loi de 1976 organisant les installations classées pour la protection de l'environnement, les entreprises assujetties à autorisation préfectorale pour exercer leurs activités sont réassurées auprès d'Assurpol. Elles bénéficient de garanties complètes accidentelles et graduelles (pollution lente et progressive) et de garanties de dépollution.

Des innovations

Il existe maintenant des contrats permettant d'indemniser l'entreprise des pertes financières qu'elle a subies à la suite d'événements distincts du dommage à l'entreprise et de la

responsabilité civile exploitation ou du fait des produits.

On assiste ainsi à l'arrivée sur le marché de quelques garanties pertes d'exploitation sans survenance d'un sinistre matériel ou corporel. Elles sont toujours packagées avec le retrait de produit et la contamination, mais se révèlent novatrices dans le déclenchement du mécanisme de garantie : une simple suspicion ou une menace peut suffire pour faire jouer le contrat. Ce type de garantie pertes financières permet à l'entreprise, en concertation avec son assureur, de retirer du marché rapidement et préventivement ses produits défectueux ou contaminés.

Le retrait de produit et la perte d'image sont de nouveaux risques désormais transférables. Certains acteurs du marché proposent un produit spécifique, doté de garanties complètes conjuguées à des extensions originales, comme la garantie de la publicité néfaste, même supposée. Cependant, si le marché s'ouvre à ce type de couverture, le nombre de souscripteurs paraît encore insuffisant pour enrichir le contrat d'une garantie des pertes financières.

Il existe encore des garanties contre la crise médiatique, souvent adossées au contrat pertes d'exploitation, correspondant à une demande du marché pour couvrir le risque de mauvaise réputation. Le principe consiste à garantir les conséquences financières que

pourrait subir l'assuré et à lui donner les moyens d'engager l'ensemble des opérations nécessaires pour gérer la crise médiatique et rétablir son chiffre d'affaires.

Les pertes financières garanties sont les pertes d'exploitation et les frais additionnels (gestion, publicité, communication, promotion, etc.) engagés pour réduire la crise médiatique.

Sont considérés comme événements générateurs de la garantie : le vice réel ou supposé du produit vendu ou fabriqué par l'assuré, la contamination, criminelle ou pas, réelle ou supposée, un dommage corporel ou une menace pour la sécurité du consommateur, imputable au produit, une campagne de retrait ou de destruction du produit à l'initiative des pouvoirs publics ou en concertation avec les assureurs. Pour déclencher le mécanisme de garantie, la survenance de ces événements est subordonnée à une médiatisation concernant l'assuré, c'est-à-dire toute information véhiculée ou relayée par un média, qu'il soit national ou local.

Recours aux techniques des marchés financiers

Confrontés à l'évolution des risques majeurs des entreprises, les assureurs ont dû s'adapter sur le difficile créneau des grands risques. Des structures dédiées ont été montées au sein de certaines sociétés d'assurances, de réassurance et des cabinets de courtage pour répondre aux demandes de plus en

plus sophistiquées de leurs clients. La mission consiste à couvrir les risques aléatoires classiques – incendie, vol, pertes d'exploitation, responsabilité civile, contamination, etc. – mais aussi les menaces périphériques aux activités des entreprises – risque météo, perte d'image, fluctuation du cours d'une matière première essentielle à la production, soubresauts de la conjoncture économique.

Des solutions voient le jour pour limiter, d'abord, puis transférer une partie de ces risques.

Une nouvelle génération de garanties se présente sur le marché, dont le but ultime est la protection des résultats dans la durée. Les transferts alternatifs de risques (ART) comprennent plusieurs techniques :

- les captives d'assurance ou de réassurance (on en dénombre près de 3 800 dans le monde), qui commencent à être supplantées par des locations de comptes de captives, plus faciles à monter sur un plan comptable ;

- les techniques d'assurfinance ou les solutions *multiline* ou *finite* permettant de lisser les pertes sur plusieurs exercices en élaborant des techniques d'ingénierie financière mêlant transfert et financement de certains risques pour une période de trois à cinq ans.

Ces nouveaux montages permettent aux entreprises de couvrir un préjudice même en l'absence de dommage matériel direct. Ils restent toutefois très onéreux.

Enfin, depuis quelques années, de grandes entreprises tentent de transférer leurs risques, éventuellement les plus coûteux, directement vers les marchés financiers par le biais d'opérations de rehaussement de crédit, financements structurés, produits dérivés, dérivés climatiques, titrisation, *cat bonds* (obligations catastrophes), etc. Tous ces produits sont élaborés en combinant les techniques d'assurance (mutualisation des risques) et les techniques de financement et de couverture dynamique des risques que l'on trouve sur les marchés financiers. Car, dans ce monde du sur-mesure, certains programmes peuvent atteindre plusieurs milliards de dollars...

Tout est-il assurable ?

Même si les risques émergents d'aujourd'hui seront assurés demain par le jeu de la concurrence que se livrent les professionnels de l'assurance, nombre d'entre eux demeurent non transférables à l'assurance, soit qu'elle n'ait pas de statistiques suffisantes pour les apprécier, soit qu'elle ne dispose pas de la capacité nécessaire pour les couvrir. « Les formules packagées proposées par les assureurs, comprenant les frais de communication, de gestion de crise et la garantie perte d'image, n'apportent qu'une réponse partielle au problème de la perte de bénéfice dans le temps, qui reste inassurée, commente Alain Lemaire, directeur de la gestion des risques chez Nestlé. Il en va de même pour de nombreux

risques spéculatifs, qui sont des risques calculés, pris volontairement par le chef d'entreprise dans le cadre de son activité : lancement de produit, expériences sur un nouveau marché, etc. »

La perte d'exploitation seule, sans dommage matériel ni corporel, sans retrait de produit ni contamination, n'existe pas encore sur le marché. Le risque politique, le risque économique ne trouvent pas d'assureur : il n'existe pas de garanties contre les pertes financières consécutives à un mouvement social dans l'entreprise ou à un boycott des produits. La publicité néfaste par ricochet ne trouve pas preneur non plus : imaginons un fabricant d'époisses atteint de plein fouet par la psychose que génère la découverte de listeria dans les fromages de son pire concurrent, et bientôt tout le secteur de l'époisses est touché.

Il reste également un domaine où il est difficile de trouver des garanties d'assurance dans la mesure où l'entreprise victime n'a aucune maîtrise sur le risque : la contrefaçon. Le danger en termes d'image est lié dans ce cas au risque induit par les copies, qui peuvent provoquer une confusion dans l'esprit du client : une pâle imitation d'un parfum recelant des substances allergènes peut porter préjudice à l'image de l'entreprise victime de contrefaçon.

L'avenir de ces produits passera par des garanties complexes combinant les frais de retrait du produit, la

gestion de crise, la reconstruction de l'image médiatique et la perte d'exploitation sur une longue durée, et permettant à l'entreprise

de se retrouver telle qu'elle était avant la survenance de la crise.

Cette chronique reprend les principaux éléments du rapport de fin d'études de

l'auteur du Centre des hautes études d'assurances. *Risques* publie désormais régulièrement les bonnes feuilles de mémoires des récents diplômés du CHEA (8, rue Chaptal, 75009 Paris).

Livres

■ **JACQUILLAT Bertrand, SOLNIK Bruno, *Marchés financiers. Gestion de portefeuille et des risques*, Dunod, Paris, 2002.**

Disons-le d'emblée, la quatrième édition de l'ouvrage de Bertrand Jacquillat et Bruno Solnik est séduisante. Profondément remanié, et bien entendu actualisé par rapport à la version précédente, cet ouvrage présente les concepts et les techniques modernes d'analyse des marchés financiers ainsi que leur application à la gestion de portefeuille et à la gestion des risques.

Le « Jacquillat-Solnik », qui a considérablement marqué et influencé les milieux académiques et professionnels depuis près de trente ans, a beaucoup évolué et s'est transformé de fond en comble depuis sa première parution en 1974. Il le fallait, pour demeurer un livre de référence dans le domaine des marchés financiers.

Cette nouvelle édition présente en 12 chapitres l'essentiel de ce que tout étudiant ou tout professionnel de la finance doit connaître sur les marchés financiers. Ces chapitres peuvent être regroupés (ce que ne font pas les auteurs) en quatre ensembles cohérents : les marchés d'actions (chapitres 1 à 6), les marchés obligataires (chapitre 7), les marchés dérivés (chapitres 8 à 10), la gestion des portefeuilles (chapitres 11 et 12).

Les marchés d'actions

Le livre débute par la présentation du cadre institutionnel des marchés financiers (pour l'essentiel, celui des actions). L'accent est mis sur leur fonctionnement, les titres négociés, l'organisation de la Bourse de Paris et les éléments de microstructure indispensables à la compréhension de l'activité du marché boursier. Cela permet aux auteurs de conclure que l'efficacité opérationnelle des marchés financiers s'est fortement accrue depuis vingt ans sous l'effet de la déréglementation, de la mondialisation et de la concurrence entre les marchés et la technologie. Tous facteurs qui à l'avenir devraient continuer leur action. Au début était l'efficience. En dépit du nombre croissant d'études empiriques mettant en évidence la présence d'anomalies, en dépit de la mise en cause de la rationalité du comportement des investisseurs (comme

l'illustrent la hausse inconsidérée des valeurs technologiques à partir de 1997 et leur chute tout aussi importante depuis mars 2000), « le concept de marché efficient reste le fondement de toute la théorie financière moderne, même s'il règne quelque confusion sur sa signification, voire sur sa validité ». Le deuxième chapitre de l'ouvrage définit et précise le sens qu'il faut donner au concept d'efficience, présente les études qui ont testé les différents aspects de celle-ci et rappelle ses implications pour la gestion des portefeuilles et des risques financiers. « Le message principal de ce chapitre ainsi que de l'ensemble de [cet] ouvrage¹ est que les marchés financiers sont très proches de l'efficience. Il convient donc d'en tenir compte lors de la conception d'une stratégie rationnelle d'investissement. »

L'efficience étant établie, la suite de l'ouvrage étudie le comportement des cours et la gestion de portefeuille dans le cadre des marchés efficients.

Au cœur de la gestion d'actifs sont les concepts de risque et de diversification. L'objet du troisième chapitre est d'aborder la rentabilité d'un placement, le risque de cet investissement (c'est-à-dire l'incertitude associée au taux de rentabilité) et la diversification des placements (qui permet de réduire le risque). Toute politique de placement a pour objet de sélectionner des portefeuilles présentant le couple rentabilité-risque le plus attractif possible. Cela conduit les auteurs à développer l'analyse de Markowitz et celle de la frontière efficiente. Une dernière section (bien venue) est consacrée aux divers raffinements associés au risque et plus spécialement à quelques développements sur la *value at risk*.

La méthode développée par Markowitz permet d'élaborer des stratégies de placement optimales, mais elle n'est guère utilisable pour l'investisseur confronté à un grand nombre de placements. Pour être opérationnelle, la gestion de portefeuille doit simplifier la réalité (sans la trahir toutefois). La simplification, telle qu'elle est exposée au chapitre 4, fut rendue possible par l'observation que les actions réagissent à un certain nombre de facteurs communs. Le « modèle de marché » est la plus simple de toutes les analyses qui relie la rentabilité et le risque d'une action. Sharpe postule en effet que les variations du cours d'une action découlent des fluctuations du marché boursier lui-

même (c'est cela, le facteur de marché) et de facteurs spécifiques à chaque société cotée. Ce modèle développé par Sharpe facilite énormément la gestion du risque d'un portefeuille en expliquant par le coefficient bêta la plus ou moins grande sensibilité du prix d'une action aux mouvements de l'ensemble du marché. Ce modèle a rendu de grands services, mais l'observation des marchés financiers conduit à penser que des modèles à plusieurs facteurs, tels que ceux proposés par Barra, sont beaucoup plus opérationnels.

Pour le praticien (et pour le théoricien), il est important de connaître pour tout actif le prix qui devrait prévaloir sur un marché financier en situation d'équilibre. Ce sont en effet les déviations par rapport à ce prix d'équilibre qui seront exploitées par le professionnel pour acheter et vendre des actifs, et améliorer de ce fait la rentabilité de sa gestion. Le chapitre 5 de l'ouvrage de Jacquillat-Solnik présente les modèles d'équilibre des actifs financiers que sont le Capital Asset Pricing Model (CAPM) et l'Arbitrage Pricing Theory (APT). La théorie des marchés financiers établit l'existence d'une relation linéaire entre la rentabilité anticipée par le marché sur un titre et le risque de ce titre, mais le risque est-il le seul facteur à prendre en compte ? L'intérêt du chapitre 6 est de nous expliquer que le risque et la liquidité représentent les facteurs essentiels de valorisation des actifs financiers et que le « modèle du plan de marché » (Trival) développé par Associés en finance est une source de progrès, par rapport au modèle de marché, pour évaluer les actifs financiers et pour les gérer.

Les marchés obligataires

L'analyse en termes de rentabilité et de risque peut être étendue à l'ensemble des placements, et plus spécialement aux titres obligataires. Tel est l'objet du chapitre 7. Il présente les bases du calcul actuariel, les caractéristiques des obligations (à taux fixe, à taux variable ou indexées) et les principes de leur valorisation. Ce chapitre s'intéresse au risque de taux d'intérêt et sert de toile de fond à l'analyse du risque de crédit.

Vu l'importance des titres à revenu fixe dans l'ensemble des portefeuilles détenus par les investisseurs, nous regrettons la parcimonie des développements de ce chapitre, comparée à la richesse des chapitres traitant des actions, en particulier en ce qui concerne la structure par terme des taux et la gestion du risque de taux d'intérêt. Ce n'est pourtant pas l'absence d'études (théoriques, empiriques et pratiques) qui caractérise ce segment de l'industrie financière (surtout si on y intègre

le risque de crédit comme le font Jacquillat et Solnik). Cela tient-il au manque de goût des auteurs ? À moins qu'il ne faille incriminer les exigences de l'éditeur relatives au volume de l'ouvrage.

Les marchés dérivés

Les chapitres 8 à 10 abordent les produits dérivés et la gestion des risques financiers. Le chapitre 8 est une introduction où sont présentés les contrats à terme (*forward* et *futures*), les *swaps* et les options, c'est-à-dire les trois structures que l'on retrouve dans tous les produits dérivés de deuxième génération et qui sont à la base de tous les montages de l'ingénierie financière. Le chapitre 9 est pour l'essentiel consacré aux contrats *futures* (typologie, évaluation, et utilisation en tant qu'instruments de couverture contre les risques financiers). Le chapitre 10 s'intéresse aux options, et plus spécialement aux options sur actions et sur indices boursiers. Les points les plus intéressants concernent les déterminants de la valeur d'une option, les problèmes posés par l'évaluation de ces instruments et les stratégies de portefeuille (couverture, arbitrage, spéculation) rendues possibles grâce à ces produits dérivés.

La gestion des portefeuilles

La gestion de portefeuille doit intégrer les conclusions théoriques validées par les études empiriques développées dans les chapitres qui précèdent. Autant dire que le concept de risque mesuré par rapport à un *benchmark* est central à toute pratique de gestion de portefeuille. C'est par rapport au risque que sont présentés et analysés au chapitre 12 les trois grands types de gestion que sont :

- la gestion passive (elle vise à structurer un portefeuille de manière à ce qu'il reproduise la composition d'un indice de référence) ;
- la gestion active (elle vise à structurer un portefeuille dans des proportions différentes de celles d'un indice de référence de manière à pouvoir battre le marché) ;
- la gestion garantie (elle s'adapte au profil de risque souhaité par les investisseurs qui y recourent).

Une fois mise en œuvre, la gestion de portefeuille doit être analysée au niveau de ses résultats. Tel est l'objet de la mesure de performance présentée au chapitre 11. Celle-ci doit fournir : la rentabilité réalisée sur la période ajustée au niveau du risque pris ; la performance par rapport à un *benchmark* ; la décomposition de cette performance selon les différentes sources de rentabilité ; l'impact des principales décisions de gestion que sont l'allocation

des actifs (choix des marchés, choix des devises), le *timing* de marché et la sélection des titres sur la performance des portefeuilles.

Face au sujet traité – *Marchés financiers. Gestion de portefeuille et des risques* –, les auteurs ont dû être confrontés à un choix cornélien : soit ils retenaient une conception extensive des marchés financiers, soit ils se limitaient à une vision plus étroite et restrictive et n'abordaient que les marchés d'actions (ces derniers constituent, malgré tout, le cœur théorique et historique de la gestion d'actifs et furent à l'origine de la théorie financière et de celle des marchés de capitaux).

Se limiter au marché des actions eût été réducteur, mais, avec l'espace gagné en éliminant les chapitres 7 à 10 inclus, Jacquillat et Solnik auraient pu développer certains points un peu négligés relatifs à la gestion de portefeuille – en particulier dans la composante internationale – et à toutes les questions connexes associées à cette énorme composante de l'industrie financière contemporaine. Ils ont eu raison de faire le choix d'une vision élargie des marchés financiers, mais ils auraient dû, dans ce cas, accroître le volume de l'ouvrage pour traiter plus à fond les marchés de taux et les marchés dérivés. Les uns et les autres méritent en effet un traitement au moins comparable à celui que les auteurs ont réservé au marché des actions.

Ce livre est extrêmement agréable et intéressant à lire... pour celui qui connaît déjà bien la théorie financière et la pratique des marchés financiers, car tout est parfaitement ordonné et mis en perspective, et les développements sont bien synthétisés. Je me demande toutefois si l'étudiant qui débute pourra acquérir toutes les techniques indispensables à la maîtrise de la discipline, mais, comme me le faisait remarquer récemment un éminent collègue, *tous* les étudiants ont-ils vraiment besoin d'avoir *tous* les éléments techniques que le professeur aimerait qu'ils aient ? Ce qui est sûr, c'est qu'ils ont également besoin de vues synthétiques, et cela le Jacquillat-Solnik le leur offre vraiment bien.

Deux caractéristiques, une impression et deux qualités m'ont semblé définir cet ouvrage une fois le dernier

chapitre terminé ; pour les caractéristiques : ce livre est à la fois conceptuel et, ce qui ne gâche rien, intelligent ; pour l'impression : en dépit de fortes convictions, l'ouvrage n'est pas sectaire ; pour les qualités, enfin : ce manuel est sobre et élégant.

par Yves Simon

1. Cela explique l'importance du chapitre.

■ **Alain BORDERIE**, *L'Assurance complémentaire santé en France*, Eurostaf, 2002.

Le bureau d'études Eurostaf (groupe *Les Échos*) édite régulièrement des études sectorielles, stratégiques ou de marché sur le secteur de l'assurance. Dans cet ouvrage paru en début d'année dans la collection *Dynamique des marchés*, l'auteur, chroniqueur régulier de notre revue, souligne les facteurs favorables au développement de ce segment de l'assurance : un cadre réglementaire transformé, le mouvement de concentration du secteur mutualiste, la diversification des activités des institutions de prévoyance, les besoins de couverture des ménages..., au moment où les régimes obligatoires se désengagent. Pour faire face à cette concurrence accrue et aux évolutions qui se dessinent, les assureurs santé rivalisent en proposant notamment des services innovants (engagement sur un règlement à bonne date, éventuellement tiers payant, bonne couverture en optique, multiplicité des services d'assistance), en installant des plate-formes téléphoniques, en multipliant des services en ligne et en segmentant l'offre. Cette étude, qui estime également que le marché des « contrats groupe » souscrits par les grandes entreprises n'est pas épuisé, s'avère précieuse au moment où un assureur, pionnier dans ce domaine, publie les premiers résultats, encourageants, de maîtrise des coûts de santé résultant de ses partenariats régionaux engagés avec des caisses de Sécurité sociale.

par Pierre Bollon

N°	THEME	Prix euros FRANCE	Prix euros EXPORT
2	Les visages de l'assuré (1re partie)	19,00	19,00
3	Les visages de l'assuré (2e partie)	19,00	19,00
4	La prévention	19,00	19,00
6	Le risque thérapeutique	19,00	19,00
7	Assurance crédit/Assurance vie	19,00	19,00
11	Environnement : le temps de la précaution	23,00	23,00
13	Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	23,00	23,00
14	Innovation, assurance, responsabilité	23,00	23,00
15	La vie assurée	23,00	23,00
16	Fraude ou risque moral ?	23,00	23,00
18	Éthique et assurance	23,00	23,00
19	Finance et assurance vie	23,00	23,00
20	Les risques de la nature	23,00	23,00
21	Assurance et maladie	29,00	29,00
22	L'assurance dans le monde (1re partie)	29,00	29,00
23	L'assurance dans le monde (2e partie)	29,00	29,00
24	La distribution de l'assurance en France	29,00	29,00
25	Histoire récente de l'assurance en France	29,00	29,00
26	Longévité et dépendance	29,00	29,00
27	L'assureur et l'impôt	29,00	29,00
28	Gestion financière du risque	29,00	29,00
29	Assurance sans assurance	29,00	33,54
30	La frontière public/privé	29,00	33,54
31	Assurance et sociétés industrielles	29,00	33,54
32	La société du risque	29,00	33,54
33	Conjoncture de l'assurance. Risque santé	29,00	33,54
34	Le risque catastrophique	29,00	33,54
35	L'expertise aujourd'hui	29,00	33,54

Numéros hors série

Responsabilité et indemnisation	15,24
Assurer l'avenir des retraités	15,24
Les Entretiens de l'assurance 1993	15,24
Les Entretiens de l'assurance 1994	22,87

N°	THEME	Prix euros FRANCE	Prix euros EXPORT
37	Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000. Les concentrations dans l'assurance	29,00	33,54
38	Le risque urbain. Révolution de l'information médicale. Assurer les OGM	29,00	33,54
40	XXIe siècle : le siècle de l'assurance. Nouveaux métiers, nouvelles compétences. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités	29,00	33,54
41	L'Europe. La confidentialité. Assurance : la fin du cycle ?	29,00	33,54
42	L'image de l'entreprise. Le risque de taux. Les catastrophes naturelles	29,00	33,54
43	Le nouveau partage des risques dans l'entreprise. Solvabilité des sociétés d'assurances. La judiciarisation de la société française	29,00	33,54
44	Science et connaissance des risques. Y a-t-il un nouveau risk management ? L'insécurité routière	29,00	33,54
45	Risques économiques des pays émergents. Le fichier clients. Segmentation, assurance, et solidarité	29,00	33,54
46	Les nouveaux risques de l'entreprise. Les risques de la gouvernance. L'entreprise confrontée aux nouvelles incertitudes	29,00	33,54
47	Changements climatiques. La dépendance. Risque et démocratie	30,50	33,54
48	L'impact du 11 septembre 2001. Une ère nouvelle pour l'assurance ? Un nouvel univers de risques	30,50	33,54
49	La protection sociale en questions. Réformer l'assurance santé. Les perspectives de la théorie du risque	30,50	33,54
50	Risque et développement. Le marketing de l'assurance. Effet de serre : quels risques économiques ?	30,50	33,54
51	La finance face à la perte de confiance. La criminalité. Organiser la mondialisation	30,50	33,54
52	L'évolution de l'assurance vie. La responsabilité civile. Les normes comptables	30,50	33,54

Numéros épuisés

1	Les horizons du risque
5	Age et assurance
8	L'heure de l'Europe
9	La réassurance
10	Assurance, droit, responsabilité
12	Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?
17	Dictionnaire de l'économie de l'assurance
36	Rente et risque. Le risque pays. Risque et environnement
39	Santé : une réforme de plus ? Internet et assurance. Perception du risque



À découper et à retourner accompagné de votre règlement à :

LGDJ – 31, rue Falguière 75741 Paris cedex 15 – Tél. : (33) 01 56 54 17 80 – Fax : (33) 01 56 54 17 81

	FRANCE	EXPORT
<input type="checkbox"/> Abonnement (4 n°/an) du n° 53 au n° 56 inclus	114 €	126 €

Je commande ex. des numéros

Nom et prénom

Institution ou entreprise

Fonction exercée et nom du service.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Pays..... Tél.....

E-mail Fax.....

Je joins le montant de :€ par :

Chèque bancaire à l'ordre de LGDJ

Virement en euros sur le compte SNVB Paris Haussmann 30087 00081 0483408143R 49

Par carte bancaire n° expire le

À le

Signature obligatoire

Où se procurer la revue ?

Vente au numéro

Librairie des Éditions juridiques associées

LGDJ – Montchrestien

20, rue Soufflot

75005 Paris

☎ 01 46 33 89 85

📠 01 40 51 81 85

Librairie *Droit et Santé*

187, quai de Valmy

75010 Paris

☎ 01 41 29 99 00

📠 01 41 29 98 38

Abonnement

Éditions LGDJ

31, rue Falguière

75741 Paris cedex 15

☎ 01 56 54 17 80

📠 01 56 54 17 81

REVUE RISQUES

Éditeur SEDDITA

9, rue d'Enghien

75010 Paris

Rédaction

☎ 01 42 47 93 56

📠 01 42 47 91 22

Risques

Les cahiers de l'assurance

Directeur de la publication

Marc Maillefer

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

75741 Paris Cedex 15

Tél. [33] (0)1 56 54 17 80

Fax [33] (0)1 56 54 17 81

Prix de l'abonnement (4 n^{os})

France 111 €

Étranger 122 €

Prix au numéro

France 30,50 €

Étranger 33,50 €

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

CPPAP : 1107 T 82453

Dépôt légal : Décembre 2002

ISSN : 1152-9253

Revue éditée par Seddita

9, rue d'Enghien 75010 Paris

Risques

Les cahiers de l'assurance

1. Société

L'évolution de l'assurance vie

2. Techniques

La responsabilité civile

3. Analyses

Les normes comptables

4. Chroniques

Droit
Social

5. Études et livres

ISSN : 1152-9253

2-912916-48-8



ISBN : 2-912916-48-8

Prix : 30,50 €