Risques

Les cahiers de l'assurance

La mondialisation et la société du risque

Pascal Lamy

Peut-on réformer l'assurance santé ?

Mathieu Baratas
Didier Bazzocchi
Bernard Caron
Michel Chevillet
Marc Guillaume
Gilles Johanet
Daniel Laurent
Claude Le Pen
Mathias Matallah
Yanick Philippon
Manuel Plisson
Jean-Claude Seys
Jean-Marie Spaeth

Chroniques

Georges Durry
Gilles Bénéplanc

Études

Johaquin Pinheiro
Michel Bisch
Pierre Martin
Henri Schwamm

Les normes comptables au service de l'information financière

Antoine Bracchi
Peter Clark
Yann Le Pallec
Helman Le Pas de Sécheval
Antoine Lissowski
Florence Lustman
Philippe Marini
Côme Segretain

n° 58 ■ Avril-Juin 2004
SEDDITA

Risques

Les cahiers de l'assurance

N° 58

Avril-Juin 2004

SEDDITA – 2004
Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication – Code de la Propriété intellectuelle – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris.

Comité éditorial

Jean-Hervé Lorenzi
Responsable de la rédaction

François Ewald
Société

Pierre Bollon
Chroniques, études et livres

Robert Leblanc
Techniques

Jean-Charles Simon

Philippe Trainar
Analyses

André Renaudin

Pierre Picard

Joëlle Rolland
Secrétaire de rédaction

Comité scientifique

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

Sommaire

1. *Société* La mondialisation et la société du risque

Entretien avec
Pascal Lamy, Commissaire européen au commerce international 9

2. *Techniques* Peut-on réformer l'assurance santé ?

Robert Leblanc, *Quelques repères* 19
Jean-Marie Spaeth, *Pour une adaptation de l'assurance maladie* 22
Jean-Claude Seys, *Peut-on réformer le système de santé sans sacrifier la solidarité ?* 29
Gilles Johanet et Michel Chevillet, *Pourquoi les assureurs complémentaires demandent-ils à disposer des données de soins ?* 33
Yanick Philippon, *Quels sont les enjeux de la réforme pour les assureurs collectifs ?* 37
Didier Bazzocchi, *Une esquisse du possible en France pour revenir à l'équilibre* 41
Bernard Caron, *Les enjeux de la réforme pour les entreprises* 52
Daniel Laurent et Claude Le Pen, *les pistes de l'institut Montaigne* 54
Mathias Matallah, *Vers une mutation sans précédent du métier d'assureur santé* 59
Mathieu Baratas et Manuel Plisson, *L'implémentation des réformes des systèmes d'assurance santé* 65
Marc Guillaume, *Économie de la santé, assistance, assurance, dépense* 74

3. *Analyses* Les normes comptables au service de l'information financière

Philippe Trainar, *Introduction* 81
Philippe Marini, *Enjeux politiques de l'harmonisation comptable internationale* 84
Peter Clark, *IFRS 4 Contrats d'assurance, quelques questions et réponses* 89
Antoine Bracchi, *IFRS 4 Une application fictive des normes IAS à l'assurance* 96
Florance Lustman, *Normes IAS: Impacts sur le contrôle prudentiel* 99
Yann Le Pallec, *Normes IFRS: Quelles conséquences pour l'analyste crédit ?* 104
Antoine Lissowski, *Traduire la spécificité de l'assurance dans un référentiel universel* 108
Helman Le Pas de Sécheval, *Assurance et Normes IFRS : l'occasion manquée* 112
Côme Segretain, *L'assurance, test de validité des postulats des normes IAS-IFRS* 117

4. *Chroniques*

Georges Durry, *Transactions consécutives à un accident de la circulation : ouragan ou simple coup de vent ?* 127
Gilles Bénéplanc, *Fusion Sanofi/Aventis : un mariage forcé ?* 131

5. *Études*

Johaquin Pinheiro, *Assurance-vie : rentabilité et segmentation clientèle* 135
Michel Bisch, *Risque et responsabilité : science, foi et mauvaise foi* 143
Pierre Martin, *L'histoire du groupe Azur* 146
Henri Schwamm, *le système de transit douanier TIR et sa chaîne de garantie internationale* 151

Éditorial

Ce numéro de Risques présente une double originalité : il est à la fois totalement plongé dans l'actualité politique et sociale de notre pays, par ailleurs, nombre des contributions sont issues des travaux de colloques qui ont eu lieu au courant du mois de mai à Dauphine[1]. Il s'ouvre par une interview de Pascal Lamy qui, avec la vigueur intellectuelle qu'on lui connaît, traite d'une actualité brûlante, celle de la " mondialisation et la société du risque ". Les deux thèmes évoqués ensuite sont également intimement liés à des décisions politiques en gestation. Nous nous sommes en effet interrogés sur la possibilité de réformer l'assurance santé et nos propositions permettent de rappeler que la réforme en cours n'est vraisemblablement qu'une étape importante, certes, mais qui ne résout pas définitivement les déséquilibres et problèmes.

Quant à nos débats sur les nouvelles normes comptables appliquées à l'assurance, ils permettent de comprendre à quel point la Commission européenne a aujourd'hui raison de prendre son temps avant d'accepter le nouveau système comptable international qui pose tant de problèmes aux banquiers et aux assureurs. Même si la formule de ce numéro a un caractère unique, elle correspond très précisément à l'ambition de notre revue : être totalement dans le débat public sur tous les sujets du risque en s'appuyant largement sur les travaux menés dans les Centres de recherche universitaire. C'est ce que nous avions déjà lancé à travers la constitution d'un Conseil scientifique regroupant un grand nombre de responsables de laboratoire d'économie, de finance ou de sociologie du risque.

Ce maillage universitaire a permis de faire émerger une floraison de travaux, mémoires, thèses, articles, livres, ce qui permet de participer à l'évolution heureuse de la discipline française du risque et donc de l'amener au meilleur niveau mondial. Mais la réflexion académique n'est pas tout. La diffusion des concepts et propositions concernant les domaines du risque est également importante. Il s'agit là d'une seconde priorité de la revue. C'est dans cet esprit que le Prix Risques-Les Echos a été remis à Jean-Paul Betbèze le 14 juin 2004 pour son livre " les 10 commandements de la finance ", par Edouard Balladur, ancien Premier Ministre. Mais nous aurons l'occasion d'en reparler

Jean-Hervé Lorenzi

1. « Peut-on réformer la santé ? » et « La guerre des normes comptables et des modèles financiers », colloques organisées dans le cadre du DESS 218 Techniques de l'assurance et management du risque, à l'université Paris Dauphine

1.

La mondialisation et la société du risque

Pascal Lamy

Commissaire européen
au commerce international

Pascal Lamy

Commissaire européen au commerce international

Entretien réalisé par Jean-Hervé Lorenzi et Philippe Trainar

Risques : Vous replongez dans la négociation du cycle de Doha. Êtes-vous optimiste ?

Pascal Lamy : Je suis avant tout réaliste. La négociation n'autorise guère le pari : il faut trouver le bon équilibre entre les intérêts de l'Union européenne que je défends et ceux des autres pays. Au terme du débat, tout le monde doit être gagnant. Le cycle de négociations de l'OMC lancé à Doha en novembre 2001, avec pour objectif le développement, a connu plusieurs phases, entre dynamisme et ralentissement. Après avoir connu une période d'assoupissement depuis la rencontre ministérielle de Cancun en septembre dernier, le volcan des négociations multilatérales semble être aujourd'hui en action, préfigurant peut-être une éruption en juillet ! C'est l'échéance que se sont donnée les membres de l'OMC : l'objectif est d'avoir parcouru alors la moitié du chemin des négociations, qui devaient être closes en janvier 2005, mais qui ont pris du retard à Cancun.

De quoi s'agit-il ? On trouve plusieurs plats au « menu » du cycle de Doha : les négociations portent sur les échanges agricoles, industriels, de services, sur les sujets de régulation (facilitation des échanges, concurrence, investissement, transparence dans les marchés publics), indications géographiques, questions de développement, d'environnement, systèmes de préférences pour les pays en développement etc. Dans tous ces domaines, nous avons fait des propositions. L'objectif est de concilier échanges et régulation, d'ouvrir les échanges en posant des règles au niveau de développement de chacun des partenaires. L'essentiel des efforts sera fourni par les pays développés et les grands pays émergents, au bénéfice des pays les moins avancés, qui sont plus fragiles. L'insertion des pays en développement dans le système commercial mondial est l'objectif prioritaire de ce cycle : faire en sorte que la mondialisation des échanges, qui porte en germe le meilleur comme le pire, profite à tous. La complexité du processus tient en quelques chiffres : cent quarante-huit pays membres à l'OMC, vingt grands thèmes de négociations sur lesquels chaque pays a ses propres priorités et une règle d'or : « il n'y a d'accord sur rien tant qu'il n'y a pas accord sur tout ». Les sujets les plus sensibles à ce stade sont les questions agricoles, suivies des sujets de régulation. Sur ces derniers, l'Union européenne a largement prêté l'oreille aux revendications des pays en développement, réticents à s'engager dans ces discussions : nous avons accepté de voir remis à plus tard les négociations sur l'investissement, la concurrence, et, dans une moindre mesure, la transparence dans les marchés publics, pour ne conserver que la facilitation des échanges visant à favoriser la transparence des procédures administratives qui accompagnent le commerce.

Le dossier agricole est le plus passionné. Alors que les échanges industriels tiennent le haut du pavé des échanges mondiaux, l'agriculture cristallise les tensions. Les pays en développement ont des sensibilités exacerbées autour des protections accordées par la quasi-totalité des pays agricoles. Pourtant, toutes les politiques agricoles ne sont pas égales, certaines perturbant bien plus que d'autres les échanges mondiaux. Et pas toujours celles qui sont montrées du doigt. Ainsi, la politique agricole commune de l'Union européenne a toutes les peines à se défaire de cette étiquette qui lui est accolée depuis de nombreuses années, et qui est, aujourd'hui, infondée. Depuis la dernière réforme de la Pac en juillet 2003, l'Union européenne fait figure de bon élève du système : nous avons substantiellement réduit les instruments de protection

agricole qui faussaient les échanges et gênaient les pays en voie de développement. Le soutien de nos agriculteurs est un choix politique volontaire, car l'agriculture est une activité spécifique, qui remplit de multiples rôles au-delà de la simple production alimentaire (aménagement du territoire, sécurité alimentaire, bien-être animal, etc.) que le marché seul ne rétribue pas à sa juste valeur. En revanche, les aides peuvent être conformes aux règles du jeu mondial : pour l'essentiel, nous sommes passés d'aides à la production à des aides au revenu des agriculteurs, tenant compte de la qualité de leur production. La redistribution est nettement plus équitable et efficiente. À l'inverse, les États-Unis continuent de subventionner leur agriculture dans des proportions croissantes. Un récent rapport de la Banque mondiale et du FMI a d'ailleurs révélé que, depuis le milieu des années 1980, les soutiens américains avaient augmenté de moitié, tandis que le soutien européen diminuait de 10 %. L'aide américaine représente 48 % de la production agricole, contre 46 % pour l'Union européenne. Franz Fischler, commissaire européen à l'agriculture, et moi-même tentons désormais de pousser les Américains à réformer à leur tour leur politique agricole. C'est la raison pour laquelle nous avons fait une proposition concrète le 10 mai dernier : supprimer progressivement ce qui subsiste de nos subventions à l'exportation, moins de 3 milliards d'euros par an sur un budget agricole de 45 milliards d'euros, à la stricte condition que nos partenaires – États-Unis, Canada, Nouvelle-Zélande, Brésil, Inde etc. – fassent de même. Les États-Unis ont envoyé des signes positifs, il faut donc les encourager dans cette direction. C'est la dernière occasion qui nous est offerte avant que la campagne présidentielle ne vienne bloquer tout mouvement pour les mois qui suivent.

Les pays du G20 – pays émergents menés par le Brésil, l'Inde, la Chine, l'Afrique du Sud – ont répondu favorablement, ainsi que ceux du G90 – pays les moins avancés, principalement africains.

La volonté politique semble donc exister aujourd'hui pour faire progresser les négociations dans le bon sens.

Risques : Pourriez-vous imaginer, en cas d'échec, que l'on régresse dans la libéralisation du commerce mondial ?

Pascal Lamy : Je ne le crois pas. La mondialisation touche aujourd'hui l'ensemble des dimensions de la vie de nos sociétés.

Ce n'est pas pour autant qu'il faut se résigner ou en accepter les dérives ! Les forces du marché sont trop violentes pour être laissées à elles-mêmes : encadrer le développement des marchés est l'enjeu essentiel de l'action de l'OMC. Je ne suis pas de ceux qui se lamentent : j'essaie d'agir pour empêcher que la libéralisation des échanges ne devienne une machine folle.

Que se passerait-il en cas d'échec ou de blocage prolongé ? Je sais que c'est là le vœu de certains qui réclament la fin des négociations ou la mort de l'OMC. Mais dans ce scénario, « à qui profite le crime » ? Certainement pas aux plus pauvres, aux pays en développement, assurément aux plus riches et à ceux qui ont tout intérêt à privilégier la loi de la jungle. Il n'y aurait pas de régression à proprement parler : tout ce qui a été fait jusqu'ici est acquis et les droits de douanes des membres de l'OMC sont consolidés, c'est-à-dire qu'il y a un effet de cliquet. Mais le cadre multilatéral, qui est celui qui assure le mieux les intérêts de tous les membres de l'OMC, serait laissé de côté, et les avancées se feraient sur la plan bilatéral, où c'est souvent le plus fort qui impose sa volonté.

Les rapports bilatéraux, pour importants qu'ils soient, ne doivent pas être le mode privilégié des échanges internationaux. Il est nécessaire, au contraire, de renforcer le cadre multilatéral – l'OMC, mais aussi les autres organisations internationales aux compétences encore trop limitées. Je pense à l'organisation internationale du travail, à l'organisation mondiale de la santé, à une future organisation mondiale de l'environnement. La solution n'est pas dans « moins d'OMC », mais dans « plus d'OMC, plus d'OMS, plus d'OIT », en bref, plus de gouvernance mondiale. C'est bien à cela que l'Union européenne pense quand elle met le multilatéralisme et la gouvernance

globale au premier rang de ses priorités politiques extérieures pour la période 2007-2013.

Risques : Êtes-vous inquiet du déséquilibre de l'économie mondiale ?

Pascal Lamy : Je suis inquiet du fossé qui se creuse entre les plus riches et les plus pauvres. Le monde tel qu'il est ne me convient pas : trop d'injustices, trop d'inégalités, trop de pauvreté. La moitié de la population mondiale vit avec moins de deux euros par jour. C'est non seulement une situation inacceptable d'un point de vue moral, mais c'est un grave problème posé à la sécurité et à la stabilité mondiale. L'un des défis les plus importants lancés au monde du XXIe siècle est l'éradication de la pauvreté, de la faim, des pandémies. La mondialisation est un Janus à deux faces : l'une lumineuse, porteuse de richesses, de diversité, de prospérité ; l'autre sombre, génératrice de douleur et d'inégalités, qui saute au visage.
Pour lutter contre ces inégalités, le commerce est l'un des instruments, mais pas le seul. L'ouverture des échanges n'est pas une fin en soi : je ne crois pas au libre-échangisme sans régulation.
On constate historiquement qu'aucun pays, aucune région, ne s'est développé en restant replié sur lui-même. C'est par l'ouverture aux autres que les pays occidentaux ont prospéré. La bonne nouvelle, c'est que les pays émergents d'Amérique du Sud ou d'Asie semblent suivre ce chemin. La mauvaise, c'est que les pays africains, notamment, en sont encore très loin. Mais le développement des échanges commerciaux ne suffit pas. Les politiques publiques doivent accompagner ce mouvement et permettre la création et la redistribution des richesses. La plupart des pays en développement pèchent encore à cet égard. Des progrès substantiels doivent être faits en matière de protection des travailleurs, de l'environnement, de la santé publique etc. Ce n'est qu'à ce prix que la croissance économique répondra à l'objectif du développement durable. L'Union européenne promet ce modèle d'ouverture des échanges sur la scène internationale, mais elle rencontre encore trop de réticences de la part de ses partenaires. À mon sens, la maîtrise de la mondialisation passe pourtant par là. Et il y a encore beaucoup de chemin à faire pour que la gouvernance mondiale permette une régulation articulée de la mondialisation.

Risques : Y a-t-il un risque de stagnation durable de l'économie européenne ?

Pascal Lamy : Le fait est que l'Europe prend du retard. Pas seulement vis-à-vis des pays émergents, dont il est normal qu'ils enregistrent une croissance plus rapide pendant le processus de convergence, mais également par rapport aux pays industrialisés avec lesquels elle peut se comparer directement. La croissance repart aux États-Unis alors que ce n'est pas le cas en Europe. Même le Japon sort du marasme. La croissance mondiale ne suffit pas à tirer la croissance européenne.
C'est inquiétant, d'autant que la situation conjoncturelle fait écho à des facteurs structurels qui ne sont pas bien orientés : les gains de productivité ont ralenti depuis le milieu des années 1990, en décalage par rapport aux progrès enregistrés aux États-Unis ; et le vieillissement de la population diminue la croissance potentielle.
Le marché unique a amélioré la donne en Europe, mais nous avons déjà largement engrangé ses bénéfices et cela ne suffira plus à l'avenir. L'élargissement offre des opportunités, mais il ne suffira pas. La « stratégie de Lisbonne », qui mise sur la recherche et l'innovation, et l'économie de la connaissance, touche aux éléments fondamentaux pour remettre l'Europe sur les rails de la croissance, mais sa mise en œuvre est restée très insuffisante jusqu'ici.
C'est justement l'objectif du paquet proposé par la Commission sur les perspectives financières post 2006 que de se donner les moyens d'atteindre les objectifs de Lisbonne. Le budget européen peut être un puissant catalyseur de la croissance, dont il est devenu urgent de se servir. Il y a là une responsabilité publique essentielle. La croissance n'est pas une donnée extérieure. Elle est un choix auquel les politiques publiques peuvent contribuer. De ce point de vue, les dernières années sont inquiétantes. Faute de

coordination macroéconomique adéquate, les gouvernements européens ne se sont pas donnés les moyens de tirer parti des opportunités de croissance. La suspension du Pacte de stabilité, une régression. De même, concentrer le débat budgétaire européen uniquement sur le montant global – au dessus de 1 % du PIB, ce serait, paraît-il, trop cher… – revient à nier toute partie à l'investissement public. Il y a des dépenses porteuses de croissance. Je pense notamment à la recherche et aux réseaux. Et il y a des dépenses qui, faites au niveau européen, se traduisent par des économies au niveau national. Je pense par exemple aux programmes de développement : agir ensemble, c'est s'éviter bien des dépenses administratives.

Risques : Percevez-vous un renforcement du refus de la mondialisation ?

Pascal Lamy : Plutôt des inquiétudes. De larvées et sourdes, elles sont passées à une expression parfois virulente. Elles témoignent de la révolte contre la face sombre de la mondialisation, et sont à ce titre légitimes. Je partage une grande partie des critiques adressées au système actuel, et je comprends les angoisses qu'il suscite.

Mais je marque une distance par rapport à tout comportement radical ou violent. La mondialisation est une étape historique du capitalisme de marché qui en a connu d'autres et en connaîtra d'autres. Il faut la maîtriser, lui poser des limites en définissant des règles, proposer des solutions. Et des solutions crédibles : le protectionnisme et le repli sur soi ne sont pas une option ; sans parler des conséquences négatives que cela aurait pour l'économie mondiale, n'oublions pas que dans un pays comme la France, un salarié sur quatre travaille pour l'international.

Il est à mes yeux important, et positif, qu'une partie croissante des citoyens du monde se saisissent de leur destin et veuillent influer sur les déséquilibres. Faisons en sorte que ces forces agissent dans la bonne direction, celle de la régulation et de la maîtrise de la mondialisation.

Si certaines organisations antimondialistes continuent de surfer sur les peurs, les anxiétés, et le sentiment de dépossession, d'autres ont pris le chemin de la construction « d'autre chose ». Tant mieux.

Risques : Vous venez de publier un livre très remarqué *La démocratie-monde, pour une autre gouvernance globale*[1]. Votre première phrase est lourde de sens : « La planète ne va pas bien. » Pouvez-vous commenter cette vision pessimiste ?

Pascal Lamy : Ce constat relève de la simple lucidité pour quelqu'un qui, comme moi, la parcourt dans tous les sens depuis cinq ans. J'ai voulu écrire cet ouvrage car je refuse autant l'échappée vers les utopies d'un monde parfait que l'acceptation du monde tel qu'il est. Il n'y a pas de fatalité. Je n'ai jamais cru – que ce soit lorsque Francis Fukuyama avait mis le concept à la mode ou aujourd'hui – à une quelconque fin kantienne de l'Histoire, que ce soit vers la paix universelle ou le chaos. Mais il est vrai que le XX^{e} siècle a renversé certaines tendances : du tout politique au tout économique, du tout national au mondial. Ces évolutions ouvrent de nouvelles opportunités mais aussi de nouvelles menaces. Deux types de problèmes globaux sont à l'œuvre aujourd'hui : ceux qui menacent directement, à moyen et long termes, la survie de notre planète comme système écologique (destruction des sols et des ressources en eau, effets de serre etc.) et le bien-être de l'humanité (pandémies, pauvreté, insécurité), et ceux liés aux interdépendances économiques et politiques. On assiste donc à l'émergence d'une nouvelle sphère d'intérêts communs qui dépassent les États. Or, l'irruption du monde dans nos intimités nationales n'a pas trouvé sa formulation politique. Penser que l'État nation peut répondre à ces problèmes est un piège qui entretient le fossé existant entre la promesse de puissance et le constat régulier d'échec. D'où l'idée d'une démocratie alternationale : il s'agit de déterminer le niveau de gouvernance pertinent pour chaque problème dans un cadre démocratique. La gouvernance inter-nationale a montré ses failles : le modèle hérité du Traité de Westphalie, qui privilégie la juxtaposition de politiques nationales au sein des institutions internationales empêche ces

dernières de mener une action coordonnée et cohérente ; et le modèle déclamatoire, consistant à multiplier les annonces vibrantes à l'occasion de chaque sommet international, reste souvent sans traduction politique concrète. L'organisation d'un pouvoir politique mondial et une prise en charge transnationale des problèmes sont donc devenues indispensables. Reste à inventer et mettre en œuvre un système de gouvernance démocratique qui conjugue les deux dimensions de l'efficacité et de la légitimité. J'en propose plusieurs matériaux de construction.

Risques : Vous dites que l'Europe peut être le laboratoire de ce que serait une nouvelle gouvernance mondiale. N'êtes-vous pas trop optimiste ?

Pascal Lamy : L'organisation de la gouvernance mondiale appelle, à mon sens, à un détour par l'Europe. La construction européenne est un système de gouvernement alter-national avancé et démocratique même s'il reste imparfait et frustrant à bien des égards. Il peut être une sorte de laboratoire pour apprendre à maîtriser la mondialisation. En mettant en mouvement le concept de communauté, les pères fondateurs de l'Europe, les Monnet, Gasperi, Spaak, ont sorti les nations de la logique inter-gouvernementale pour les faire entrer dans un logique communautaire, fondée sur des institutions autonomes et des politiques communes. Ces politiques communes – commerciale, agricole, de la concurrence, de la cohésion territoriale – sont l'un des fondements de la solidarité européenne. Elles sont autant d'instruments disponibles pour que l'Europe réponde aux défis de la mondialisation. À la logique de la juxtaposition des intérêts, elle a opposé la communauté du projet. La politique commerciale en est une illustration. Les États membres ont confié à la Commission la charge de mener les négociations internationales en leur nom. Avoir une politique commune, avec une seule bouche qui parle au nom de l'Union, nous permet de peser sur la scène mondiale et d'influer sur la régulation de la mondialisation. Ainsi, les politiques communes permettent-elles de donner aux États des moyens qui leur manquent pour peser sur le cours des choses.

Face à la mondialisation, je pense donc qu'une des pistes de refonte du système des relations internationales, c'est notre « méthode communautaire ».
Cette « méthode » se fonde sur quatre principes de gouvernance qui sont donc autant d'innovations.
C'est d'abord la primauté du droit européen sur les droits nationaux. Celle-ci s'est progressivement construite par la jurisprudence, et son inscription dans le futur texte de constitution européenne reste un enjeu d'importance. Cette supranationalité est garantie par la Cour de justice européenne dont les décisions s'imposent aux ordres juridiques nationaux.
C'est ensuite la subsidiarité, qui organise la répartition des compétences entre le niveau de l'Union et celui de ses États membres et de leurs collectivités locales.
C'est encore le principe majoritaire revisité, qui associe la légitimité des États à celle des peuples, via le Conseil des États membres, d'une part, et le Parlement européen, d'autre part. C'est enfin le monopole de l'initiative confié à la Commission qui peut ainsi assumer son rôle de garant de l'intérêt général européen.
Mais je ne suis pas naïf et ne propose pas de reproduire à l'échelle mondiale le modèle européen. Le détour par l'Europe, laboratoire d'une forme nouvelle de gouvernance, non hégémonique, aide à réfléchir à la gouvernance mondiale si l'on veut bien considérer à la fois les réussites et les échecs. Deux grandes leçons peuvent en être tirées : d'une part, l'urgence de produire des résultats tangibles ; d'autre part, celle d'élaborer une mise en scène des enjeux politiques accessibles à tous. En bref, il faut donner à la mondialisation l'espace politique qui lui manque.

Risques : Pourquoi êtes-vous si sévère avec les organisations mondiales actuelles que vous appelez « gouvernance internationale » ?

Pascal Lamy : Parce qu'elles sont inter-nationales ! Les blocages rencontrés n'incombent pas aux organisations elles-mêmes : ils relèvent avant tout des décisions des États qui les composent. Si les organisations internationales actuelles ne sont pas en cause en tant que telles, le système de gouvernance mondial

est lui imparfait : le tissu des institutions et des organisations internationales est troué. Plusieurs organisations internationales spécialisées sur la santé (OMS), sur les droits fondamentaux du travail (OIT), sur le commerce (OMC) existent, d'autres restent à créer comme une organisation mondiale de l'environnement ou une agence internationale des migrations. Mais ces organisations n'ont ni les mêmes compétences, ni un objectif commun. Face aux problèmes mondiaux décrits plus haut, elles fonctionnent en ordre dispersé et reflètent de manière souvent cacophonique les positions divergentes des États nations.

D'autre part, un paradoxe sous-tend le paysage mondial actuel : quand elles existent, ces institutions sont contestées. Soit au titre leur inefficacité, soit au titre de leur illégitimité. Ainsi, on reconnaît indéniablement une certaine légitimité à une institution comme l'assemblée générale de l'ONU, qui rassemble la quasi-intégralité des États de la planète ; mais les décisions qu'elle prend sont largement bafouées. A contrario, l'Organisation mondiale du commerce bénéficie d'une certaine efficacité grâce à son tribunal commercial, mais sa légitimité comme forum de législation internationale est dénoncée par une partie de l'opinion publique. C'est vrai aussi pour les institutions de Bretton Woods, le FMI et la Banque mondiale.

Risques : Vous dédouanez la Commission de toute responsabilité dans les échecs européens actuels. N'est-ce pas un plaidoyer *pro domo* ?

Pascal Lamy : J'espère que non ! La Commission est une institution qui a des comptes à rendre face au Parlement européen, au Conseil des ministres, et aux citoyens européens. Elle est critiquée, c'est normal. Elle est contrôlée, c'est légitime. Le Parlement européen peut la renvoyer, c'est arrivé. Mais ce qui compte, c'est qu'elle soit apte à jouer son rôle d'impulsion au service de la construction européenne. De ce point de vue, il faut saluer l'innovation des Pères fondateurs : ils ont créé ce tiers de confiance, chargé de dégager l'intérêt commun au-delà des intérêts nationaux. Le privilège de proposer ce que commande cet intérêt général lui a donc été conféré. Cette invention souvent méconnue, fut décisive. Et c'est grâce à elle que quelques grandes étapes de la construction européenne ont pu être franchies : celle du marché intérieur et celle de l'euro…

Risques : Vous proposez treize jalons des valeurs, des lieux, des acteurs, des mécanismes de gouvernance réelle ou des principes ; en quoi y a-t-il une chance que ces jalons soient suivis ?

Pascal Lamy : Cinq éléments constituent à mon avis les fondements d'une gouvernance démocratique mondiale : des valeurs, pour que le sentiment d'appartenance à une communauté mondiale existe à côté des spécificités nationales ; des acteurs, qui soient légitimes pour porter le débat devant l'opinion publique ; des lieux, où le pouvoir s'exerce ; des mécanismes de gouvernance pour assurer l'efficacité des politiques ; et des principes, de transparence et solidarité.

On peut ensuite décliner des jalons pour le débat. Ainsi, dans le cadre des valeurs, la question repose sur la façon de construire un « vivre ensemble » qui transcende la diversité des approches et des conceptions. Quelles préférences collectives globales ? À défaut d'une harmonisation, il s'agit d'abord d'élaborer des normes minimales aux ambitions limitées mais qui s'imposent à tous, pour augmenter progressivement ce plancher normatif. Au-delà, il s'agit d'identifier des biens collectifs mondiaux que nous choisissons de défendre collectivement : la protection de la couche d'ozone, l'accès à l'eau, ou la lutte contre les dérives de la sphère financière.

Les trois jalons suivants concernent les lieux où s'exerce le pouvoir et se prennent les décisions. L'intégration régionale doit être une première piste. Elle permet d'identifier un espace commun dans lequel les États de la zone rapprochent plus aisément leurs politiques qu'au niveau mondial. Ces regroupements régionaux sont de plus en plus nécessaires pour peser sur la scène internationale. Ils sont une mise à l'épreuve des choix communs et des réducteurs de la méfiance qui caractérisent les relations interétatiques. Le second principe, celui de la subsidiarité, consiste à mener des

politiques au niveau le plus approprié. Enfin, au niveau international, il est nécessaire de créer des lieux de cohérence. L'interaction doit exister à la fois entre les différentes organisations internationales elles-mêmes, et les échelons internationaux, régionaux et nationaux. Dans cet espace commun de débats, il faut faire apparaître de nouveaux acteurs, à côté des États. Favorisons l'organisation de contre-pouvoir politique à l'échelle mondiale, en constituant des structures parlementaires et de la société civile. Pour que le système fonctionne, le huitième jalon incontournable est celui des résultats. Dans des domaines aussi variés que l'environnement, le commerce, les résultats s'évaluent à moyen terme. Il faut donc trouver des moyens de mettre en évidence des résultats intermédiaires pour que l'opinion publique soit à même de juger l'efficacité de l'action entreprise.

Dès que l'on s'élève d'un échelon, comme dans le cas du pouvoir européen, le besoin de légitimité s'accentue à mesure que la source de légitimité s'éloigne. Il faut trouver alors des mécanismes de gouvernance réelle qui légitiment d'autant plus le pouvoir alternational que celui-ci sera, par nature, distant. Ces mécanismes passent par la prise de décision à la majorité qualifiée. Le système international actuel est basé sur l'unanimité, « un État, une voix ». Cela peut sembler satisfaisant et démocratique, mais un système qui donne le même poids à l'Inde ou au Honduras risque de ne pas être investi par les membres qui le composent. La démocratie formelle doit donc être revisitée. Atténuons ensuite le principe de méfiance entre les États, en créant dans chaque organisation internationale un tiers de confiance susceptible de proposer des initiatives et dégager des compromis. Le secrétaire général de l'ONU pourrait jouer ce rôle par exemple. Des mécanismes de gouvernance impliquent l'existence de système d'arbitrage des différends. Des dispositifs ont déjà vu le jour dans le champ pénal ou commercial dont on peut tirer des enseignements.

Enfin, deux grands principes doivent être suivis : celui de la transparence, en assurant un dialogue permanent avec la société civile ; et celui de la solidarité, par laquelle passe toute croissance garantissant le développement durable des sociétés. La distribution et la répartition équitable des richesses doivent être mises au cœur de l'action internationale.

Ces jalons sont des propositions pour le débat. Ils visent à susciter le débat, la prise de conscience qui est la matrice de toute action publique.

Note

1. Coll. République des Idées, Ed. Le Seuil, avril 2004

2.

Peut-on réformer l'assurance santé ?

techniques

■ Robert Leblanc
Quelques repères

■ Jean-Marie Spaeth
Pour une adaptation de l'assurance maladie

■ Jean-Claude Seys
Peut-on réformer le système de santé sans sacrifier la solidarité ?

■ Gilles Johanet et Michel Chevillet
Pourquoi les assureurs complémentaires demandent-ils à disposer des données de soins ?

■ Yanick Philippon
Quels sont les enjeux de la réforme pour les assureurs collectifs ?

■ Didier Bazzocchi
Une esquisse du possible en France pour revenir à l'équilibre

■ Bernard Caron
Les enjeux de la réforme pour les entreprises

■ Daniel Laurent et Claude Le Pen
Les pistes de l'institut Montaigne

■ Mathias Matallah
Vers une mutation sans précédent du métier d'assureur santé

■ Mathieu Baratas et Manuel Plisson
L'implémentation des réformes des systèmes d'assurance santé

■ Marc Guillaume
Économie de la santé, assistance, assurance, dépense

QUELQUES REPÈRES

Robert Leblanc

Président du directoire, Siaci

Le débat sur la réforme de la Sécurité sociale aura été très nourri au cours de l'année 2004 et, à l'heure où ce dossier paraît, quelles que soient les avancées du gouvernement, le sujet n'est sans doute pas près de perdre de son intérêt.

Outre les consultations officielles, un nombre exceptionnel de cercles ont débattu du sujet et avancé des propositions. Et les contributions se sont multipliées dans les tribunes offertes par la presse.

La revue Risques se devait aussi, non de prendre position, mais, conformément à sa vocation, de rassembler divers points de vue de personnalités tout spécialement qualifiées pour aborder de manière professionnelle un sujet à la fois complexe et d'actualité.

En ouverture de ce dossier, on peut noter trois faits.

Le premier, c'est que la croissance des dépenses de santé est tendanciellement supérieure à celle du PIB, en France et partout ailleurs. On a souvent mis en cause des gaspillages, un mauvais contrôle, bref une irresponsabilité partagée, chacun imputant cette dérive à l'une ou l'autre des catégories d'acteurs selon sa propre position : le régulateur, les prestataires, les consommateurs… Mais on peut aussi se dire que l'évolution des dépenses de santé est une conséquence et un signe du développement de la société. D'un point de vue humain et social, il n'y a rien de plus précieux que la santé ; pouvoir y consacrer une part croissante des ressources est favorable. D'un point de vue économique, toute consommation supporte le développement du secteur concerné et contribue à la croissance générale. Plutôt que d'entretenir l'espoir illusoire de contenir cette croissance, il vaut sans doute mieux la considérer comme inéluctable, voire souhaitable, et se poser la question de la manière dont elle doit être gérée économiquement et socialement.

Le deuxième fait, c'est que le système français existant repose sur un financement socialisé très englobant et peu discriminant. Si rien n'est changé dans ce dispositif, la hausse des dépenses se traduit nécessairement, soit par un déséquilibre budgétaire, soit par une hausse des cotisations obligatoires. Certains, soit par paresse, soit par idéologie, n'y voient aucun inconvénient. Mais les économistes savent bien que la hausse des prélèvements obligatoires, quelle qu'en soit la justification, aboutit à une dégradation de la compétitivité de l'économie nationale. Or le meilleur moyen de préserver en bonne part les acquis sociaux d'un pays comme le nôtre, c'est sa prospérité, donc sa compétitivité dans l'économie mondialisée qui s'impose à nous. Hausse régulière des cotisations et déséquilibre budgétaire requérant hausse des impôts ou emprunt à la charge des générations futures étant donc à exclure, le système existant doit être repensé.

Le troisième fait, c'est l'attachement d'une grande majorité de nos concitoyens à une grande solidarité nationale face à la maladie et donc à la Sécurité sociale, qui donne corps à cette logique sociale dans une forme fixée à la Libération, ce qui tend encore plus à lui donner un caractère sacré et donc intouchable.

Pour esquisser un schéma réaliste, il faut prendre en considération ces trois faits, et bien d'autres, mais commencer par ceux-là, et peut-être en les reprenant dans l'ordre inverse.

La solidarité face à la maladie est un principe de base. Mais où commence et où finit cette solidarité ? La prévention est souvent considérée comme une discipline salutaire et économique. Pour autant, la solidarité doit-elle porter aussi sur la prévention ? Respirer l'air pur des montagnes ou du bord de mer est sans doute très sain ; personne n'imaginerait néanmoins faire prendre

en charge des vacances de remise en forme par la Sécurité sociale. Par contre, vacciner des populations sensibles contre la grippe est une forme de prévention peu coûteuse que la Sécurité sociale gagne probablement à prendre en charge.

Il faut en tout cas revenir à l'essentiel, la maladie. L'assurance à laquelle nous tenons, c'est celle qui permet à toutes les familles, quelle que soit leur situation financière, de faire face aux « coups durs ». Le bien-être est autre chose et les riches en auront toujours plus que les pauvres, du moins matériellement, et pour autant qu'ils ne soient pas avares !

Il faut donc s'attacher à définir ce sur quoi porte la solidarité. C'est un choix politique national et le débat nécessaire est complexe ; mais c'est en définissant correctement un périmètre (c'est-à-dire la nature de ce qui est couvert) et un contenu (c'est-à-dire les procédures par lesquelles la couverture est acquise) que l'on parviendra à une solution équilibrée, et à ce prix seulement. Ceux à qui il incombe d'en assumer la responsabilité, gouvernement et parlement, doivent tenir compte des implications financières de leurs choix. Les moyens financiers dont nous disposons collectivement ne permettent pas de faire n'importe quoi et les politiques doivent trouver un équilibre durable, qui ne pénalise pas l'activité économique d'aujourd'hui, ni ne fasse porter un fardeau trop lourd aux générations futures. Ce qui ne sera pas dans le champ de la solidarité pourra évoluer librement, comme n'importe quel domaine d'activité où se rencontrent une offre et une demande.

Normalement, une bonne partie des dérives devrait se situer en dehors de ce champ. On se gardera toutefois d'affirmations trop lapidaires face à des réalités aussi complexes, que l'on aborde d'ailleurs aujourd'hui sur la base d'analyses de plus en plus précises, après des années où le débat consistait davantage en une confrontation de convictions bien établies. Parmi les causes des dérives actuelles, il y a le vieillissement des populations et les évolutions technologiques. Quel peut être l'impact de ces facteurs à l'intérieur d'un périmètre de solidarité bien conçu ? Ce n'est pas dans ces quelques lignes d'introduction que l'on trouvera la réponse à cette question, mais toute solution qui se voudra pérenne devra y répondre.

On ne saurait mener cette réflexion sur la solidarité sans y intégrer les assurances complémentaires. Elles permettent de gérer, selon une logique souvent intermédiaire entre pure assurance et pure solidarité, une couverture qui complète celle des régimes de base, eux-mêmes correspondant logiquement au périmètre de solidarité choisi par la Nation. Par essence, leurs formats sont variables, mais la principale distinction est entre les couvertures souscrites individuellement et celles souscrites collectivement dans le cadre d'accords d'entreprises. Elles sont suffisamment répandues aujourd'hui pour que les pouvoirs publics les intègrent à leur champ de réflexion, au point d'imaginer, dans le prolongement de la CMU (qui en revenant aux origines mêmes du système organisait une solidarité de base avec les plus démunis), des facilités d'accès à ces assurances pour ceux n'ayant pas les moyens de les souscrire à leurs propres frais.

Au-delà de ces points essentiels, le débat porte sur d'innombrables sujets. On a déjà évoqué les effets du vieillissement ; comment en tenir compte dans l'articulation d'une solution ? On peut relever que, aujourd'hui, du fait des contributions patronales pour les actifs d'une part, des distorsions de CSG d'autre part, les seniors contribuent proportionnellement moins, alors qu'ils coûtent proportionnellement plus. La solidarité intergénérationnelle doit aussi être un choix. Dans la France de l'après-guerre où l'épargne avait été ruinée, où le chômage n'existait pas et où l'espérance de vie était bien moindre qu'aujourd'hui, la solidarité intergénérationnelle ne pouvait se concevoir que des plus jeunes vers les moins jeunes, tant pour les retraites que pour la maladie. Aujourd'hui, l'ensemble des paramètres a significativement évolué, il faut reconsidérer les règles historiques. Le débat national sur ce sujet est essentiel, faute de quoi trop de jeunes se soustrairont à une solidarité trop pénalisante, en quittant le pays.

La responsabilité des différents acteurs reste bien sûr un sujet, même si la question des gaspillages apparaît comme secondaire dans la manière de poser le sujet. Tout le monde s'accorde à considérer

qu'une optimisation du « rendement » du système est souhaitable et possible.

Du côté de la demande, les bénéficiaires de soins sont de libres ordonnateurs. Or, non seulement ils sont rarement conscients de leurs responsabilités en la matière, mais on peut même déplorer le développement de l'incivisme. Un sondage, publié dans le Quotidien du médecin il y a quelques mois, faisait ressortir que nous pensons à 85 % que nos concitoyens consomment trop de médicaments, mais à 85 % aussi que nous n'en consommons pas trop nous-mêmes ! Des mesures comme les franchises peuvent avoir un effet responsabilisant. Mais il faut surtout faire de gros efforts de pédagogie, sauf à ne plus laisser chacun engager l'assurance dont il bénéficie en toute liberté ; le dossier médical individuel est certainement un moyen de suivre les pratiques de chaque bénéficiaire et soit de l'alerter sur ses excès de consommation, soit même de brider une partie des prises en charge ou remboursements auxquels il prétend.

Du côté de l'offre, le contrôle comptable, puis la discipline professionnelle ont été tour à tour tentés. Il y a encore des progrès à faire et des propositions à formuler pour cela ; c'est là notamment que la mise en concurrence de systèmes de contrôles attachés à des organismes payeurs divers pourrait être porteuse de progrès significatifs. En tout cas, le droit de regard du payeur sur ce qu'il paie devrait faire des progrès. Les protocoles devraient être plus standardisés. Même si l'on admet que la médecine est tout sauf une science exacte, et en accordant sa valeur à la dimension humaine de la relation entre un patient et son médecin, on ne peut que déplorer les écarts de prescription et de soins d'une région à une autre ou d'un établis-sement à un autre, dont l'évocation plaisante émaille couramment les discours sur la faiblesse des contrôles.

En matière d'optimisation, l'hôpital est un vaste sujet. La question de l'emploi local dans les structures hospitalières a souvent conduit à des décisions à contre-courant de l'optimisation du système de soins. La désastreuse mise en œuvre dans ce cadre de la loi sur la réduction du temps de travail n'a d'ailleurs fait que des mécontents et compliqué encore l'exercice ; et le cloisonnement entre médecine de ville et hôpital est généralement considéré comme néfaste.

Bref, les sujets sont multiples et le dossier qui suit ne les épuise pas. C'est à Jean-Marie Spaeth, président de la CNAMTS, fort de nombreuses années d'expérience aux commandes d'une institution qui est au centre des discussions, qu'il revient d'ouvrir le débat. Les différentes catégories d'assureurs complémentaires sont ensuite représentées : Jean-Claude Seys, président-directeur général MAAf et MMA, Gilles Johanet, délégué du président des AGF, conjointement avec Michel Chevillet, président du comité maladie de la FFSA, pour les assureurs ; Yanick Philippon, directeur technique du groupe AG2R, pour les institutions de prévoyance ; Didier Bazzocchi, directeur général de la Mutuelle générale, pour les mutuelles du Code de la mutualité. Bernard Caron, directeur de la protection sociale du Medef, donne le point de vue des employeurs. Le dossier intègre ensuite les contributions de divers spécialiste : Daniel Laurent, Professeur à l'Université de Marne-La-Vallée et Claude Le Pen, Professeur à l'Université de Paris Dauphine qui ont réalisé un important travail sur le sujet dans le cadre de l'Institut Montaigne, Mathias Matallah, consultant spécialiste des assurances complémentaires, Mathieu Baratas et Manuel Plisson, doctorants à Dauphine et organisateurs d'un colloque sur le sujet. Pour finir, la parole est donnée à un économiste, Marc Guillaume, Professeur à l'Université de Paris Dauphine

Dans ce dossier focalisé sur l'assurance, on n'a pas développé les questions relatives aux professions médicales : effectifs, formation, mode de rémunération, statut... Mais on peut juste relever en conclusion que la réforme, contrairement à ce dossier, ne peut négliger aucune de ses implications. Et le respect des professionnels, des hommes et des femmes qui ont un métier, est dans tous les domaines une condition, sans doute pas suffisante, mais nécessaire, du succès. En l'occurrence, notre santé, et nous le savons bien dès que nous sommes personnellement concernés, nous la devons aux médecins et aux infirmières.

POUR UNE ADAPTATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Jean-Marie Spaeth
Président de la CNAMTS

Les valeurs fondatrices de la Sécurité sociale, la solidarité, l'égalité, nous réunissent et ne doivent nullement être remises en cause. Au contraire, l'enjeu est bien de les conforter.
Je souhaite que, au moins sur les enjeux essentiels, nous puissions dépasser les traditionnels clivages partisans qui traversent le paysage politique. La Sécurité sociale n'est ni de droite ni de gauche, elle est un élément de notre « vivre ensemble », à la fois élément de la citoyenneté pour chacun d'entre nous et facteur de la cohésion sociale de l'ensemble de notre société.

Parmi les éléments constitutifs de la pédagogie en direction de nos concitoyens, il me semble important d'insister sur le fait que la démarche qui va être engagée par les pouvoirs publics ne peut se réduire, comme on l'a fait bien souvent, à la mise en œuvre de solutions de « replâtrage » financier. La Sécurité sociale va bientôt souffler ses 60 bougies : cette longévité est la preuve qu'elle a su répondre à l'attente de la collectivité, qu'elle a fait ses preuves. Aujourd'hui, il nous appartient de lui faire franchir une étape nouvelle pour l'adapter aux évolutions de la société. En ce sens, ce n'est pas « un grand soir de la réforme » qui est devant nous, mais une action progressive, poursuivie avec constance au-delà des aléas de la vie politique et compréhensible par tous. Ce travail de fond a été préparé par le diagnostic partagé dressé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Au-delà des nuances de vocabulaire et des positionnements tactiques, il est important que le consensus s'établisse sur des constats qui montrent clairement les axes incontournables des évolutions à conduire.

Je les rappelle ici à grands traits :

- La première des priorités consiste à s'attaquer à l'organisation du système de soins. Non pas pour bouleverser son architecture, mais pour mettre fin au gâchis, humain et financier, que représente l'inorganisation actuelle, qui nourrit également le désenchantement des professionnels. Les multiples cloisonnements qui caractérisent l'exercice des praticiens amenés à prendre en charge un patient, en ville et à l'hôpital, sont autant d'obstacles à la continuité des soins et donc à la qualité des soins. Le rôle de l'Assurance maladie qui relie les patients au système de soins est évidemment crucial pour inciter patients et professionnels à un bon usage du système de soins.
- Le second volet des recommandations du Haut Conseil vise à tirer les conséquences de l'absence de réel pilotage au sommet de cet ensemble « système de soins et d'assurance maladie ». La clé se situe dans la clarification des responsabilités entre l'Etat et les gestionnaires à travers une vraie délégation de compétences qui permette de mettre fin à l'imbroglio actuel. C'est d'un Etat stratège dont la collectivité a besoin, pas d'un Etat gérant ; un Etat capable de déléguer aux acteurs sociaux la responsabilité de la mise en œuvre du droit à la protection de la santé.
- Le troisième volet concerne le rétablissement d'un équilibre financier, aujourd'hui bien compromis. S'il ne vient qu'en troisième lieu, c'est que l'on connaît, d'expérience, les limites des mesures financières qui ne doivent pas détourner de l'essentiel, c'est-à-dire

l'organisation du système de soins. Je reviendrai plus tard sur ce point essentiel. Pour autant, nul ne peut ignorer que ramener l'assurance maladie sur la voie de l'équilibre financier ne peut se concevoir sans l'apport de recettes nouvelles qui doivent solliciter équitablement l'ensemble des revenus, quelle qu'en soit l'origine, c'est aussi cela la solidarité.

Gardons-nous dans les décisions qui vont être prises d'ignorer ces constats tirés de notre expérience collective. En particulier, évitons la confusion traditionnelle entre mesures financières ponctuelles et stabilisation du système. Depuis sa création, la Sécurité sociale, au fil de ses crises financières, a fait l'objet de réformes successives, toutes conçues à l'aune de l'urgence économique du moment. C'était vrai lors de baisses successives du taux de remboursement des soins : quels que soient les discours d'alors, c'était après des rentrées financières que leurs promoteurs couraient et non après une action supposée sur le comportement des patients, du ticket modérateur ou de toute autre forme de « reste à charge ». La désormais indispensable Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) est venue sanctionner ces choix illusoires après que ces désengagements de l'Assurance Maladie ont exclu de l'accès aux soins une partie croissante de nos concitoyens. L'instauration du forfait journalier à l'hôpital et ses augmentations successives ont répondu elles aussi à une préoccupation financière. L'instauration d'un forfait non remboursé sur les médicaments relèverait de la même logique. L'objet de mon propos n'est pas de nier la nécessité d'apporter des solutions à la gravité de la situation financière de l'Assurance maladie. Mais les mesures d'inspiration financière doivent être assumées pour ce qu'elles sont : des réponses ponctuelles à une urgence financière. Mais l'expérience a montré la volatilité de ces mesures qui ne sauraient constituer une réponse suffisante pour conforter et pérenniser l'Assurance maladie. N'est pas davantage acceptable la solution qui consisterait à n'envisager que le report sur les générations futures du financement de nos dépenses par un endettement accru.

A l'inverse, c'est l'ambition d'un système de soins performant qui doit guider nos réflexions dans le cadre de la concertation ouverte par le Gouvernement. Il n'est pas inutile pour cela de faire un rapide retour en arrière pour analyser rétrospectivement la réforme de 1996. Cette réforme est la dernière étape en date de l'adaptation progressive de l'Assurance maladie. C'est une étape fondatrice puisqu'il faut remarquer qu'elle n'a pas été remise en cause, au gré des alternances politiques. Les huit années que je viens de passer à la présidence de la Cnamts vont me permettre d'étayer cette analyse d'éléments précis.

Revenons tout d'abord sur l'apport premier de la réforme de 1996 : il s'agit de la place donnée à la représentation nationale qui était quasi absente d'un champ pourtant essentiel pour nos concitoyens : celui de la santé et de l'Assurance maladie. Il faut noter sur ce point que plus personne aujourd'hui ne conteste ce rôle retrouvé des élus. La mission parlementaire sur la réforme de l'assurance maladie est une preuve supplémentaire de la place que doit prendre la représentation nationale dans la définition des orientations générales de l'Assurance maladie et des grands équilibres macro-économiques qui en découlent. Le rendez-vous désormais régulier de la loi de financement de la Sécurité sociale offre l'occasion de débats sur le système de soins et sur l'Assurance Maladie. Même s'ils ne mobilisent pas encore tous les parlementaires, ces débats prennent néanmoins, d'année en année, de l'épaisseur. C'est l'occasion aussi de fixer le cadre macro-économique de l'Assurance maladie, au travers de la fixation d'un objectif d'évolution des dépenses, désormais connu sous le nom d'Ondam.

Paradoxalement, cette décision, qui consacre un pouvoir retrouvé des parlementaires, met également en lumière les limites de ce pouvoir, limites beaucoup moins perceptibles quand il s'agit de retraite ou des prestations familiales, mais j'y reviendrai. Les parlementaires ont tout à la fois le sentiment de fixer un cadre économique, et d'être impuissants à doter la collectivité des outils pour veiller à son respect, et surtout impuissants à donner un contenu médical à ces dépenses. Certes, la loi de santé publique corrige ce constat, mais elle ne le corrige qu'en partie, ne serait-ce que parce qu'à vouloir trop embrasser, elle ne met pas en évidence les orientations prioritaires pour notre pays en matière de santé. Ce premier débat a néanmoins mis en

évidence la nécessité d'articuler une programmation pluriannuelle des priorités de santé publique avec des traductions annuelles en termes de financement.

Alors d'où vient cette difficulté particulière à l'Assurance maladie ? En matière de retraite ou de famille, le Parlement fixe les dépenses que va engager la collectivité en même temps que sont définis les droits des individus. Comme on connaît, par exemple, le nombre de retraités, fixer le taux d'évolution des pensions et les principes qui régissent le calcul des droits, permet de dégager un cadre macro-économique qui, non seulement s'avère fiable et respecté, mais correspond à un droit individuel défini pour chacun des citoyens. A l'inverse, pour la maladie, définir un objectif des dépenses, définir la nature des prestations d'assurance maladie ne suffit pas à garantir l'équilibre macro-économique, ni à garantir à chacun le droit individuel à la protection de la santé inscrit dans notre Constitution.

En effet, lorsque l'un de nous est malade, ce n'est pas auprès de sa caisse d'assurance maladie qu'il vient chercher une réponse à sa situation contrairement au retraité qui va s'adresser à la caisse vieillesse pour faire valoir ses droits-, le malade, lui, s'adressera à un médecin ou un hôpital, autrement dit à un tiers qui, par ses décisions, déterminera la nature des prestations qui seront versées à l'intéressé et par conséquent les dépenses de la collectivité.

L'universalité de l'accès aux prestations, voulue par les créateurs de la Sécurité sociale, est désormais chose faite, depuis la loi sur la CMU qui a en outre acté le fait que l'accès aux soins nécessitait une couverture maladie complémentaire ; reste à réaliser l'universalité de l'accès à un système de soins organisé et de qualité. En ce sens, la réforme de 1996 est restée au milieu du gué ; par ces limites mêmes, elle a néanmoins mis en évidence la nécessité de lier de façon indissociable, assurance maladie et système de soins. Il ne suffit pas en effet de rembourser des actes, les uns après les autres, pour garantir à toute la population l'accès aux soins dont elle a besoin et leur qualité. Il faut aussi se donner les moyens pour que les recommandations de bonne pratique élaborées par la communauté scientifique deviennent une garantie de qualité pour les patients, pour que les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, s'organisent entre eux, comme une équipe pluridisciplinaire, pour apporter la meilleure réponse aux besoins des patients, pour que ceux-ci soient guidés dans leur parcours au sein du système de soins. Tout cela montre bien que l'organisation du système de soins, sa régulation, sont indissociables du service du remboursement des dépenses. L'action de la Cnamts, ces dernières années a été guidée par cette conviction. Les esprits ont d'ailleurs évolué et je ne citerai qu'un exemple, le médecin référent. Tant décrié à son origine, il voit tout son contenu progressivement repris par les uns et les autres, devenus tous, petit à petit, ardeurs défenseurs d'une meilleure prise en compte de la prévention, d'une diversification du mode de rémunération des médecins, d'une meilleure coordination entre généraliste et spécialiste, de la tenue du dossier médical du patient... Ne reste bientôt plus que l'appellation « médecin référent » pour fédérer les oppositions originelles et idéologiques dans lesquelles certains continuent de se complaire, tant son contenu est devenu partagé !

Le deuxième élément de la réforme de 1996 que je voudrais mettre en évidence, c'est celui de la contractualisation. Contractualisation entre l'Etat et la Cnamts, contractualisation entre la Cnamts et l'ensemble des caisses du réseau de l'Assurance maladie, contractualisation entre l'Assurance maladie et les professionnels.... c'est clairement pour une démarche partenariale qu'avaient opté les auteurs de la réforme et ils avaient raison.

Malheureusement, il ne suffit pas que le principe contractuel soit inscrit dans un texte pour qu'il vive pleinement, il faut aussi la volonté des acteurs. C'est là que nous avons des progrès à faire. Les conventions entre l'Etat et la Cnamts devaient définir le champ de la délégation de gestion aux partenaires sociaux. Elles se sont heurtées aux pratiques traditionnelles d'un Etat qui n'avait pas fait ce changement culturel. Il est vrai qu'il est plus confortable, pour une administration d'Etat en particulier, de continuer d'exercer une tutelle quotidienne, souvent aussi rassurante pour elle qu'elle est tatillonne, que de recentrer son action sur les missions régaliennes de l'Etat, celles qui consistent à

définir des politiques. Puis, à partir de ces politiques générales, à en déléguer réellement la mise en œuvre, à définir les résultats attendus de cette délégation et à les évaluer. Cette dernière posture est plus exigeante et déstabilise des compétences et des habitudes de travail décennales ; faute d'une volonté politique forte des ministres successifs -et c'est un euphémisme-, il n'est pas étonnant que ce changement d'approche ne soit pas fait à ce jour. Pourtant, je reste convaincu que la voie contractuelle est la bonne, car c'est la voie qui permet de mobiliser tous les acteurs autour d'objectifs communs, dans des domaines où ni le décret ni l'autorité ne peuvent seuls s'avérer efficaces.

Dernier point qui a marqué ces dernières années, de manière peut-être trop brutale en 1996 pour des médecins qui n'y étaient pas préparés : c'est la volonté de tirer les conséquences de la responsabilité économique des médecins. Pour la première fois, il était simplement rappelé qu'un médecin qui réalise un acte ou établit une prescription, au-delà de la relation individuelle qu'il noue avec son patient, engage la collectivité, parce que cet acte ou cette prescription sera remboursé par des fonds publics qui ne seront donc pas utilisés à autre chose. Que la décision thérapeutique individuelle d'un médecin soit, pour une part, une décision aux incidences collectives, la prise de conscience de cet état de fait est récente et pas encore intégrée par tous les professionnels. C'est peu de dire que la majorité des syndicats médicaux n'a pas accompagné cette prise de conscience. Ils continuent, même pour la plupart, à entretenir auprès des médecins, l'illusion que la liberté individuelle, sans règle ni responsabilité, pourrait être la ligne de conduite d'un système de soins solidaire. La liberté tarifaire est-elle compatible avec une assurance maladie sociale et solidaire ? Est-ce au demeurant un progrès pour les médecins et pour les patients de réintroduire des considérations financières dans la relation thérapeutique individuelle, quand les tarifs opposables les en préservent ? Comment d'ailleurs concilier la revendication exprimée fortement par les syndicats médicaux d'une classification commune des actes médicaux qui permette de donner à chaque acte une valeur représentative de ce qu'il est, et dans le même temps réclamer une liberté tarifaire ? Cette prétendue liberté, qui ferait varier la valeur d'un acte en fonction de la capacité contributive du patient et qui, de fait, réintroduirait une concurrence purement financière entre les médecins ! Cette liberté qui autoriserait les professionnels à reporter sur le seul patient une différence d'honoraires qu'aucun critère médical ne viendrait justifier !

Mais d'autres questions restent en suspens derrière la défense de la liberté individuelle des professionnels : le lieu d'installation d'un médecin peut-il continuer à n'être que le résultat de sa seule décision individuelle, en ignorant les besoins de soins de la population ? Chaque médecin peut-il continuer à dispenser tous les soins qu'il veut, sans s'interroger sur leur pertinence ni rendre compte de leur qualité ? La liberté ne peut se concevoir sans la responsabilité qui l'équilibre. C'est l'exigence collective que doivent traduire les accords entre l'Assurance maladie et les professions de santé, celle de stabiliser l'équilibre fragile entre liberté et responsabilité. Cette responsabilité des professionnels de santé appelle, en regard, une implication des patients et des gestionnaires : le succès de la diffusion des médicaments génériques ou la maîtrise de la prescription des antibiotiques illustrent ce que la synergie peut apporter.

Tous ces éléments nous conduisent à devoir fixer rapidement, non pas un panier de biens remboursables, comme on l'entend souvent dire car il existe déjà, mais plutôt un mode d'emploi du système de soins et des parcours de soins.

Aujourd'hui, le droit au remboursement est universel, mais il s'exerce au gré des contacts du patient avec le système de soins. Il est donc par essence inégalitaire et ces inégalités sont autant d'origine géographique que culturelle. Il tolère l'absence de qualité et d'efficience puisque le droit au remboursement s'applique de la même façon à des prestations de qualité qu'à celles dont l'intérêt médical n'est pas avéré. Qui peut prétendre, sans se tromper, avoir toujours été soigné conformément aux standards de l'art médical ? Pourtant ces standards existent pour nombre de pathologies et devraient servir de guide à la pratique médicale comme au comportement des patients. Ce serait un moyen essentiel pour mieux prendre en compte les incertitudes qui caractérisent la médecine. Car si la médecine

est de plus en plus précise à mesure que se développe le progrès médical, elle reste un art où la subjectivité du médecin a toujours sa place dans l'interprétation des données et dans sa perception des besoins des patients ; et il faut s'en réjouir !

C'est au nom de ces incertitudes que la société s'est jusqu'à maintenant montrée très timorée pour organiser le système, fixer des règles d'accès aux soins ou diffuser des protocoles ou référentiels. Cette prudence, abritée derrière des appels au respect de la liberté, a conduit sans crier gare à laisser se développer des pertes de chance et une inégalité de fait dans l'accès aux soins. Pire, certains voudraient compenser cette difficulté de la collectivité à rendre ces arbitrages en faisant appel à la rationalité du patient. Or un patient, lorsqu'il est vraiment malade, n'est plus rationnel. C'est tellement vrai que les médecins eux-mêmes, quand eux ou un membre de leur famille ont un problème sérieux, font appel à un confrère car c'est au soignant d'être rationnel, pas au malade. C'est cette tentation qui alimente les discours trop rapides sur la responsabilisation individuelle des patients : ceux qui trouvent tous les maux dans la diffusion du tiers-payant, ceux qui dénigrent la carte Vitale, simple carte de droit, en laissant croire qu'elle est une carte de facilité de paiement, ceux qui voudraient que les patients ne soient pas remboursés de toutes leurs dépenses. On voudrait développer le consumérisme dans le domaine de la santé, qu'on ne s'y prendrait pas autrement. Au demeurant, je rappellerai aux ardents défenseurs de la responsabilisation des patients, qu'il n'est pas de dépenses de l'Assurance maladie qui ne soient pas réalisées ou prescrites par un médecin. On invoque souvent la pression du malade, c'est faire peu de cas du médecin, incapable d'y résister, et de son magistère !

Loin de moi pourtant l'idée de nier la responsabilité des patients. Mais, pour que les patients puissent être responsables, il faut qu'ils connaissent les règles et qu'ils les comprennent parce qu'elles auront un sens en terme de qualité médicale et que la nature des actes, leur fréquence et leur séquencement s'inscriront dans un processus de soins efficient. Alors les patients ont montré qu'ils pouvaient entendre un discours de responsabilité : la réforme du remboursement des visites, entrée dans les mœurs sans heurts manifestes, l'atteste. Mais qu'en revanche, ceux qui prônent l'instauration d'un forfait non remboursable par boîte de médicament ou par consultation n'invoquent pas la responsabilisation du patient. Qu'ils disent clairement aux assurés que c'est un moyen rapide pour faire face à une urgence financière, car ce ne serait pas autre chose !

L'instauration d'une franchise annuelle non remboursable n'aurait pas non plus d'autres finalités que d'apporter des recettes nouvelles à l'Assurance maladie. Elle présenterait, en plus, des inconvénients majeurs : soit elle est de faible montant et elle perturbera le système de remboursement des soins sans répondre aux besoins financiers de l'Assurance maladie, soit elle est d'un niveau élevé et elle exclura des soins ceux qui ne peuvent faire face à cette dépense ; en outre un tel niveau peut être un incitatif pour les patients et les professionnels à atteindre au plus vite le niveau de dépenses ouvrant droit au remboursement. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne sauront jamais où en est le patient dans ses remboursements, ils ne pourront plus mettre en œuvre le tiers payant ; or, derrière les discours de certains syndicats de professionnels de santé qui continuent de refuser le tiers payant, il faut savoir que c'est le mode de remboursement actuel pour plus de 65 % des soins, sans compter l'hôpital ! Remettre en cause le tiers payant, c'est compromettre l'accès aux soins pour tous ceux qui sont économiquement faibles et aussi, pour tous ceux qui, particulièrement malades, ont un recours important aux soins. Et si certains avaient des velléités d'introduire un critère de ressources dans l'application d'une franchise, c'est un principe fondateur de la Sécurité sociale qui s'effondrerait, celui qui veut que chacun finance selon ses ressources et reçoit selon ses besoins de santé. Autrement dit que la solidarité se fait par les cotisations, mais pas au moment de l'accès aux soins. En outre, l'instauration d'une franchise laisse entendre que, passé son montant, toute dépense de santé est légitime puisqu'elle est remboursée. Cette perception viendrait donc contredire et annihiler une démarche de responsabilisation des patients et des professionnels, autour de parcours de soins médicalisés, de modes d'accès au système de soins et de protocoles de soins.

C'est la réaffirmation de tous ces principes qui me fait parler d'adaptation de l'Assurance maladie plutôt que de réforme, terme qui pourrait autoriser certains, sous couvert d'une approche libérale et idéologique, à modifier radicalement les fondements de la Sécurité sociale. Il s'agit bien, à l'inverse, de conforter ses principes fondateurs, celui d'une assurance sociale et solidaire, celui de l'universalité de l'accès aux soins et de l'universalité du droit aux prestations -auquel il nous appartient maintenant de donner un contenu médical- pour chacun, sans critère d'âge, de la naissance à la mort, dépendant ou pas, et où qu'il vive, à domicile ou en établissement. C'est cette conviction qui doit animer tous les acteurs et déterminer le schéma d'organisation qui sera privilégié parce qu'il permettra l'expression des différentes responsabilités.

Celle de l'Etat, tout d'abord, détenteur de la légitimité du peuple qui doit être garant du droit à la protection de la santé inscrit dans notre Constitution. Maître de la politique de santé et de la définition des priorités sanitaires, il doit pouvoir déléguer aux représentants de la société civile les conditions de mise en œuvre du droit des citoyens qu'il aura défini et, en premier lieu, aux partenaires sociaux.

Lors de sa création, la Sécurité sociale était fortement axée, autour du versement de prestations en espèces, pour compenser les pertes de revenus des salariés du fait de leurs maladies. Ces prestations en espèces sont aujourd'hui minoritaires et l'essentiel des dépenses de l'Assurance maladie sont des dépenses dites en nature c'est-à-dire des remboursements de soins ou des financements directs de structures et établissements de soins. Il est donc légitime que ceux qui assurent la gestion de ces prestations, s'assurent de la pertinence de ces dépenses et de la qualité des soins qu'ils financent ainsi. Certes les partenaires sociaux n'ont pas de légitimité scientifique ni médicale, mais ils sont légitimes pour s'assurer, au nom des assurés sociaux, que la qualité des soins est au rendez-vous, pour l'ensemble de la population, sans distinction ni de statut professionnel ni de revenus. On comprendrait mal aujourd'hui que les employeurs, qui ont été partie prenante de la création de la Sécurité sociale parce qu'ils y voyaient le moyen de disposer d'une main d'œuvre en meilleure santé, s'en désintéressent subitement et s'exonèrent de leur part de responsabilité dans l'état de santé d'une population. Car nul ne peut raisonnablement nier les incidences des conditions de travail sur l'état de santé d'une population. Les dernières déclarations du président du Medef remettent d'ailleurs au goût du jour la volonté des employeurs de ne pas perdre de vue le système qui assure la santé de la population. Elles consacrent du même coup l'échec de la stratégie poursuivie par le Medef fin 2001, lorsqu'en quittant les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale, ce dernier pensait faire exploser le système et obliger à en changer fondamentalement le fonctionnement au profit des assurances privées. C'était compter sans la CFDT qui, avec l'Upa et la Fnmf pour l'essentiel, a fait barrage à cette stratégie et permis la continuité d'une Assurance maladie solidaire. Mais cette situation doit évoluer et l'ensemble des organisations syndicales doit s'interroger sur le rôle qu'elles entendent jouer. Elles peuvent opter pour des fonctions tribuniciennes au détriment des fonctions de gestionnaires, c'est-à-dire ne vouloir qu'influencer les décisions sans en être partie prenante ni, a fortiori, en assumer la responsabilité. C'est une posture qui permet de faire valoir des revendications sans devoir assumer les arbitrages nécessaires à leur financement. C'est la posture adoptée de longue date par certaines organisations en matière de protection sociale et qui, paradoxalement, les conduit à s'ériger en défenseur de droits acquis auxquels elles n'ont jamais contribué. Certaine s'est par exemple toujours opposée à la création et aux décisions de gestion de régimes complémentaires en matière de retraite ou de chômage, que ce soit pour les salariés du privé ou du public. Elle n'a posé aussi aucun acte de gestion, notamment budgétaire au conseil d'administration de la Cnamts. Cette position a été constante durant les dernières décennies et les élections des membres des conseils d'administration en 1983, censées accroître leur légitimité, n'ont pas pour autant fait changer de position ces administrateurs. On ne peut revendiquer plus d'autonomie et de pouvoir, sans assumer la responsabilité des arbitrages qui en découlent. On peut ne pas vouloir affronter ces choix et opter pour une position de porte-voix ; mais il faut alors

admettre que la gestion soit assurée par d'autres, et par l'Etat en premier lieu. C'est donc bien un discours sans ambiguïté que les partenaires sociaux doivent tenir devant la population lorsqu'ils font valoir leur vision de la gouvernance de l'Assurance maladie.

Il ne m'appartient pas de dessiner le schéma de gouvernance idéal, ni de me prononcer sur l'organisation des pouvoirs entre tel ou tel, sur les modalités de la nécessaire coordination entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires ou sur la composition des conseils d'administration des caisses. Cette dernière question paraît d'ailleurs bien seconde au regard des enjeux de la réflexion en cours. Ce qui importe, c'est de sortir de la logique des blocs qui traite d'un côté des médicaments, de l'autre de l'hôpital, d'un autre encore des médecins. L'enjeu est de lister les fonctions qui doivent être assurées, depuis la définition de la politique de santé et des prioritaires sanitaires, jusqu'aux règles de sécurité sanitaire, en passant par les modalités d'évaluation des compétences et des pratiques ou de coordination entre les différents métiers de la santé, pour que le système de soins soit le plus performant et réponde au mieux aux besoins de la population. Puis il s'agit, pour chacune des fonctions ainsi identifiées, d'organiser la meilleure complémentarité des compétences de tous les acteurs de la société : les parlementaires, les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et les représentants de la société civile, les mutuelles et les professionnels de santé. C'est à partir de cet effort de méthode qui fait renoncer à des positionnements plus traditionnels, que pourra se dégager la voie d'une synergie entre des acteurs dont les champs de compétence ont aujourd'hui des contours si imprécis et si peu autonomes qu'ils se neutralisent au détriment de la population et de la solidarité.

Pour conclure en quelques mots, je crois important que les travaux en cours contribuent à dédramatiser l'image d'une réforme qui serait synonyme de renoncement et de recul de la couverture sociale. Les périodes d'attente sont en effet propices à toutes les crispations conservatrices, alors qu'il faut l'impliquer dans une démarche nouvelle visant à rendre plus lisible, le fonctionnement du système de soins et les règles d'accès aux soins. Sans renoncer aucunement aux valeurs constitutives de la Sécurité sociale. Mais pour y parvenir, des efforts de tous seront nécessaires, nul ne peut en être exonéré. C'est pourquoi il me paraît important d'évoquer l'adaptation de l'Assurance maladie, selon les termes même employés par le président de la république. Cette image, sortie de tout contexte partisan, est en effet à même de réconcilier ses principaux acteurs autour d'une image positive de l'assurance maladie et de son adaptation aux défis d'aujourd'hui et de demain.

PEUT-ON ADAPTER OU RÉFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ SANS SACRIFIER LA SOLIDARITÉ ?

Jean-Claude Seys

Président-directeur général, MAAF/MMA

Le déséquilibre des comptes de la Sécurité sociale s'accroît de manière exponentielle, or tout phénomène de cette nature aboutit nécessairement à une explosion.
Le déficit instantané – 13,6 Milliards d'euros prévus pour 2004 – bien que considérable – ne représente que 9% des dépenses de santé ; dans un ensemble de cette importance qui n'a jamais fait l'objet d'un exercice rigoureux d'économies, l'expérience démontre que des économies de cet ordre sont toujours possibles.
A partir de là, le problème consiste à améliorer, chaque année, l'efficacité globale du dispositif pour économiser l'équivalent de l'accroissement de dépenses dû au vieillissement et autres causes mécaniques connues ; l'ensemble des pistes identifiées rend la perspective d'un progrès global de productivité des facteurs de l'ordre de 2% réaliste sous réserve d'une gouvernance éclairée et volontariste.

Depuis les années 1970, la Sécurité sociale a connu une série de déficits apurés, chaque fois à titre définitif, par une quinzaine de plans successifs. Cette accumulation n'a pas suscité de véritables réflexions sur la vraie nature du problème, toujours résolu à l'aide de quelques expédients. Désormais, le recours à ceux-ci semble épuisé et le déficit évolue d'une manière exponentielle : 2,1 Milliards d'euros en 2001, puis successivement 6,1, 10,6 et 13 Md en 2004 sans compter le coût de la dette. Ce n'est plus le niveau de déficit qui pose problème, mais la vitesse à laquelle il se creuse. Heureusement, les dernières années ont vu le développement d'une véritable prise de conscience. La première étape a probablement été la création du Haut Comité de santé publique en décembre 1991. Ensuite, les travaux, colloques et rencontres se sont multipliés permettant l'émergence d'une prise de conscience collective autorisant le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie à réaliser, rapidement, un diagnostic relativement consensuel. C'est un énorme progrès, mais ce n'est néanmoins qu'une condition nécessaire et non suffisante à l'émergence de solutions.

Analyse et réflexions

Le premier problème posé est de savoir si la solution peut être trouvée à l'intérieur du système de santé, en modifiant l'organisation des procédures de soins et les modalités de prise en charge financière des malades – auquel cas on pourra parler d'adaptation – ou si cette organisation impliquera d'autres acteurs ou d'autres systèmes

étrangers au système de santé. Dans cette seconde hypothèse, c'est une véritable réforme, voire une révolution qu'il faudrait entreprendre. Si tel était le cas cependant, le travail d'analyse et de réflexion réalisé sur le système de santé devrait être étendu aux interrelations avec son environnement social et économique ; ce qui n'a pas été fait.

En effet, le système de santé ne vit pas en autarcie ; il tire ses ressources humaines, financières et techniques de son environnement dont il prend en charge, en retour, les problèmes de santé, y compris bien sûr ceux générés par cet environnement : comportements à risques, organisation du travail, problèmes liés à l'habitat, aux transports et à la pollution etc.

Je rappellerai que la santé représente 10 % du PIB de la France, que ce secteur contribue au bien-être de la population, ce qui est l'objectif même de la recherche d'enrichissement d'une nation ; il contribue également à l'efficacité du système productif ; si cette contribution est difficile à mesurer, elle est en tout cas prouvée, ne serait-ce que, a contrario, par l'exemple des pays pauvres où l'état sanitaire de la population constitue un des principaux freins au développement.

Cependant, la caractéristique principale de ce secteur économique est d'être financé essentiellement par des prélèvements obligatoires ou quasi obligatoires (c'est-à-dire des financements imposés par l'État aux agents économiques – comme la contribution CMU des assurances complémentaires – mais non comptabilisés dans un budget public). C'est ce caractère qui nous réunit aujourd'hui. Le même niveau de dépenses de santé assumé directement par les agents économiques ne serait pas considéré comme une difficulté, pas plus que le poids du logement ne pose problème par exemple. D'ailleurs, il en est de même dans les autres pays : aux États-Unis où les dépenses de santé rapportées au PIB sont supérieures de 40 % à ce qu'elles sont en France, la fraction financée par la collectivité fait seule l'objet de débats.

Le fait que le financement procède essentiellement de prélèvements obligatoires a, sans doute, une part de responsabilité dans l'absence de mécanismes de régulation du système de santé, mais surtout crée des interrelations étroites avec d'autres systèmes économiques et sociaux. En particulier, dans une économie largement ouverte à la concurrence de pays moins riches, y compris en Europe, et toutes choses étant égales par ailleurs, le niveau des prélèvements obligatoires est l'un des facteurs contribuant à la délocalisation des emplois industriels et donc au tarissement du gisement sur lequel sont effectués les prélèvements obligatoires.

Si le système de santé ne trouve pas les moyens de résoudre la crise en son sein, il faudra donc faire appel à son environnement, en premier lieu pour trouver de nouveaux financements, mais pas exclusivement. Le déficit de la Sécurité sociale envisagé par le Haut Conseil pour 2020, à défaut d'inflexion des tendances actuelles, peut faire craindre cette éventualité ; ce déficit représenterait, en 2020, 2 % du PIB dans une perspective de croissance raisonnable de celui-ci ; or, nous savons que notre pays connaît déjà un déficit public en infraction avec les règles de la Communauté européenne et que la santé va se trouver en concurrence avec d'autres demandes sociales fortes, notamment la retraite.

Au-delà des modalités de mobilisation des moyens de financement utiles, la croissance des dépenses de santé amputerait nécessairement la consommation des ménages. Il conviendrait alors de déterminer le mode de financement ayant le moins d'effets pervers pour le système de santé lui-même, mais également pour le reste de la société, en particulier pour le système productif. Le problème de la solidarité devrait être apprécié dans cette perspective, non seulement au niveau du système de santé, mais globalement : préfèrerait-on répartir également le surcoût de la santé en réduisant la consommation générale – à travers une augmentation de la CSG ou mieux de la TVA, qui protègerait davantage l'appareil productif national – ou d'une manière inégalitaire ? Dans ce dernier cas, préfèrera-t-on considérer que, dans le cycle de vie, l'augmentation des dépenses de santé due à l'âge s'accompagnant de la réduction d'autres besoins, une plus forte contribution des malades à leurs propres dépenses serait justifiée ? Ou bien préfèrerait-on retenir d'autres critères en surtaxant par exemple les consommations génératrices de problèmes de santé, telles que le tabac, l'alcool, certaines matières grasses et

l'énergie lorsque son utilisation est source de pollution ? À ce propos, nous devons rappeler que le système de soins n'est pas l'élément principal d'une politique de santé. D'après une estimation du Haut Comité de santé publique dans son rapport de 1991, 80 % des améliorations en matière de santé trouvent leur origine dans des progrès liés à l'environnement (hygiène, alimentation en particulier). On peut donc penser que les efforts consentis au niveau de l'environnement, s'ils sont faits avec discernement, peuvent réduire sensiblement les besoins en prestations de soins.

Les effectifs du système de santé

L'environnement doit fournir au système de santé des ressources humaines. Les constats de manques d'effectifs se multiplient : manque de médecins actuels et prévus dans certaines disciplines et également de personnel hospitalier. La plupart des propos attribuent ces pénuries à des problèmes budgétaires ou administratifs ou, pour les médecins, au numerus clausus.

À court terme, le problème tient davantage à l'adaptation géographique ou professionnelle qu'à l'insuffisance quantitative. À plus long terme, on ne peut méconnaître, dans la recherche de solutions, que l'offre de travail qualifié dans notre pays risque d'être dramatiquement insuffisante dans les années qui viennent en raison du papy-boom et de l'aversion croissante pour le travail ; le problème des effectifs du système de santé ne pourra être résolu indépendamment du problème général ; à défaut, si le niveau de revenu des professionnels de santé est trop bas, le problème de la démographie médicale sera insoluble ; les prévisions de déficit du Haut Conseil ne se réaliseront pas, faute d'effectifs pour s'occuper des malades. Si le niveau de rémunération permet d'attirer les effectifs nécessaires, cela créera une augmentation du déficit en même temps qu'un effet d'éviction du marché du travail d'autres secteurs économiques, en particulier des secteurs productifs soumis à la concurrence internationale, indispensables au financement du système de santé.

Y-a-t-il un rapport entre coût et efficacité ?

Même si à court terme le déficit de la Sécurité sociale ne peut être résolu que par de nouveaux prélèvements obligatoires – l'emprunt n'en n'étant qu'un déguisement provisoire – la responsabilité des acteurs du système de santé est d'imaginer des solutions permettant d'assurer les objectifs de santé publique dans le respect d'enveloppes budgétaires proches de celles qui existent en respectant deux conditions : l'égal accès de tous aux soins et le degré de solidarité sociale qui le permette, c'est-à-dire le niveau actuel.

Les comparaisons internationales devraient nous rendre optimistes. En entreprise, la première démarche pour évaluer l'existence de marges de progrès est de se comparer avec d'autres ; c'est le *benchmarking*. Appliqué à la santé, celui-ci nous montre que la Grande-Bretagne consacre 30 % des ressources en moins à son système de santé, qu'il est fondé sur un dispositif public auquel on ne reproche pas son absence de solidarité et dont les résultats, en termes de santé publique, s'ils sont inférieurs à ceux de la France, ne le sont certainement pas dans le rapport des coûts.

Le système américain coûte, relativement au PIB, 40 % de plus que le système français, et, en valeur absolue, deux fois plus par habitant ; il est largement concurrentiel et les indicateurs de santé publique sont globalement moins bons qu'en France. Il n'y a donc pas de rapport évident et direct entre le coût et l'efficacité, pas plus qu'entre le caractère solidaire et l'efficacité du système de santé.

En France, le problème n'étant pas tant de réduire les dépenses actuelles que d'en stopper la dérive, peut-on le faire en adaptant seulement le système de santé ? La réponse est incontestablement positive. Tout homme

d'entreprise, habitué à gérer des systèmes moins complexes, soumis à la concurrence, dont la gouvernance est plus ferme, et donc les dérives limitées, sait que même dans ce cas un système qui n'a pas fait l'objet depuis longtemps d'une véritable chasse aux gaspillages recèle plus de 10 % d'économies potentielles.

Par ailleurs, aucun chef d'entreprise ne considèrerait comme impossible à relever le défi consistant à augmenter la productivité d'un tel système de 2 % par an pendant quinze ans, d'autant que l'obstacle principal à tout effort de productivité n'a pas lieu d'être en l'espèce : il ne peut consister à réduire les effectifs globaux du système de santé, mais à trouver suffisamment de professionnels face à une pénurie prévue, ni à poursuivre la baisse des revenus des professions médicales, ceux-ci ayant connu un point bas en 2002 peu compatible avec le renouvellement des effectifs. Un tel progrès de productivité n'empêcherait pas une croissance en valeur absolue des dépenses de santé, mais stabiliserait sensiblement l'accroissement de son poids dans le PIB.

Parmi les grandes pistes d'amélioration, signalons les prescriptions excessives des médecins, en particulier en matière de médicaments ; elles sont à l'origine de dépenses qui, si on les compare avec l'Allemagne, sont déjà de l'ordre du déficit actuel. Faire supporter par le régime de santé public des charges qui lui sont étrangères, notamment en matière d'hospitalisation, constitue un autre gisement. La prévention, qui vient de connaître un premier succès avec la lutte anti-tabac, peut et doit encore être largement développée.

Au niveau des financements, comme des prises en charge, au-delà de la solidarité volontaire des jeunes à l'égard des aînés, des actifs à l'égard des inactifs, des célibataires à l'égard des familles, le dispositif de financement comporte des inégalités criantes, à revenu et situation de famille égaux, selon la nature du revenu ou des pathologies, dont la correction aurait un impact positif significatif.

Conclusion

Au final, la réforme est indispensable, elle est possible et les voies de l'amélioration ont été identifiées. Reste à faire ! Comme toute guerre, celle-ci relève d'un art de l'exécution fondé sur la volonté, l'attention à la réalité, la concertation et la pédagogie, bref, de la gouvernance, à condition de l'entendre non comme un partage de postes, mais comme l'exercice d'un vrai pouvoir démocratique.

POURQUOI LES ASSUREURS COMPLÉMENTAIRES DEMANDENT-ILS À DISPOSER DES DONNÉES DE SOINS ?

Gilles Johanet

Conseiller Maître à la Cour des comptes
Délégué du Président des A.G.F

Michel Chevillet

Président du Comité Maladie, FFSA

L'assurance maladie obligatoire (AMO) dispose des données de soins mais n'a pas le droit de sélectionner, dans l'intérêt de l'assuré (critères d'utilité et de pertinence), ni les produits, ni les producteurs.
L'assurance maladie complémentaire (AMC) dispose de ce droit mais ne dispose pas des données de soins.
Les deux assurances santé sont donc impuissantes. La recherche continue d'une meilleure performance est impossible alors même que :
- l'objectif de performance médicale est constant et fait l'objet d'un consensus implicite ;
- la performance financière va une nouvelle fois se dégrader.

Un objectif orienté sur la gestion des prestations

Pour animer fréquemment des réunions sur le système de soins et d'assurance maladie, nous constatons invariablement que les auditeurs tombent des nues lorsqu'on leur fait prendre conscience que le dispositif existant, réglementaire et technique, de non circulation des données de soins, réduit à néant l'objectif affiché d'élévation de la performance.

L'exemple du médicament est le plus parlant pour le grand public

Avec en toile de fond un débat permanent sur les critères aujourd'hui opaques de gestion du panier des biens et services remboursables, J.F. Mattéi, ministre de la Santé, a décidé à l'automne 2003 de baisser de trente points le taux de remboursement par l'AMO de 616 médicaments (dont l'homéopathie). Cette décision est la conséquence logique :
- de l'adoption et de la publication (décret d'octobre 1999) d'une échelle d'efficacité des médicaments : service médical rendu noté de 1 (excellent) à 5 (insuffisant) ;

- de l'application, par la commission ad hoc, de cette échelle à la gamme des médicaments remboursables.

C'est donc sur la base de critères objectifs et rationnels que les pouvoirs publics réduisent le remboursement de médicaments qui ne sont plus (ou n'ont jamais été) au « top ».

Mais ne disposant pas du code « CIP » d'identification de chaque médicament, les AMC ont donc été obligées de prendre en charge ces trente points de remboursement.

Au total :

- le niveau de performance de l'ensemble AMO AMC n'est pas accru ;
- le niveau de performance de l'AMC est dégradé.

Il en va exactement de même pour les 425 médicaments dont le déremboursement total a été annoncé par le gouvernement : ne disposant pas des codes CIP, l'AMC sera passive alors qu'elle pourrait décider d'en rembourser une partie, tels que les médicaments qui ne sont plus au top, mais ayant une efficacité thérapeutique reconnue, dont le prix est d'ailleurs beaucoup plus faible que celui des nouveaux produits et bien connus et reconnus par les généralistes et les mères de famille (ex : Muccomyst).

En les prenant en charge, l'AMC freinerait aussi bien la hausse du reste à charge pour les familles, que la propension française à diffuser les médicaments innovants (à prix élevé), dont la vitesse et le champ de diffusion sont uniques au monde, ce dont… les pouvoirs publics se lamentent !

Tout comme ils se lamentent du rôle « inflationniste » joué par les AMC, alors même qu'ils refusent, en l'état, les moyens d'être plus sélectifs.

Oui, cher Monsieur Descartes ! Il est donc à notre portée d'être plus cohérents sans difficulté et ce, sans diminuer d'aucune façon le droit des assurés à l'innovation : la liberté de prescription des soignants ne serait en rien modifiée !

Il n'y a pas que le médicament

Le gaspillage de ressources AMO AMC est particulièrement important et analysable/chiffrable sur le médicament mais il concerne en fait toutes les prestations sanitaires. Dans la gamme des prestations faisant aujourd'hui l'objet d'un codage exhaustif, les actes de biologie constituent également un champ d'action important, tout comme l'imagerie (par exemple les radiographies du rachis), où le gaspillage a été maintes fois calculé par la caisse nationale d'assurance maladie.

Au-delà se pose la question de la pertinence des actes et de la compétence des acteurs ; les études, publiées chaque année par l'AMO dans sa synthèse annuelle « faits marquants », montrent que l'intérêt même des patients – en termes de sécurité sanitaire et de qualité – réside dans la sélectivité de la prise en charge (exemple : synthèse des faits marquants en 2001 : les hystérectomies en Bretagne).

Mais pour des raisons d'opportunité, il faut sans doute mettre l'accent, dans un premier temps, sur les médicaments (et prothèses) sans occulter toutefois les développements à venir sur les autres champs.

L'enjeu paraît en fait simple à énoncer : il n'y a pas de logique, ni de légitimité, à ce que l'aspiration générale à l'élévation de la performance, dont les fondements sont culturels (voire éthiques) autant qu'économiques, exclut les AMC alors même que leur existence est aujourd'hui reconnue comme incontournable. La prise de position nette de la FNMF, exprimée par la publication de son « mémento 2004 » le 31 mars 2004, montre que cette évidence est aujourd'hui partagée par les mutuelles.

Les conditions de la transmission des données de santé sont à définir correctement

Les données de santé sont des données sensibles et leur transmission aux organismes d'AMC suppose des précautions. L'adaptation de la loi « Informatique et libertés » à la directive européenne de 1995 est en cours d'examen au Parlement et doit sécuriser cette

transmission sans fermer les voies possibles : transmission par l'assuré, avec son consentement exprès et transmission de données anonymisées.

L'engagement des assureurs porte sur deux points essentiels :
- la finalité de la transmission est le calcul du versement des prestations choisies par l'assuré dans son contrat. En d'autres termes, l'utilisation à d'autres fins (sélection ou exclusion des assurés ou transmission à toute autre entité ou secteur d'activité de l'entreprise relevant du même groupe) est interdite ; cela doit être contrôlé ;
- chaque entreprise met en place un système à même de garantir la plus grande confidentialité dans la transmission et le traitement des données. Il existe déjà le code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation des données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance. Il a été adopté en 2001 en annexe à la convention dite « Belorgey » sur l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé, avec pour champ d'application l'ensemble des assurances de personnes.

À la suite du rapport de Christian Babusiaux, conseiller maître à la Cour des comptes, sur demande du ministre de la Santé, trois entreprises d'assurance préparent des expérimentations de transmission de données de santé « nominatives ». Deux des voies de transmission prévues par son rapport – consentement exprès et anonymisation – seront explorées. Les dossiers seront déposés mi-juin 2004 à la Cnil pour un démarrage des expérimentations début 2005.

Pour autant rejeter toute sélectivité des individus par l'AMC est un non sens

Évoquer la sélectivité des individus implique immanquablement l'utilisation de la tarification pour exclure les mauvais risques faisant resurgir le spectre de l'exclusion face à la maladie.

Sur ce point, il apparaît nécessaire de distinguer trois sortes de sélection.

◆ La sélection des assurés suivant la pathologie

Tant en souscription qu'en tarification, elle n'est pas considérée comme légitime, ce que confortent la loi « Évin », la loi CMU, l'exonération de la taxe des contrats sans sélection médicale. Même si la question est plus complexe qu'il ne paraît, il est proposé d'écarter clairement cette option.

◆ La sélection des soignants suivant la compétence et l'utilité

La quadruple automaticité de conventionnement des soignants avec l'AMO (existence, localisation, quantité produite et qualité-pertinence) ne peut en rien servir les intérêts des assurés. Elle constitue un obstacle dirimant à l'élévation de la performance du système de soins et à la responsabilisation de l'assuré, puisqu'elle exige l'opacité pour perdurer. Sortir de cette situation ne peut être que progressif car elle fonde aujourd'hui l'équilibre économique de nombreux cabinets médicaux. Pour autant, en faire un tabou n'a rien de sain.

◆ La sélection des assurés suivant leur comportement

Si l'on considère que l'équilibre entre l'offre et la demande de soins passe, notamment, par une responsabilisation de l'assuré qui adopterait une démarche de soins normée et fléchée comme telle, alors il est normal et même souhaitable que l'implication de l'assuré soit accompagnée par l'AMO et l'AMC sous forme d'une meilleure prise en charge. Cette modulation est l'un des fondements de la réforme allemande du système de soins (et d'assurance maladie).

Telle est bien l'option prise, nettement, par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, lequel considère implicitement que la coordination des soins, obligatoire dans la quasi totalité des pays développés, devrait au moins être proposée à titre facultatif aux Français, et encouragée par une modulation du reste à charge.

En pratique, il est probable que l'implication de l'AMC dans une telle démarche sera lente et prudente, à la mesure de la prise de conscience par les assurés, de l'intérêt que revêt pour eux-mêmes, la coordination des soins.

Néanmoins, le sujet est devenu incontournable, comme l'illustre l'avénement progressif du dossier médical personnel. Il a en outre l'intérêt majeur d'entraîner un bouleversement du partage entre données de santé anonymisées et données de santé nominatives.

Conclusion

Le régime actuel, de non circulation des données de soins, répond à la préoccupation de protection de la vie privée et de l'intimité, protégée par la loi Informatique et libertés.

Il suscite toutefois deux critiques majeures :

- il n'établit pas le moindre équilibre entre cette préoccupation et celle d'égale valeur (mais non encore reconnue par la loi) du droit pour chaque individu de minimiser, tout au long de sa vie, ses pertes de chances sanitaires, au moins, en acceptant l'accès de ses soignants aux données de soins le concernant, au plus, en choisissant une démarche de soins coordonnés ;
- il place les AMC en situation de sous-performance grandissante sur les plans médical et financier, alors même que leur place dans la prise en charge des soins les fait reconnaître aujourd'hui, comme incontournables.

Dans le droit fil des préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les AMC ont intérêt à poser le problème que constitue, aujourd'hui, l'interdiction pour l'individu de choisir (périodiquement) entre opacité et transparence.

L'option prise par les AMC est de donner clairement la priorité à la qualité et à la pertinence des soins, sous le contrôle des pouvoirs publics, et sur la base de critères objectifs et rationnels, définis *ex ante* par autre qu'elle.

QUELS SONT LES ENJEUX DE LA RÉFORME POUR LES ASSUREURS COLLECTIFS ?

Yanick Philippon

Directeur technique du Groupe AG2R

Une étude récente du CREDES a souligné que les complémentaires santé d'entreprise offrent aux salariés une meilleure qualité de couverture que les contrats individuels.
Elles constituent en outre un excellent outil de sensibilisation des salariés à la nécessaire maîtrise des dépenses de santé et de responsabilisation au travers des ajustements annuels de cotisations et/ou de garanties destinés à préserver l'équilibre technique.
La remise en cause des dispositifs d'exonération fiscale et sociale des contrats collectifs, présentée par certains comme un moyen de financer une aide à la souscription d'une couverture individuelle, pourrait, malgré cette aide nouvelle, déboucher sur des phénomènes d'exclusion de certains salariés de la complémentaire santé et surtout sur une très forte croissance du coût de la couverture pour les salariés.
Dans la perspective d'une réforme globale de l'assurance maladie, les assureurs collectifs pourraient cependant s'engager à renforcer la cohérence des politiques des complémentaires d'entreprise avec la recherche de maîtrise des dépenses de santé engagée par la Sécurité Sociale et avec les grands objectifs de santé publique.

Un élargissement du périmètre d'intervention des complémentaires ? Une meilleure association des complémentaires au pilotage et à la régulation du dispositif global de remboursement des dépenses de santé ? Un « strapontin » à la table des négociations avec les professionnels de santé ? Plus de données sur les dépenses à rembourser pour mieux maîtriser le risque ?

Bien évidemment, tous ces points auraient pu constituer un élément de réponse à la question posée et tout particulièrement la problématique d'une meilleure information à la disposition des assureurs complémentaires pour les faire légitimement passer de l'état de « payeur aveugle » à celui de « gestionnaire de risque ».

Mais je préfère profiter de cette opportunité d'expression qui m'est offerte pour dénoncer une « fausse bonne idée » selon laquelle il faudrait réduire significativement les plafonds d'exonération fiscale et sociale des cotisations versées par les employeurs et les salariés de droit privé dans le cadre d'une complémentaire santé d'entreprise.

Ces contrats seraient, selon les tenants de cette thèse, générateurs d'inégalité et de dérive de consommation par le biais de garanties « luxueuses ».

La modification ainsi prônée du traitement fiscal et social des cotisations versées au titre de ces contrats permettrait le financement par l'État d'une aide à l'adhésion à une complémentaire maladie individuelle.

L'idée peut en effet être séduisante pour des responsables politiques aux prises avec une forte dérive des déficits publics : favoriser la généralisation de la couverture complémentaire des Français sans dépense publique supplémentaire tout en supprimant des garanties d'assurance complémentaire incitant à la dépense.

Malheureusement, l'attrait de cette proposition ne résiste pas à l'analyse et, d'une idée a priori séduisante, on en arrive vite à un générateur de régression sociale.

L'efficacité économique et sociale des complémentaires d'entreprises

L'effet redistributif des contrats collectifs obligatoires

L'étude CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé devenu depuis le 1er juin 2004 l'IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé) de février 2004 intitulée « Accès à la couverture complémentaire maladie : une comparaison des niveaux de remboursement » a clairement mis en évidence que les contrats collectifs offrent aux salariés une meilleure qualité de couverture dans les domaines dentaire et optique que les contrats individuels.

Soixante-deux pour cent des contrats individuels sont à faible couverture dentaire et optique alors que seulement 27 % des contrats collectifs sont dans le même cas.

Une majorité de contrats collectifs dispose d'une couverture moyenne.

L'étude souligne en outre, en croisant catégories sociales et niveaux de couverture, que les disparités d'accès aux fortes garanties sont atténuées par le caractère collectif de la complémentaire.

La participation de l'employeur au financement de la cotisation à la complémentaire joue un rôle prépondérant dans l'effet redistributif de ce type d'accès à la couverture santé. En effet, l'employeur prend le plus souvent à sa charge entre 50 et 60 % de la cotisation. Chaque salarié supportant la même cotisation, la participation de l'employeur, exprimée en pourcentage du salaire, est donc beaucoup plus forte pour les salariés à faibles revenus.

Les autres avantages de la complémentaire santé d'entreprise

Le contrat collectif obligatoire permet une mutualisation interpersonnelle et intergénérationnelle car l'ensemble des salariés est tenu d'y adhérer, quels que soient leur âge, leurs revenus et leur état de santé. Cette approche neutralise toute antisélection et, en contrepartie, interdit à l'assureur de pratiquer un tri en excluant certains salariés de la couverture. Il permet en outre à chaque salarié de réaliser des économies sur les frais de souscription et de gestion de la complémentaire santé – par rapport à une démarche indi-viduelle – car un salarié isolé peut moins négocier un rabais qu'une entreprise et ses partenaires sociaux.

La complémentaire santé offre aussi un cadre de pilotage et de maîtrise des risques incomparable. La loi Évin du 31 décembre 1989 prévoit que l'assureur présente chaque année les résultats du contrat à l'entreprise.

Cette présentation est l'occasion de commenter l'évolution des résultats, d'analyser avec les partenaires sociaux les causes d'une éventuelle dérive et de décider des corrections à apporter (aménagement de garanties, hausse de cotisations…) pour restaurer rapidement l'équilibre technique.

Le traitement fiscal et social des cotisations

Le traitement fiscal et social des cotisations à une complémentaire d'entreprise est une contrepartie aux contraintes d'un tel dispositif.

L'assimilation de l'exonération fiscale et sociale dont bénéficient actuellement les cotisations versées dans le cadre d'une complémentaire santé obligatoire à « un avantage considérable et injustifié » fait fi des

nécessaires contreparties à apporter à un cadre somme toute contraignant :

- pour l'employeur qui participe de manière très significative au financement de la complémentaire,
- pour les salariés qui doivent se soumettre à une obligation d'adhérer et accepter une faible individualisation de leur couverture santé.

Les dispositifs d'exonération viennent donc atténuer le caractère coercitif d'une complémentaire obligatoire en le rendant plus supportable par l'entreprise et ses salariés.

Les possibles conséquences d'une remise en cause des exonérations

Les services techniques du groupe AG2R ont comparé la charge supportée par un salarié dans une complémentaire santé d'entreprise où l'employeur participe à 50 % de la cotisation globale avec celle qu'il supporterait pour disposer du même niveau de couverture dans le cadre d'une assurance individuelle. Cette simulation fait ressortir un coût de financement pour le salarié multiplié en moyenne par trois, quel que soit le niveau de rémunération, qui s'explique principalement par :

- la disparition de la participation de l'employeur,
- des frais de gestion supérieurs,
- un tarif plus élevé lié à la prise en compte de l'âge du salarié et du risque d'antisélection.

Nous avons ensuite simulé l'hypothèse d'une transformation de la part initialement prise en charge par l'employeur dans le financement du contrat collectif en une augmentation de salaire à due proportion.

Le coût du financement supporté par le salarié n'est plus multiplié alors en moyenne que par 2,5, ce qui demeure très important. Un tel surcoût ne pourrait être intégralement compensé par une aide fiscale à l'adhésion individuelle à un contrat santé.

Ce scénario d'incitation à l'adhésion à un contrat individuel pourrait conduire progressivement les entreprises à se désengager du financement de la complémentaire santé de leurs salariés, avec les conséquences décrites précédemment pour ces derniers. Ce même scénario pourrait aussi déboucher sur des phénomènes d'exclusion de certains d'entre eux de la couverture santé : exclusion volontaire pour les jeunes salariés sans charges familiales et en bonne santé, exclusion involontaire pour les plus âgés ou ceux en mauvais état de santé qui pourraient avoir des difficultés à accéder à une couverture.

L'utilité sociale de la complémentaire santé d'entreprise peut être encore renforcée

Une défense des conditions actuelles d'exonération sociale et fiscale des cotisations versées dans le cadre de contrats collectifs n'exclut évidemment pas la réflexion sur le renforcement de l'utilité sociale de ces contrats. L'entreprise est un bon niveau de mutualisation des risques et d'optimisation du couple prix-garanties qu'il faut effectivement préserver.

L'efficience de la complémentaire santé d'entreprise se retrouve d'ailleurs dans son rythme de développement puisque, sur les dix dernières années, le nombre de salariés en bénéficiant a crû de 40 %.

Cette efficience pourrait être renforcée par une mise en cohérence encore plus forte de ces dispositifs avec la recherche de maîtrise des dépenses de santé engagée par la Sécurité sociale et avec les grands objectifs de santé publique.

Les complémentaires santé d'entreprises pourraient ainsi veiller à ne plus intervenir sur les prestations où le régime de base se serait désengagé et à introduire des mécanismes de responsabilisation des assurés (franchises, plafonds de remboursements...). Dans le cas où des salariés souhaiteraient disposer d'une couverture plus large, ils auraient alors la faculté de compléter les garanties dont ils bénéficient via leur

entreprise par la souscription d'un contrat individuel ou collectif facultatif fiscalement non aidé. Les complémentaires d'entreprises devraient, en outre, accorder une place encore plus grande aux dispositifs de prévention qui ont vocation à limiter à terme la dérive des dépenses. Le domaine dentaire peut constituer, pour les assureurs complémentaires, un champ privilégié de développement d'opérations de prévention, étant donné la part qu'ils prennent dans le remboursement de ce type de dépenses.

Conclusion

Il paraît difficilement concevable que, au nom d'un juste motif, l'égal accès de tous à la couverture complémentaire santé, la solution choisie pour permettre au dernier décile de population dépourvu de complémentaire d'accéder à une telle protection, on en arrive à remettre en cause des garanties collectives couvrant aujourd'hui 25 millions de personnes.

Cette idée généreuse se révèlerait malheureusement inéquitable et inefficace. Elle aboutirait en effet à la disparition progressive d'un excellent outil de sensibilisation des salariés à la nécessaire maîtrise des dépenses de santé et de responsabilisation de ces derniers au travers des ajustements annuels des cotisations, et/ou des garanties, afin de préserver l'équilibre de la complémentaire d'entreprise.

Il vaudrait mieux chercher à compléter ce dispositif pour les seules populations n'en bénéficiant pas, en particulier les chômeurs et les retraités, avec une aide fiscale à l'adhésion individuelle à une complé-mentaire, plutôt que de généraliser cette aide fiscale en déstabilisant des outils collectifs qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité comme l'a récemment souligné le CREDES.

UNE ESQUISSE DU POSSIBLE EN FRANCE POUR REVENIR À L'ÉQUILIBRE

Didier Bazzocchi

Directeur général, Mutuelle générale

Dans le débat sur le retour à l'équilibre de la Sécurité sociale, de nombreuses questions restent sans réponse.
Nous rappelons donc ici quelques principes spécifiques d'un système de santé : la santé est un bien déterminé par l'action individuelle et par l'action collective ; le système de santé ne peut être réduit au système de soins, qui est l'une de ses composantes ; les dépenses de santé vont continuer de croître alors que les financements publics atteignent leurs limites et que les consommateurs n'ont pas encore pris conscience du coût réel des soins ; et enfin, tous les risques ne sont pas assurables.
Cela nous permet de dresser une esquisse des possibles, sous forme de quatre principes d'action, définissant les rôles respectifs de l'État, du Parlement et des organismes d'assurance. Nous posons la question du financement d'un risque croissant, à moyen et long termes.

Depuis plus de vingt ans, la croissance des dépenses de soins de santé entraîne un déficit croissant des régimes publics d'assurance maladie. Cette croissance sectorielle a été financée à la fois par la croissance du PIB, l'augmentation des prélèvements obligatoires, et l'emprunt public. Par ailleurs, durant cette période, on a pu constater l'augmentation tendancielle de l'espérance de vie en France, sans que l'on soit en mesure d'en attribuer une part à l'efficacité du système de soins. Enfin, le financement soutenu de ce secteur n'a pas permis de construire une politique de recherche médicale ambitieuse, ni un secteur industriel du biomédical d'envergure mondiale. On peut donc s'interroger sur l'efficience de la politique adjointe au financement des soins de santé.

Le mirage du retour à l'équilibre

De quel équilibre parle-t-on ?

◆ L'équilibre des régimes obligatoires d'assurance maladie

Il dépend de quatre variables principales :
- le vieillissement de la population ;
- les progrès des techniques médicales ;
- la demande de soins et de confort ;
- et pour les recettes, le niveau de la croissance économique ;

et de deux variables d'ajustement :

- le niveau des prélèvements obligatoires ;
- le périmètre des dépenses remboursées au titre de la solidarité nationale (ou « panier de soins »).

Comme l'État ne peut agir sur les quatre premières variables, il lui reste théoriquement cinq modes d'action possibles :
- l'augmentation des prélèvements obligatoires ;
- la réduction du panier de biens et services, ou du taux de remboursement ;
- le rationnement des soins ;
- la recherche de gains de productivité du système de soins ;
- la gestion du risque.

À chaque crise de la Sécurité sociale, l'État a agi sur les deux premiers leviers : l'augmentation des prélèvements obligatoires et la réduction des taux de remboursement. Le rationnement des soins a été utilisé partiellement et maladroitement, notamment par le biais de la carte sanitaire ou du numerus clausus, sans succès. La recherche de gains de productivité n'a jamais été réellement mise en œuvre en France, alors que ce fut le cas dans d'autres pays dotés de systèmes publics développés, comme le Canada. La gestion du risque en est encore à ses débuts, même si la Cnam a conduit des opérations efficaces sur le médicament.

◆ L'équilibre des régimes complémentaires

Il pourrait ne pas concerner, a priori, les pouvoirs publics puisqu'en apparence il relève de la consommation des ménages. Ce n'est évidemment pas le cas car avec le désengagement des régimes publics, les « complémentaires » deviennent des éléments clés de l'accès aux soins. Cela s'opère, en outre, avec de fortes inégalités de traitement, puisque les salariés couverts par une protection collective obligatoire d'entreprise bénéficient d'un double avantage : l'abondement par l'employeur (jusqu'à 50 % du coût), et les avantages fiscaux attachés, pour l'employeur comme pour le salarié. Ce double constat a motivé la revendication de la Mutualité française d'un crédit d'impôt pour tous.

Il faut également noter que si le désengagement des régimes publics devait se poursuivre, la protection sociale collective « complémentaire » ayant un caractère obligatoire au sein des entreprises deviendrait une charge permanente excessive pour les ménages comme pour les sociétés, pesant sur la compétitivité de celles-ci. Ce phénomène avait amené le gouvernement américain à instaurer une tarification à l'activité pour les programmes publics, aux États-Unis, au début des années 1980 *(diagnosis related groups)*.

Le caractère inégalitaire des prélèvements des régimes complémentaires, ainsi que leur augmentation régulière du fait d'une mauvaise gestion des ressources du système de soins et de l'absence de politique de gestion de la solidarité nationale, provoqueront de nouveaux phénomènes d'exclusion que ni la CMU, ni de nouvelles contraintes publiques sur les organismes « complémentaires » ne pourront résorber. En outre, l'acceptabilité des augmentations récurrentes et simultanées des prélèvements sociaux et des cotisations des organismes complémentaires est probablement limitée ; il en est de même, à court et moyen termes, de la solvabilité de la demande de couverture complémentaire pour la plupart des ménages.

Avec la perspective de nouvelles exclusions et des incertitudes sur la solvabilité de la demande, les charges nouvelles pesant sur les régimes complémentaires ne peuvent être ignorées par les politiques publiques, dès lors qu'elles représentent une part significative des dépenses courantes. En tout état de cause, ni la prise de contrôle par l'État d'une partie du champ d'intervention des organismes « complémentaires », ni son extension ne règlent à brève échéance les problèmes d'accès aux soins ou la maîtrise des coûts de santé.

■ La recherche de gains de productivité globale du système de soins est-elle une voie accessible ?

Tout d'abord, rappelons que la recherche de gains de productivité n'est pas contraire à l'amélioration de la qualité des soins mais que, à l'inverse, il est démontré que les unités de soins performantes sont aussi les moins coûteuses (traitement plus rapide des malades, absence de complications ou d'infections nosocomiales, coûts évités pour la collectivité, etc.). Ce sont aussi celles qui sont les plus actives en termes de recherche appliquée ou d'innovation médicale.

Ensuite, rappelons que ce n'est pas par une sous-tarification des actes médicaux, comme c'est le cas en médecine ambulatoire depuis de nombreuses années, que l'on peut maintenir une médecine de qualité, ni que l'on génère un moindre coût global du système de soins. La recherche de gains de productivité passe par :
- l'affectation de ressources aux structures de soins selon des critères objectifs de performance (et non suivant le coût historique) et notamment conformément :
• aux missions permanentes qui leur sont explicitement attribuées : recherche, permanence des soins, urgences, santé publique, etc.,
• à leur conformité à des normes de technicité et de qualité définies par les instances professionnelles et les agences publiques,
• au niveau d'infrastructures ou d'activité ;
- la maîtrise de la gestion du risque par les régimes publics d'assurance maladie ; ceux-ci doivent disposer, pour les dépenses qu'ils prennent en charge à 100 % (77,7 milliards d'euros en 2002, soit 75 % des dépenses de leur compétence !), de la capacité juridique de décision et des outils de contrôle de l'utilisation des ressources compatibles avec l'ampleur de l'enjeu et avec les missions de gestion des ressources qui leur sont confiées ; à cet égard, l'État ne doit plus engager des dépenses (telles que fixation des prix du médicament ou rémunérations des personnels hospitaliers) sans que leur financement spécifique ait été préalablement trouvé ; le régime obligatoire doit disposer de la capacité à faire la chasse au gaspillage et aux abus : la surconsommation de médicaments, le nomadisme médical, l'utilisation frauduleuse des cartes de sécurité sociale, etc. ;
- le non remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie de dépenses médicalement non justifiées : visites médicales non justifiées, médicament à faible SMR, certaines cures thermales, etc. ;
- la maîtrise de la gestion du risque par les organismes complémentaires pour les dépenses qu'ils prennent en charge, seuls ou avec l'assurance maladie obligatoire, et la capacité juridique à négocier les prises en charges avec les professions de santé.

Plusieurs pays ont engagé, dans les années 1990, des programmes de réduction des coûts des infrastructures hospitalières ; citons le Canada qui, confronté à une crise financière majeure, engagea le « virage ambu-latoire » et supprima plusieurs centaines de services hospitaliers, devenus inutiles avec l'émergence de la chirurgie ambulatoire.

S'il met enfin en place une politique de maîtrise de la qualité des soins grâce aux travaux de l'Anaes, notre pays, quant à lui, s'est révélé incapable de conduire une politique de réallocation de ressources et de maîtrise des coûts ; l'échec du projet de réforme en 1995 en est un exemple. Autre exemple, le programme de médica-lisation des systèmes d'information (PMSI), engagé par le directeur des hôpitaux en 1982, n'est toujours pas mis en œuvre vingt ans plus tard, et on peut craindre que la mise en application de la tarification à l'activité (TAA) soit une fois de plus retardée.

Les compétences et les techniques de gestion sont aujourd'hui disponibles en France pour engager une véritable politique d'amélioration de la qualité et de la productivité du système de soins, dans l'intérêt partagé de la collectivité nationale et des usagers. Mais notre pays est-il aujourd'hui capable de conduire une réforme d'ampleur, dès lors que ordes intérêts catégoriels sont en jeu ?

Le rappel de quelques principes

Avant de présenter une esquisse du possible, rappelons quelques concepts connus des économistes de santé, mais qui sont rarement rappelés dans les débats sur l'avenir de notre système de santé et de son financement. Ils nous paraissent pourtant devoir tenir un rôle significatif dans cette réflexion.

La santé est un bien individuel et collectif

Depuis un demi-siècle, la médecine s'est structurée en discipline scientifique ; elle a induit la mise en place de systèmes de soins, dont les caractéristiques sont

propres à chaque pays. La santé reste, quant à elle, un bien à la fois individuel et collectif, dont la représentation dépend de la situation actuelle d'une culture et d'une civilisation. Ainsi, on peut poser trois définitions différentes de la santé :

- la définition de l'OMS

Pour l'Organisation mondiale de la santé, la santé est définie comme un état complet de bien-être, physique, psychique et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

- la conception « humaniste »

Pour le gouvernement du Québec, dans les années 1990, trois convictions (La politique de la santé et du bien-être, gouvernement du Québec, 1992) :

a) la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu ;

b) le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective ;

c) la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement pour la société.

- la conception économique

À l'opposé de la conception canadienne, selon les travaux de Charles E. Phelps (*Les fondements de l'économie de la santé*, 1992), la question est de savoir s'il est possible de se comporter en « acteur économique rationnel » sur le marché des soins médicaux.

L'auteur énonce les particularités de l'économie de la santé par rapport à d'autres domaines :

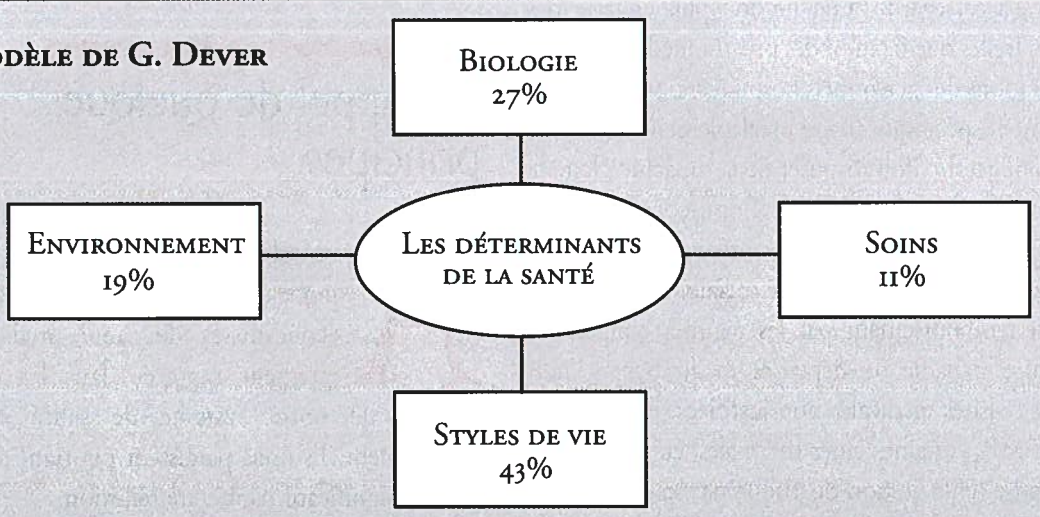
a) l'étendue de l'intervention de l'État, y compris dans les modèles libéraux ;

b) la présence dominante de l'incertitude à tous les niveaux, depuis le caractère aléatoire des maladies jusqu'à la compréhension des modes d'action des traitements médicaux chez des personnes différentes ;

c) l'écart important d'information entre les médecins (et autres prestataires de soins) et les patients ;

d) les externalités : le comportement de certaines personnes qui font supporter des coûts ou procurent des avantages à d'autres, ceux-ci n'étant pas imputables à une décision des individus eux-mêmes ; par exemple, lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie transmissible, elle subit la maladie et accroît le risque de voir ses proches la contracter ; à l'inverse, si elle se vaccine, elle le réduit.

Le modèle de G. Dever



Ce modèle a été construit en calculant pour les 10 principales causes de mortalité la part respective des quatre groupes de facteurs déterminants de la santé.

Lire : 43% des décès peuvent être évités par un comportement approprié au maintien de la santé, 11% des décès peuvent être évités par les soins, 27% sont liés à des causes biologiques et 19% à l'environnement.

Source : DEVER G.E. "An Epidemiolgical Model for Heath Policy Analysis" Soc Ind Res, 1977 : 2 : 453-456
JENICEK M. CLEROUX R. "Epidémiologie" Maloine, 1993, Paris

Ces particularités sont présentes dans d'autres domaines de l'économie, rarement à un tel degré, jamais avec une telle combinaison. Dans le système de santé, partout règne l'incertitude : le comportement individuel est guidé par des éléments incertains. Cette incertitude conduit au développement de l'assurance maladie, qui contrôle et guide (ou le doit) en retour l'utilisation des ressources. Quelle que soit la conception adoptée, on constate que la santé est un bien individuel déterminé par l'action collective et un bien collectif déterminé par l'action individuelle, et que sa définition est extérieure au système de soins. Du reste, comme le montre le modèle de G. E. DEVER, les déterminants de la santé sont multiples : biologie (y compris les facteurs génétiques), environnement, style de vie, et de manière minoritaire les soins.

Ce constat permet de poser un axiome, rarement évoqué dans les débats sur le système de santé : ce n'est pas seulement en ajoutant des moyens supplémentaires dans le système de soins que, dans un pays industrialisé, on améliore le plus efficacement le niveau des indicateurs de résultat de la santé publique. Il convient aussi, et avant tout, d'agir sur l'environnement et les styles de vie. Il ne faut donc pas confondre, ce qui pourtant est généralement fait, le système de santé et le système de soins, qui est l'une de ses composantes.

La demande de soins de santé va continuer de croître

Posons quelques axiomes :

- la demande de soins et les coûts de la demande de soins continueront d'augmenter, avec le vieillissement de la population, le progrès médical et la demande de confort ;
- la majorité des dépenses d'assurance maladie ne seront pas assurables par le marché, à court ou moyen terme, car elles correspondront – notamment avec l'émergence de la médecine prédictive – à des risques certains ou très probables et présentant des coûts de soins élevés.
- la croissance des dépenses durant les prochaines années concernera, de manière prépondérante, des dépenses non assurables relevant actuellement de la solidarité nationale, car elles correspondent à des soins ne pouvant être différés ;
- le financement de moyen et long termes par la solidarité nationale, dans son périmètre actuel, ne pourra pas être trouvé en l'absence d'une croissance économique forte ou d'une augmentation des prélèvements obligatoires.

En effet, la répartition actuelle des dépenses entre régimes obligatoire et complémentaire marque l'ampleur du défi que le régime général doit assumer :

- Sécurité sociale	103 Md€
dont à 100 % :	78 Md€
dont avec TM :	25 Md€
- État	1 Md€
- assurances complémentaires	17 Md€
- ménages :	15 Md€
Total (2002) :	**136 Md€**

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

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

D'ores et déjà :

- plus de la moitié des dépenses de l'assurance maladie obligatoire est prise en charge à 100 %, et ce phénomène s'amplifiera, toutes choses égales par ailleurs, avec le vieillissement de la population et la pression de la demande de soins : ainsi, le nombre des ALD augmente de 600 000 chaque année ;
- plus de la moitié des dépenses de soins courants relève déjà d'un financement par les ménages, directement ou par une couverture « complémentaire » ; ce phénomène est également appelé à s'amplifier.

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

- sans aucune action de transfert, les dépenses du régime obligatoire s'élèvent à

138 milliards d'euros (soit + 35 Md€ par rapport à 2002) et les dépenses totales à 178 milliards d'euros ;
- avec un transfert annuel vers les complémentaires permettant de maintenir le niveau initial des prélèvements obligatoires, la plupart de leurs dépenses seraient consacrées aux remboursements à 100 %, et les prestations servies par les complémentaires doubleraient ; le taux de couverture des dépenses de soins par les régimes publics passerait de 75 à 69 %.

Il faut noter que même si les mesures d'économie proposées actuellement par le ministre (7 milliards d'euros d'ici 2007 grâce au dossier médical informatisé) et par la Cnam (4 milliards d'euros par an, dans l'hypothèse d'une réduction de la prescription des généralistes et d'une maîtrise des ALD) produisaient tous les effets attendus, elles compen-seraient à peine les effets d'une dérive annuelle de 5 %, dont on sait qu'elle est inférieure de 2 % à la dérive tendancielle ; ces mesures permettent donc de gagner quelques années avant d'avoir à modifier les éléments fondamentaux du système de financement. On constate que se pose une équation délicate pour l'État en matière de prélève-ments obligatoires et/ou de déficit public et de réelles difficultés en termes d'élasticité de la demande aux prix, ainsi que de solvabilité de la demande pour une partie des ménages.

Tous les risques ne sont pas assurables

Afin d'éviter, à l'avenir, les dérives qu'a connu le système américain dans les années 1990, tout en favorisant, en France, une responsabilité de l'usager et l'introduction des techniques de gestion de la qualité et de la performance dans le système de soins, les principes suivants pourraient être retenus :
- les régimes obligatoires, relevant de la solidarité nationale, doivent garantir l'accès à des soins de qualité pour les risques non assurables dans les conditions du marché et pour les personnes non solvables ;
- les risques assurables et les personnes solvables sont couverts par les assureurs, de différentes formes statutaires : mutuelles, instituts de prévoyance, compagnies, dans le respect de missions d'intérêt général telles que la non sélection des risques, la non exclusion des mauvais risques, la mutualisation des risques, l'accès à des prestations minimales.

La question se pose de savoir si un cahier des charges d'intérêt général suffit à protéger le consommateur : la raison principale en est que le cahier des charges est, par nature, global pour l'organisme qui y souscrit, alors que l'acte de soins relève du colloque singulier entre le patient et le praticien, qui peut être soumis à des contraintes importantes de la part des payeurs, comme c'est le cas aux États-Unis au sein de certains HMO (cf. « Gag rule »). La réponse à cette question tient dans la définition du risque assurable : les effets de « Gag rule » se sont produits aux USA lors de traitements de pathologies lourdes. Il convient donc de laisser les risques non assurables dans la sphère du service public et de confier ceux assurables au marché.

Les « complémentaires » doivent donc gérer les risques assurables, sous contrainte d'un cahier des charges définissant les prestations minimales, dont le périmètre doit être défini en concertation avec l'État. La question est donc de définir le périmètre de ces risques assurables dans des conditions permettant de réaliser une gestion médicalisée du risque et de responsabiliser les consommateurs de soins. Si cette dernière condition n'était pas satisfaite, le gain pour la collectivité serait nul puisque la gestion ne serait significativement pas plus performante.

Encore faut-il définir le risque assurable. C'est évidemment un fondement théorique de l'assurance, l'assurabilité du risque est déterminée, d'une part, par la nature et l'ampleur de l'aléa et le coût du risque, et, d'autre part, par la capacité de financement des agents économiques (ménages, entreprises). Lorsque le produit arithmétique de l'aléa par le coût du risque est supérieur à la capacité contributive des agents économiques, l'assureur considèrera que le risque sera devenu non assurable (à moins que l'assurance ne soit obligatoire). Il doit alors relever de la solidarité nationale. En matière de santé, des risques très fréquents à coût élevé, comme certaines pathologies chroniques, ou des risques à coût très élevé, comme

le traitement de cancers, peuvent être considérés comme non assurables, dans les conditions actuelles de solvabilité des agents économiques.

Par exemple, les risques actuellement considérés comme relevant de la solidarité nationale, non assurables, sont ceux couverts par le régime des « affections de longue durée », telles que les maladies du vieillissement, les maladies chroniques, les accidents ou les maladies pour lesquels le processus vital est engagé, ainsi que la maternité. Par ailleurs, il convient de noter le problème important susceptibles d'être soulevé par les progrès de la médecine prédictive, si le caractère aléatoire d'une pathologie à caractère génétique venait à disparaître et, ce, dès la naissance.

Le caractère assurable d'un risque dépend, on l'a vu, de la capacité contributive des agents économiques. Ainsi, si celle-ci est durablement importante, les pouvoirs publics pourraient transférer des charges futures sur les assureurs, en leur imposant la constitution de provisions pour risques croissants. Ils pourraient ainsi déplacer la frontière des risques qui seront considérés comme assurables. Ils pourraient aussi les transférer vers les ménages par l'incitation fiscale à une épargne santé. Cela suppose impérativement l'existence d'une capacité contributive supplémentaire des agents économiques pendant une longue période.

En conclusion, la notion de risque assurable est dépendante de deux facteurs prépondérants :
- la définition par la collectivité nationale des situations qui doivent relever de la solidarité nationale : absence de capacité contributive d'une population à bas revenus, situations pathologiques lourdes et coûteuses, risques certains, etc. ;
- la capacité contributive, inscrite dans la durée, des agents économiques à financer une gamme de risques dits assurables.

Le coût des soins de santé n'est pas réellement connu de la population

Les Français sont très attachés à un accès illimité aux soins et, ce, d'autant que cet accès leur est fourni, dans des conditions honorables de qualité, mais à un coût apparent très avantageux quand on le compare aux autres composantes de la structure de dépense des ménages (2002) :

- logement, eau, gaz, électricité :	18,6 %
- transports :	11,9 %
- produits alimentaires et boissons :	11,6 %
- loisirs et culture :	7,2 %
- autres biens et services :	6,2 %
(dont assurances : 2,1 %)	
- hôtels, cafés et restaurants :	6,1 %
- meubles, articles de ménage, entretien :	4,8 %
- articles d'habillement et chaussures :	3,7 %
- soins de santé :	**2,9 %**
(hors administrations publiques)	
- boissons alcoolisées et tabac :	**2,7 %**
- communications :	1,8 %
- éducation :	0,5 %

Cette sous-représentation des dépenses de soins de santé dans les dépenses des ménages, du fait de la « gratuité » de la majeure partie de ces dépenses induit un ensemble de comportements non responsables :
- « puisque la santé n'a pas de prix, je n'ai pas à gérer mon capital santé, car j'aurai accès, le moment venu, à des soins gratuits » ;
- « puisque la Sécurité sociale et la mutuelle remboursent les soins, qu'ils soient utiles ou pas, je n'ai pas à faire une utilisation raisonnable de ces ressources » ;
- « puisque ces soins ne me coûtent pas et que les médecins sont sous-payés, je ne reconnais pas la valeur de l'acte qui m'est proposé, et suis amené à faire pression sur les professionnels, selon ce que les médias m'ont raconté, ou par intérêt personnel ».

Il ne peut exister de maîtrise des dépenses de soins de santé si les principaux acteurs, que sont les consommateurs de soins, ne sont pas des usagers responsables et, paradoxalement, si les professionnels de santé ne sont pas correctement rémunérés, selon la valeur d'utilité de leurs actes.

Une esquisse des possibles

Cette esquisse dépend des réponses que la collectivité nationale apportera à trois questions principales :

- veut-on prioritairement revenir à un équilibre des régimes publics d'assurance maladie ou chercher à amé-liorer l'état de santé de la population ?
- combien la collectivité est-elle prête à payer pour maintenir une solidarité nationale permettant de garantir l'accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité ?
- est-on prêts à engager une restructuration de l'offre de soins et de biens médicaux, selon un critère prépondérant d'efficience ?

Ces trois questions sont liées et les réponses que l'on peut leur apporter interdépendantes.

◆ Pour améliorer l'état de santé d'une population, il ne faut pas forcément dépenser plus !

Certes, lorsqu'un de nos proches est gravement malade, nous souhaitons que lui soient prodigués les soins les plus perfectionnés, quel qu'en soit le coût ; cela appelle deux types de commentaires.

1) Cette demande est parfaitement légitime dans un pays parmi les plus riches de notre planète. Néanmoins, dès lors que l'on aura admis que les ressources de la solidarité nationale sont limitées, on devra s'interroger sur l'opportunité de certaines stratégies thérapeutiques. Les médecins ne devront pas se trouver seuls devant de telles situations, mais la société devra définir les principes d'éthique permettant de gérer une limitation des ressources. Il conviendra également d'arbitrer sur l'affectation des ressources à telle stratégie de prévention ou à telle stratégie thérapeutique.

2) De manière plus générale, il a été montré que des indicateurs de santé publique (par exemple, la mortalité évitée, selon le modèle de Dever) sont principalement déterminés par l'environnement, les comportements, le capital biologique, plus que par le système de soins. Nous avons l'exemple récent en France d'une politique publique, qui, à coût nul, à produit des effets de santé publique importants, par une action vigoureuse sur les comportements : il s'agit de la politique de sécurité routière dite de « tolérance zéro » ; outre le nombre considérable de drames humains évités, elle produit des économies conséquentes en nombre de décès prématurés évités, de moyens de secours et de soins, et son efficience est évidemment infiniment meilleure qu'aurait pu l'être une extension des SMUR dans les centres hospitaliers de secteur.

■ On en déduit un premier principe d'action

L'État doit prioritairement intervenir :

- sur l'environnement : employabilité, routes sécurisées, logements salubres, etc.,
- sur le comportement : éducation pour la santé, sécurité routière, taxation ou sanction des comportements à risque, prévention,
- en reconvertissant des compétences vers la prévention et l'accompagnement social et en communiquant massivement sur cette politique de santé, comme il a appris à le faire récemment en matière de sécurité routière.

■ Cela permet d'énoncer un deuxième principe d'action…

Le Parlement doit définir :

- la politique de santé publique : prévention, éducation sanitaire, accompagnement des populations à risque, etc. ;
- les principes éthiques de l'utilisation des ressources médicales ;
- le montant des ressources affecté à la solidarité nationale, ajustable selon le niveau de croissance économique, incluant l'affectation des taxes perçues sur les pratiques génératrices de coûts collectifs (tabac, alcool, pratique de certains sports, etc.) ;
- les principes généraux d'affectation des ressources du système de soins : type de tarification, rôles respectifs des infrastructures hospitalières de référence et de proximité, etc

◆ Pour améliorer l'état de santé de la population et adapter le recours aux soins, il faut responsabiliser et accompagner nos concitoyens

Chacun doit prendre conscience de l'importance, pour lui-même et pour la collectivité, de son capital santé. La responsabilisation s'appuie sur des mécanismes d'information, d'éducation et d'incitation permettant l'émergence de bonnes pratiques, dans un cadre non réglementaire. La pratique adaptée d'activités physiques, une conduite routière prudente, le refus des pratiques addictives (tabac, alcool, drogues illicites, mais aussi certains psychotropes…), une alimentation saine, un équilibre entre vie professionnelle et vie privée… tout cela peut sembler inspiré des hygiénistes du XIXe siècle.

Bien sûr, il existe des situations individuelles sociales, biologiques ou psychologiques ne permettant pas le plein exercice d'une responsabilité personnelle en matière de santé. Dans ces cas, la société doit accompagner ces personnes ou les prendre en charge ; cela relève de soins de santé ou d'action sociale et marque les limites d'une politique de responsabilisation individuelle. Dans les autres cas, de fortes incitations à un comportement responsable en matière de santé doivent être favorisées. Ainsi, on peut considérer que la taxation de produits, dont la consommation excessive est nocive, favorise une prise de conscience et une attitude plus responsable, de même que la sanction des excès de vitesse sur la route. C'est la forme de responsabilisation la plus facilement réalisable par l'État, même si la sanction financière n'est qu'une forme peu satisfaisante de l'appel à la responsabilité.

Il ne s'agit pas d'instaurer une culpabilisation individuelle, issue d'un quelconque nouvel ordre moral. Bien au contraire, une prise de conscience personnelle, même quand elle est favorisée par une sanction financière, relève d'une démarche collective ayant un impact individuel. Apporter à nos concitoyens un meilleur équilibre de vie, avec l'émergence d'une « économie relationnelle » peut paraître une utopie. Mais, déjà, de grands groupes industriels et commerciaux s'interrogent sur les nouvelles responsabilités de l'entreprise et mettent en place des moyens d'accompagnement et des services de « bien-être » au profit de leurs salariés. Depuis longtemps, le gouvernement du Québec a développé des centres locaux de santé communautaire, dotés de missions sanitaires et sociales, d'accompagnement psychologique, mais aussi de prévention.

La responsabilisation de nos concitoyens ne consiste donc pas seulement à leur faire supporter une partie du coût de leurs frais de soins de santé, même si cela contribue à une utilisation raisonnée de soins et de médicaments.

■ Et nous conduit à un troisième principe d'action

Le Parlement doit déterminer :
- des principes éthiques de responsabilité individuelle en matière de santé ;
- les domaines et modalités de contribution financière directe ou indirecte, dans les domaines tels que : alcool, tabac, conduite automobile, pratique de certains sports, etc.

◆ Pour revenir à un équilibre, il faut permettre aux financeurs de contrôler l'utilisation des fonds qu'ils engagent

À cet effet, il faut distinguer les différentes catégories de dépenses. Il en existe trois.

1) Les dépenses relevant totalement de la solidarité nationale, devant être définies comme telles par le Parlement ; elles correspondent globalement aux risques non assurables. Elles doivent être prises en charge à 100 % par la collectivité et gérées par le régime obligatoire d'assurance maladie ; elles représentent une charge de 77 milliards d'euros pour l'assurance maladie obligatoire (données 2002) ; l'enjeu central de productivité se situe sur l'hôpital, mais l'on peut raisonnablement considérer que les gisements d'économies obtenus seraient rapidement engagés pour faire face au vieillissement de la population et financer le progrès médical. Considérons donc qu'il n'existe pas là d'économie nette envisageable et que, au contraire, il faut accepter le maintien d'un taux de croissance significatif de ce type de dépenses au-delà de celle du PIB.

2) Les dépenses de soins courants, dont la prise en charge partielle par la solidarité nationale peut être nécessaire, pour garantir l'accès de toute la population aux soins primaires ; le périmètre de ces dépenses dépend de la capacité de la solidarité nationale à couvrir totalement les dépenses de soins des personnes à bas revenus et du seuil de leur prise en charge. On y trouve les consultations médicales, la chirurgie dentaire, l'optique médicale, les médicaments courants, etc. Ces dépenses représentent actuellement une charge de 25 milliards d'euros pour l'assurance maladie obligatoire (données 2002) alors que les ménages supportent une charge globale de 32 milliards d'euros (données 2002), directement ou par l'intermédiaire de leur couverture complémentaire. Ces dépenses représentent une variable d'ajustement pour les pouvoirs publics et leur sort divise les familles d'organismes complémentaires, les assureurs se proposant d'en gérer une partie (dentaire, optique...) et la Mutualité française proposant un copilotage du risque avec le régime obligatoire d'assurance maladie. Sans prendre part à ce débat, nous constatons qu'une prise en charge par deux types de financeurs ne permet pas une maîtrise aisée des dépenses engagées, sauf à donner au financeur principal, la responsabilité d'exercer le contrôle de l'utilisation des fonds et à empêcher tout financement supplémentaire d'une dépense non conforme aux orientations de la politique de financement définie par le financeur principal. Ainsi, par exemple, il convient d'éviter dans un tel schéma que les organismes complémentaires ne financent la « visite médicalement non justifiée ». Les règles communautaires ne permettant pas d'interdire de telles pratiques, l'instauration d'aides fiscales ou sociales en contrepartie d'une couverture conforme à un cahier des charges paraît constituer une hypothèse sérieuse, présentant en outre le grand mérite de rétablir un principe d'égalité de traitement des citoyens, aujourd'hui rompu par l'attribution d'aides aux seuls contrats collectifs obligatoires d'entreprise.

3) Les dépenses à la charge directe des ménages ; ce sont notamment toutes les dépenses ne relevant actuellement pas de la solidarité nationale. Doivent s'y trouver impérativement toutes pratiques et médicaments dont l'efficacité médicale n'est pas démontrée. Néanmoins, ces dépenses sont, pour la plupart, librement assurables et il faut exclure toute inter-vention minoritaire des régimes d'assurance maladie obligatoires, qui provoquerait une inflation inutile. Étant extérieur au champ de la solidarité nationale, ce type de dépenses ne doit pas être favorisé par des aides fiscales ou sociales.

Enfin, pour pouvoir maîtriser le coût des soins prodigués, condition nécessaire mais non suffisante d'une maîtrise globale des dépenses de santé, les régimes d'assurance maladie obligatoires comme les organismes « complémentaires » devront pouvoir contracter librement avec les professionnels de santé et leurs assurés. À cet égard, ils doivent être en mesure de :

- proposer un abattement de cotisation ou une meilleure prise en charge des soins dentaires à un assuré ayant respecté un engagement de suivre un programme de prévention réalisé par un praticien agréé, s'étant lui-même engagé à l'égard de l'assureur à respecter un ensemble de bonnes pratiques validées par des instances professionnelles d'évaluation médicale ;
- conduire des négociations de prix avec les professionnels de santé ;
- établir des accords préalables sur engagement de dépenses, à partir de leurs plates-formes téléphoniques, sur décision médicale ou médico-administrative.

Cela suppose évidemment que les assureurs, quel que soit leur statut, puissent accéder à des informations médicalisées, dans le respect de la directive européenne, et contracter avec les praticiens, ce qui est aujourd'hui difficilement envisageable. Pour que ces mesures soient efficaces en termes de santé publique et perçues positivement par la population, il convient de mettre en place simultanément des mesures d'accompagnement qui sont :

- la confirmation de prise en charge complète par la solidarité nationale, de la demande de soins pour les personnes âgées, des personnes à bas revenus au-delà de la CMU et celles atteintes de pathologies graves ou chroniques, ainsi que pour les parturientes ;
- l'accès à un système d'éducation pour la santé, de prévention primaire et secondaire, ainsi que d'accompagnement médico-social performant ;
- la mise en place d'aides sociales ou fiscales, à caractère redistributif.

Le quatrième principe d'action serait le suivant

- le Parlement définit un nouveau système de gouvernance permettant un pilotage plus efficace du financement du système de soins (les propositions sont connues, nous ne les évoquons pas) ;
- pour les dépenses de soins courants, le Parlement met en place des aides sociales ou fiscales, pouvant être attribuées aux citoyens, et prioritairement pour les personnes à bas revenus, en contrepartie d'une souscription de contrats d'assurance complémentaire conformes à un cahier des charges défini par les pouvoirs publics ;
- pour permettre une maîtrise des coûts du système de soins, le Parlement autorise les régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire à contracter avec les professionnels de santé, et leur donne accès à des informations d'origine médicale à cet effet, dans des conditions garantissant le respect du secret des informations personnelles à caractère médical, tel que défini par la directive européenne ;
- le Parlement doit interdire le remboursement par les régimes publics d'assurance maladie, gestionnaires des ressources de la solidarité nationale, des soins et produits sans efficacité médicale démontrée, et définir les mesures de sanction des abus ou des pratiques frauduleuses ;
- le Parlement doit définir une organisation des structures d'orientation permettant le suivi des sources de financement (CSG, CRDS, taxes sur le tabac et l'alcool...) et de l'affectation des ressources par grand domaine d'activité de soins, et piloter un budget prévisionnel pluriannuel des emplois et des ressources du système de santé – et pas seulement du système de soins !
- enfin, pour couvrir les évolutions de long terme, il faut trouver le financement d'un risque croissant.

Le coût du risque va continuer de croître, pour les raisons évoquées de demande de soins, de démographie ou de progrès médical. Cette croissance structurelle n'est pas financée à moyen et long termes. On se trouve probablement dans une problématique proche de celle des retraites, avec une échelle de temps décalée.

La question, soumise aux économistes, est donc de savoir sur quels types de revenus il sera possible de constituer une épargne collective et/ou individuelle pour permettre le financement de dépenses futures sans que cela se fasse par amputation du champ d'intervention de la solidarité nationale. Il s'agira notamment de défavoriser une consommation instantanée, pas toujours médicalement justifiée, au profit d'une épargne longue pour permettre aux personnes de faire face à des dépenses futures liées au vieillissement ou à la survenance subite d'une situation médicale, tout en favorisant la solvabilisation d'une demande de soins médicalement justifiée, mais qui ne pourrait pas être financée par la solidarité nationale.

En conclusion

Telle est l'esquisse pour un retour à l'équilibre, centrée sur les principes fondamentaux suivants :
- la reconnaissance de l'action de santé publique comme facteur déterminant d'amélioration de l'état de santé de la population, en amont des soins ;
- la définition du domaine d'intervention de la solidarité nationale, dans le cadre d'un service universel ;
- le renforcement du rôle du régime obligatoire d'assurance maladie pour gérer les ressources relevant de la solidarité nationale ;
- l'appel à la responsabilité de l'usager, avec une indispensable contrainte financière ;
- l'aide fiscale à la couverture facultative, pour inciter au respect d'un panier de soins conformes aux orientations de la politique publique ;
- le libre exercice de l'activité de gestion du risque par les organismes complémentaires, dans le respect des règles préservant le secret médical ;
- l'incitation à la constitution de vecteurs de financement pour garantir la solvabilité de la demande, à moyen et long termes.

Les enjeux de la réforme pour les entreprises

Bernard Caron

Directeur de la protection sociale, Medef

Le Medef a adopté une attitude humble et modeste sur ce dossier. Il est cependant très intéressé par la question, car il demeure l'un des principaux financeurs du système. Le taux des cotisations patronales est en effet égal à 12,8 % sur l'ensemble des rémunérations, soit environ 50 milliards d'euros en 2003.

La seule question posée est celle-ci : les ressources affectées par la Nation, à la protection collective de la santé de ses citoyens, sont-elles illimitées ?

La réponse est évidemment non mais, en pratique, il n'y a pas de mécanisme de régulation et tout se passe comme s'il n'y avait pas de limite.

Le Medef est irrité par la loi de financement de la Sécurité sociale : elle n'engage personne, elle est facultative et purement indicative ; c'est absurde et vide de sens. Les pouvoirs publics devraient définir clairement le niveau des ressources collectives appliquées par la Nation à la protection de la santé. Le taux constaté est de 9 à 10 % du PIB, mais il s'agit d'un résultat et non d'un objectif. Il faut organiser de façon plus juste la répartition de ces ressources, en fonction des besoins des citoyens, et non en fonction de l'implantation de l'offre de soins. Ce qui est frappant, c'est que les ressources sont réparties très inégalement et sans lien avec l'évaluation des besoins des assurés. Il faut instaurer une véritable contractualisation entre l'assurance maladie et les fournisseurs de soins.

Du point de vue comptable, il faut absolument reporter au début de chaque exercice l'excédent ou le déficit de l'exercice précédent pour éviter de s'apercevoir trop tard d'une énorme dérive financière. Tout ce que nous sommes incapables de payer aujourd'hui va être facturé aux générations futures par la voie de la CRDS et de la Cades.

Ce système est totalement opaque et incompréhensible.

J'ai siégé une quinzaine d'années au conseil d'administration de la Cnam avec d'excellentes fréquentations, Gilles Johanet, Jean-François Chadelat, et quelques-autres, et je n'en ai retiré que quelques idées frustes. L'une de ces idées est que nous avons généralement affaire à des décideurs qui veulent gérer l'intérêt général en ne contrariant aucun intérêt particulier. Et l'on est probablement arrivé aux limites de l'exercice. Je ne ferai pas un exposé général sur l'assurance maladie, mais je voudrais à nouveau souligner que l'élément de base au système est la loi de financement de la Sécurité sociale. Cette loi, nous l'avons demandée, nous l'avons souhaitée. Nous avons abouti à un dispositif qui n'a aucun sens, dans lequel le champ des dépenses ne correspond pas au champ des recettes, et où les recettes sont énumérées selon leur nature (cotisations, taxes affectées, etc.) tandis que les dépenses sont précisées selon leur fonction (maladie, vieillesse, famille, accidents du travail). Le seul article ayant un sens est le dernier qui fixe le montant du découvert autorisé à la Caisse des dépôts et consignations, soit 33 milliards d'euros pour 2004 pour l'ensemble des branches. La gestion commune de la trésorerie du régime général de la Sécurité sociale par l'Acoss entretient la confusion permanente.

Par ailleurs, on nous rappelle à longueur d'année les grandes valeurs de solidarité, d'équité, de justice. Tout cela est fort émouvant. Mais la principale iniquité du régime d'assurance maladie d'aujourd'hui, c'est bien que les ressources soient dépensées sans relation avec un objectif sanitaire clairement défini. Qu'est-ce qui justifie que les gens habitant près de la Côte d'Azur aient droit à trois fois plus de dermatologues que ceux

vivant à Hazebrouck ? Je sais que l'ensoleillement est différent, mais l'héliotropisme ne peut pas tout justifier. Donc, il faudrait bien qu'un jour l'on se penche sérieusement sur ce problème, car nous ne pourrons jamais redéployer le système d'assurance maladie si nous ne redéployons pas d'abord les ressources. C'est un levier majeur.

Enfin, à la Caisse nationale d'assurance maladie, le carnet de santé a été imprimé deux fois. Il est resté inappliqué deux fois et sans effet, simplement parce que jamais personne n'a voulu dire qu'il était obligatoire à la fois pour le patient et pour le médecin. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut coordonner la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Qu'attend-on pour le faire ? Pourquoi ne fusionne-t-on pas les ARH et les Urcam ? Pourquoi ne nomme-t-on pas une autorité régionale, gestionnaire des fonds qui lui seraient alloués en fonction du nombre de patients soignés et non en fonction de l'offre de soins ? Cela permettrait d'avoir une approche à peu près rationnelle du sujet. Je n'épilogue pas. Il y a quelques mesures de bon sens élémentaires qui permettraient d'éviter bien des gaspillages. Il faut cependant savoir que le gaspillage des uns est bien souvent le chiffre d'affaires des autres.

La question n'est pas pour autant de faire le procès des médecins ou des hôpitaux : j'aime beaucoup les médecins et s'ils ne m'avaient pas soigné quand j'en avais besoin, je ne serais plus là pour pérorer ; c'est sans doute le cas pour nombre d'entre nous. Donc, le problème n'est pas de savoir si les médecins sont bons ou mauvais, si les patients exagèrent ou pas, la question est de construire un véritable mode d'emploi pour un système aujourd'hui totalement ouvert à tous les malades et prescripteurs, avec le risque permanent d'une perte de qualité qui se traduit dans les affections dites iatrogènes ou nosocomiales.

Lorsque la collectivité décide de prendre en charge l'accès aux soins utiles pour l'ensemble de la population du pays, il est indispensable qu'elle précise les engagements réciproques des payeurs, des fournisseurs et des bénéficiaires pour garantir les meilleurs soins au meilleur coût. Il est totalement absurde d'opposer selon un cliché facile la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable. Tout le monde est favorable à la maîtrise médicalisée, mais il est évident que celle-ci doit conduire à une utilisation optimale des fonds disponibles dont l'enveloppe est par construction limitée.

Si la France est un pays riche – ses dépenses collectives atteignent l'un des niveaux les plus élevés des pays développés – elle ne peut pas prendre le risque de fragiliser son économie. L'économie privée marchande est la source de toutes les richesses de la Nation et seule une croissance importante de celle-ci permettra de garantir, sur la durée, les imposants régimes de protection sociale que nous avons construits pour couvrir le mieux possible notre population au regard des risques de perte d'emploi, de vieillesse ou de maladie.

La compassion est toujours nécessaire, mais elle n'a jamais permis à elle seule de régler nos problèmes de cohésion sociale. Il faut donc s'attacher avec ténacité à une réforme structurelle de notre régime d'assurance maladie pour que celui-ci retrouve tout son sens et puisse continuer, à l'avenir, à offrir à tous l'accès à des soins de grande qualité, sans que la rémunération de ceux-ci dépasse les capacités contributives de la Nation.

ASSURANCE MALADIE : LES PISTES DE L'INSTITUT MONTAIGNE

Daniel Laurent

Professeur à l'Université de Marne-La-Vallée et Institut Montaigne

Claude Le Pen

Professeur à l'Université de Paris Dauphine et Institut Montaigne

Dans le cadre de l'institut Montaigne, nous avons tenté d'imaginer et d'évaluer un autre paradigme pour l'organisation et le fonctionnement du système de santé français, tout en essayant de rester cohérent avec la tradition historique, politique et sociale qui le porte. Nos réflexions sur son financement, sur l'offre de soins et sur son organisation institutionnelle nous ont conduit à proposer un modèle d'assurance maladie universelle avec un financement universel et, une couverture santé solidaire reposant largement sur une protocolisation intelligente des soins. Ce modèle suppose, comme préalable, la mise sur pied de systèmes d'information plus complets et plus efficaces et une gouvernance créatrice de sens.

Le constat du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie le confirme : dans les années à venir le taux de croissance des dépenses de santé, restera, en France comme dans tous les pays développés, sensiblement supérieur à celui du PIB,. Cette évolution est fondamentalement salutaire car les dépenses de santé, qui contribuent au bien-être général, constituent également des recettes pour des pans entiers de notre économie, ainsi qu'un facteur de croissance, de création de richesses et d'emplois.

Cependant, une question centrale, à laquelle une réponse collective doit impérativement être apportée, reste pendante : quel est le rôle du financement collectif ? Quelle part de ces dépenses de santé doit être prise en charge au titre de la solidarité nationale ? Aujourd'hui, cette part s'élève à 76 %. À quelles priorités de soins et de services correspond-elle ? Au moment où le débat s'engage, l'Institut Montaigne propose quatre pistes de réflexion et d'action à partir des travaux qu'il conduit :

1) instaurer une véritable assurance maladie universelle ;
2) réinventer l'hôpital ;
3) garantir la qualité par l'évaluation ;
4) assurer le « *continuum santé* ».

Instaurer une véritable assurance maladie universelle

Depuis la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), c'est le critère de résidence et non plus l'exercice d'une activité professionnelle qui est déterminant pour l'accès à l'assurance maladie obligatoire. Pour redéfinir le panier de soins, l'Institut Montaigne tire les conséquences de cette évolution en proposant l'instauration de l'« assurance maladie universelle » (AMU) qui présente les caractéristiques suivantes :

Un financement universel

Il s'établirait à travers une CSG santé déductible, assise sur l'ensemble des revenus dont le taux serait modulé entre revenu d'activité, revenu de remplacement (notamment les retraites) et revenu de l'épargne. Pour les salariés, la CSG santé se substituerait aux actuelles cotisations patronales et salariales. Ils percevraient alors un salaire brut égal au salaire actuel, augmenté des cotisations patronales relatives à l'assurance maladie. La CSG santé clarifie et rend lisible la contribution de chacun, déconnecte le financement de la nature de l'activité professionnelle et constitue un instrument pédagogique : le déficit enregistré lors de l'année en cours devrait être compensé par une augmentation à due proportion de la CSG l'année suivante, et non transféré – comme c'est le cas aujourd'hui – sur les générations futures.

Une couverture santé solidaire (CSS)

Elle recense les soins et les services de santé pris en charge intégralement au titre de la solidarité nationale. La couverture de ces biens et services est fonction à la fois du contexte dans lequel ceux-ci sont prescrits (la pathologie), de celui qui les prescrit et de celui qui en bénéficie. Cette prise en charge est liée à l'observation de protocoles thérapeutiques qui décrivent, avec précision, l'ensemble des soins nécessaires au traitement d'une pathologie ou une situation médicale quelle qu'elle soit. Ces soins, validés par des experts, doivent être conformes aux données actuelles de la science et réévalués périodiquement. Un même acte pourra ainsi être ou non pris en charge au titre de la couverture santé solidaire selon qu'il relève du protocole avec, bien entendu, toutes les souplesses et dérogations que commande le bon fonctionnement du système.

Les accidents de la circulation, ceux résultant de la pratique de sport, les accidents du travail et les prestations en espèces (indemnités journalières) consécutives à des arrêts de travail n'entrent pas dans le champ de la CSS. Ils sont couverts par des assurances obligatoires souscrites par la personne elle-même ou son employeur (entreprise). Il appartient au législateur, en fonction du choix du taux de la CSG santé, de définir les priorités retenues, autrement dit de délimiter le champ de la CSS. Le principe de réalité commande en effet de garder à l'esprit que l'assurance maladie universelle ne couvrira jamais la totalité des prises en charge de prévention, de soins et de services rendus accessibles par les progrès scientifiques et validés comme utiles.

L'établissement de priorités devient donc un impératif pour ne laisser, en dehors de la couverture santé solidaire, que les actes que la majorité des citoyens peuvent assumer de façon correcte à travers des assurances supplémentaires et des dépenses familiales personnelles. À titre indicatif, le socle des priorités couvertes par la couverture santé solidaire pourrait être le suivant :

1) les actions de prévention et de dépistage validés par la communauté scientifique ainsi que les soins consécutifs à ces actions ;
2) la prise en charge des pathologies lourdes par leur chronicité ou leur sévérité ;
3) la prise en charge des maladies émergentes ;
4) les soins qui concernent les mères et enfants ;
5) les autres pathologies de l'adulte sous réserve d'une utilisation protocolaire des services et soins de santé intégrés au dossier médical électronique du patient…

Les biens et services non inclus dans la CSS, en raison de leur nature ou de la manière dont ils sont dispensés, relèvent de l'assurance supplémentaire

souscrite à titre individuel ou collectif (entreprise), assortie d'une aide personnalisée pour celles des personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants. L'assurance supplémentaire couvre au premier euro les risques qui n'entrent pas dans le champ de la couverture santé solidarité. La distinction petits risques et gros risques repose sur des principes de réalité. Les dépenses de santé augmentant plus vite que le PIB, la CSS ne peut que prendre en charge, non pas la totalité des soins utiles, mais les soins prioritaires à un instant donné. En dehors de ces priorités préalablement définies par le Parlement et couverte par la CSS, le financement reposera sur les assurances supplémentaires et les dépenses familiales personnelles.

Une gouvernance responsable

Un Haut Conseil de la santé de treize membres bénéficiant d'une double légitimité, politique et scientifique, aurait pour mission de proposer les grandes orientations en matière de politique de santé, notamment dans le domaine de la prévention, de garantir la qualité des soins dispensés et l'efficience des dépenses publiques en matière de santé.

1) Le législateur, après consultation du Haut Conseil, arrêterait notamment les missions d'intérêt général, le champ de la couverture santé solidaire, le niveau de la CSG santé (en tenant compte des résultats des années antérieures), la définition des priorités de santé publique et la politique d'éducation et de recherche.

2) La gestion de l'assurance maladie universelle, les relations avec les professionnels de santé, y compris les hôpitaux, ainsi que la « gestion du risque » – vérification de la pertinence des soins – relèveraient, pour ce qui concerne la couverture santé solidaire, d'une caisse d'assurance maladie universelle bénéficiant d'une véritable autonomie, y compris en matière de délégation de gestion du risque à des opérateurs de soins en concurrence.

3) Cette caisse serait administrée par un conseil dont la composition reflèterait les différentes composantes de la société française. L'Institut Montaigne propose ici de s'inspirer de la composition du Conseil économique et social.

Comment mettre en œuvre ce système de financement à trois niveaux ? la réponse est de proposer une démarche de qualité. La CSS doit garantir la qualité des soins et des services offerts aux assurés par une gestion des risques fondée sur la signature de protocoles, justifiés et acceptés, la coordination des acteurs de la santé, le suivi des soins ainsi que l'évaluation des pratiques.

Réinventer l'hôpital

L'hôpital public est un point critique. En l'absence d'évolution managériale le concernant, c'est l'ensemble du système de soins qui risque, à terme, d'être déstabilisé. Pour l'Institut Montaigne, deux pistes d'action sont simultanément à suivre :

1) clarifier le financement

Il est proposé de distinguer :

- un budget de service public couvrant les urgences réelles, la formation, la prévention, la permanence des soins et éventuellement des contraintes d'aménagement du territoire ;
- un budget de soins relevant des acheteurs de soins au premier rang desquels l'assurance maladie universelle.

Quel que soit l'établissement (public, privé, etc.) le financement des soins serait établi sur la base d'une tarification à l'activité pertinente. Le basculement souhaitable vers ce nouveau système, véritable levier potentiel d'évolution, devrait se produire comme en Allemagne ou en Hollande sur une période de temps relativement courte (deux, trois ans). La période de huit ans, semble-t-il envisagée aujourd'hui par le ministère de la Santé, est en réalité une prime au statu quo.

2) supprimer les « boulets »

L'hôpital public à « des boulets aux pieds ». Pour le soulager et donner à l'hôpital public les moyens de s'adapter, l'Institut Montaigne propose d'offrir la possibilité aux établissements qui le souhaitent de devenir des établissements de soins privés à but non lucratif, participant au service public, à l'instar de l'Institut mutualiste Montsouris à Paris, l'hôpital Marie-Lanelongue à Robinson ou l'hôpital St Joseph à Marseille. Ces établissements bénéficient de règles de gestion souples qui relèvent du domaine privé. En

matière de ressources humaines par exemple, ils peuvent employer des personnels sous contrat de droit privé, y compris des médecins qui sont alors salariés dans le cadre d'une convention collective de branche. Les personnels relevant de la fonction publique hospitalière seraient détachés auprès de ces établissements de soins par l'ARH (Agence régionale d'hospitalisation) selon une formule s'inspirant du précédent que constitue par exemple La Poste.
Les deux actions suggérées, pour autant qu'elles soient suivies, sont de nature à réinventer l'hôpital public pour lui permettre d'assurer pleinement ses missions et conforter la dimension solidaire de l'ensemble de notre système de soins.

Garantir la qualité par l'évaluation

La démarche de qualité est essentielle pour mettre en œuvre ce système de financement. La qualité ne se déclame pas, elle s'évalue. Au-delà de l'accréditation a priori (à la française), l'évaluation a posteriori des pratiques médicales impose l'existence :
- de systèmes d'information dignes de ce nom, à même de suivre ou de reconstituer la trajectoire d'un patient dans le labyrinthe que constitue le système de soins ;
- d'un dossier médical électronique, retraçant les épisodes de soins, ainsi que les éléments médicaux propres au patient.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge de la santé des individus, tant à l'hôpital qu'en médecine ambulatoire, doit conduire à analyser et à segmenter des paramètres relatifs aux personnels – professionnels de toutes catégories – mais aussi les patients, les structures de soins, les outils utilisés pour la prévention, le diagnostic, les traitements, etc. Tout cela converge vers un « point final », qui est la façon dont un patient « x » est pris en charge par un médecin ou une équipe « y », de façon individuelle et spécifique. Cette prise en charge est retracée dans le dossier patient.

Un vrai dossier médical – après « anonymisation » – servira de support à la mise en œuvre de procédures d'évaluation visant par exemple à apprécier la coordination et la pertinence des soins dispensés. La mise en oeuvre de ces procédures d'évaluation *a posteriori* tant pour l'hôpital qu'en médecine de ville doit devenir un instrument normal de gestion pour veiller à la qualité des soins dispensés et à la réduction du nombre d'erreurs médicales. Des institutions à même de réaliser de telles évaluations *a posteriori* par des « pairs » – véritables audits médicaux – émergeront à l'initiative des professionnels de santé. Ces évaluations pourront être commanditées par l'ARH, les acheteurs de soins, le conseil d'administration des établissements de soins, les assureurs en responsabilité civile ou des associations de patients agréées.

La condition pour la maîtrise médicalisée ou vers la protocolisation, ce sont des systèmes d'information dignes de ce nom permettant d'assurer la traçabilité, d'assurer des évaluations, qui sont pour les réseaux un point central – non pas l'évaluation *a priori* à la française, mais l'évaluation a posteriori, par référence à des protocoles externes faits par des auditeurs qualifiés. Ce qui implique des systèmes d'information. Là aussi, il y a des leaders français en matière de système d'information, qui sont opérateurs aux États-Unis, à l'étranger, mais qui n'opèrent pas en France. Donc le savoir-faire existe. Le financement de ces réseaux exige la fongibilité des enveloppes. Aujourd'hui, l'extrapolation administrative consiste à extrapoler et à maintenir l'absence de fongibilité entre hôpital et ville. Ce sont par conséquent des blocages plus qu'administratifs, ce sont des blocages conceptuels. C'est-à-dire la difficulté à raisonner autrement.

Assurer le « continuum santé »

La santé est un tout allant de la prévention au traitement et au suivi en passant par le diagnostic. Le *continuum* commence dès avant la naissance et se poursuit jusqu'aux derniers instants de la vie avec parfois une période plus ou moins longue qualifiée de « dépendance » exigeant des soins et services médicaux spécifiques. Ce *continuum* revêt plusieurs volets :
- la dépendance

Les soins et services médicaux relatifs à la dépendance pour maladie chronique, handicap ou grand âge,

relèvent clairement de l'assurance maladie universelle. En revanche, la partie purement sociale, telles les aides au domicile du malade, relève de dispositifs financés et gérés au niveau local.

- Le décloisonnement ville/hôpital

La rupture du continuum au niveau ville/hôpital est une source considérable de gaspillage financier mais aussi un signe de non qualité. Le mode de financement des hôpitaux que préconise l'Institut Montaigne – s'il est mis en oeuvre rapidement – permet aux acheteurs de soins de susciter de véritables réseaux de soins coordonnés ville/hôpital, sans avoir à recourir à des modes de financement spécifiques, comme c'est le cas aujourd'hui, source de bureaucratie et de marginalisation de fait de ces réseaux. Ce décloisonnement par la fongibilité des enveloppes actuelles (ambulatoire/hôpital) devrait donner une véritable impulsion et un surcroît de professionnalisation à l'hospitalisation à domicile.

- L'articulation assurance maladie universelle – assurance supplémentaire

Un nouveau concept va s'imposer, celui d'une protection globale de la santé recouvrant au-delà de l'assurance, de nouveaux modes de services et d'organisation de soins. Cette demande nouvelle concernera une gamme variée de services : information, orientation, prévention, second avis médical, assistance à domicile, etc. La banalisation des réseaux généraux ou par pathologie améliorera la coordination et la continuité des soins.

Si l'on veut aller jusqu'au bout du continuum, le risque ne change pas de nature quand il passe de l'assurance maladie universelle à l'assurance supplémentaire, mais il doit être certainement à imaginer de nouvelles institutions qui pourraient opérer, et ne sont pas nécessairement des assureurs ; ce peut être des institutions médicales qui gèreraient et porteraient le risque. Il y a à expérimenter de nouvelles formes de dispensation de soins où, là, la concurrence jouera sur les producteurs de soins.

Dans ce contexte, à elles seules, ni l'assurance maladie universelle, ni l'assurance supplémentaire, ne pourront répondre à cette demande. C'est pour cette raison, et sans a priori idéologique, qu'il faut sereinement envisager, en tenant compte des situations locales, des mécanismes de délégation de gestion du risque de l'assurance maladie universelle vers l'assurance supplémentaire, et de l'assurance supplémentaire vers l'assurance maladie universelle, voire les deux conjointement vers de nouveaux acteurs, institutions médicales et de service à même de répondre à ces nouvelles demandes. Cette vision, et les actions qui en découlent, sont plus réalistes et plus opératoires que ce que les débats actuels suggèrent sur le sujet (co-paiement, co-responsabilité, etc.).

Conclusion

Le système de santé français est confronté à l'une des plus graves crises de son histoire et il a sans doute épuisé ses possibilités d'évolution dans le cadre qui est actuellement le sien. Ce qui le menace aujourd'hui c'est une dérive lente et continue, sur sa ligne de plus grande pente, vers un état dégradé associant déficit financier, endettement, diminution des taux de couvertures, altération de la qualité, remise en cause de l'équité.

Il est à notre sens urgent d'envisager des ruptures conceptuelles de manière à sauvegarder la philosophie générale d'un système, qui a su, mieux que d'autres, concilier solidarité et liberté. Quelque soient ses mérites et son avenir, la réforme envisagée par le gouvernement actuel ne clôt nullement la question. Au contraire, notre système est clairement engagé aujourd'hui dans un processus de changement continu et de long terme, qu'il faut éclairer et anticiper.

A travers les propositions de l'Institut Montaigne, l'assurance maladie universelle, la couverture santé solidaire et l'hôpital réinventé, nous avons dessiné ce que pourrait être les ruptures paradigmatiques susceptibles d'orienter positivement cet avenir.

Le dossier n'est pas refermé, le débat reste ouvert.

Note

1. Il ne faut plus employer le terme d'assurance complémentaire. Nous préconisons le terme d'assurance supplémentaire qui soit déconnectée de l'assurance maladie universelle.

VERS UNE MUTATION SANS PRÉCÉDENT DU MÉTIER D'ASSUREUR SANTÉ

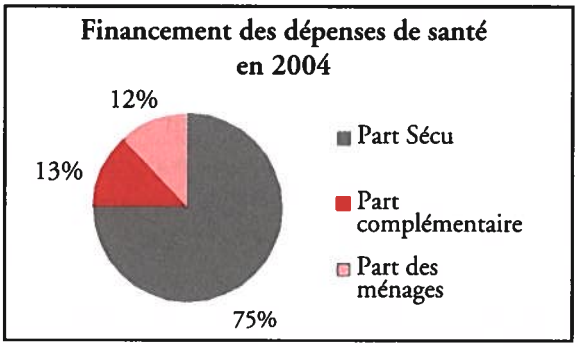
Mathias Matallah

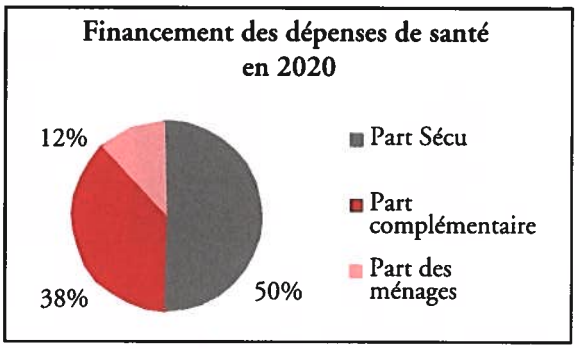
Président, Jalma

Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rendu public cet hiver, met pour la première fois en évidence la réalité du financement des dépenses de santé en France. Il montre clairement que la hausse de ces dépenses ne pourra pas être limitée dans l'avenir à la croissance du PIB. Selon ce rapport, le déficit structurel de l'assurance maladie pourrait atteindre entre 66 et 100 milliards d'euros en 2020 à structure inchangée. Un recours massif à la fiscalité pour résorber une part substantielle de ce déficit paraît d'autant moins envisageable qu'il faudra au même moment financer les régimes de retraite par répartition, qui vont subir de plein fouet les départs à la retraite massifs de la prochaine décennie. Une réduction forte du rythme d'augmentation des dépenses grâce à des mesures de maîtrise médicalisée, piste privilégiée par le gouvernement actuel dans ses projets de réformes, est quant à elle peu probable dans la mesure où les exemples étrangers montrent que de telles démarches se heurtent rapidement à l'hostilité des assurés et qu'elles sont de surcroît très difficiles et très longues à mettre en œuvre.

Il faut donc se faire à l'idée que la santé absorbera près de 15 % de la richesse nationale en 2020, contre 10 % actuellement, et que son financement évoluera de manière radicale pendant cette période. Si la part financée par l'impôt est, comme nous l'avons vu, condamnée à décroître, il paraît en effet peu probable que le différentiel soit pris en charge directement par les ménages. C'est donc le secteur de l'assurance volontaire, complémentaire ou au premier euro selon les cas, qui va se développer de façon spectaculaire et qui pourrait quintupler de taille dans les quinze prochaines années, passant (en euros constants) de 20 à plus de 100 milliards d'euros de prestations remboursées dans un scénario probable, et de 13 à 38 % du total des dépenses de santé.

Le rapport du Haut Conseil et le projet de loi présenté par le gouvernement fin mai donnent quelques indications sur la manière dont ce transfert de charges à





l'assurance santé va être organisé. Le cœur du dispositif actuel, la prise en charge des personnes les plus malades (atteintes d'une affection longue durée) et celle des personnes en situation de précarité économique (bénéficiaires de la CMU, invalides etc.), serait préservé, au moins partiellement. En contre-partie, la couverture santé des autres assurés serait progressivement transférée vers l'assurance santé. Pour éviter un phénomène de démutualisation massive, la couverture santé complémentaire deviendrait au moins partiellement obligatoire, comme c'est déjà le cas pour de nombreuses autres assurances et pour les régimes complémentaires de retraite.

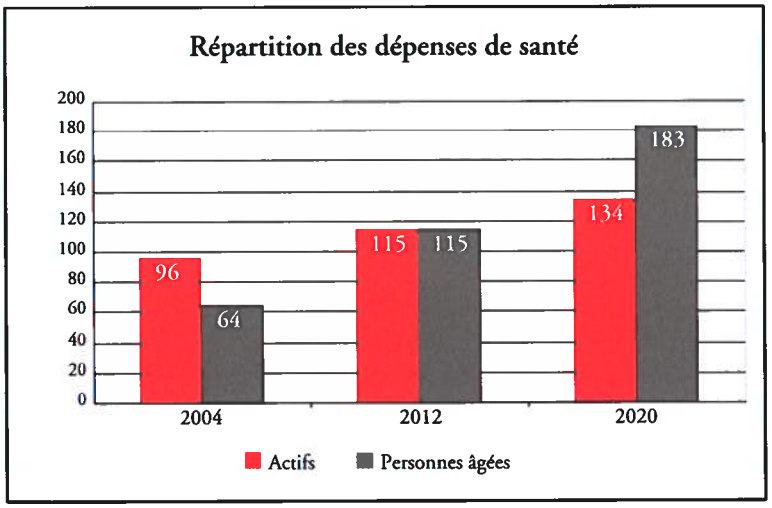
Les conséquences macroéconomiques de cette évolution seront considérables. Hors financement du régime obligatoire, la part des dépenses de santé dans le budget des ménages passerait de 3 à 10 % dans le scénario esquissé, ce qui signifie qu'une grande partie des gains salariaux de la période leur seraient affectés. C'est une situation qui existe déjà aux États-Unis, où le financement des dépenses de santé est depuis longtemps comptabilisé dans les évolutions de salaires.

La révolution du vieillissement

Le vieillissement est paradoxalement le grand absent du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. L'excellente étude de la Cnam sur ce sujet figure certes en annexe mais elle ne fait l'objet que de très peu de développements dans le corps du texte. La raison en est sans doute que ce sujet est encore tabou dans une société obsédée par le jeunisme et que ses conséquences sont bien trop explosives pour faire l'objet d'un large consensus. Que savons-nous aujourd'hui avec certitude des conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé ? D'une part, que vieillissement et explosion des affections de longue durée (ALD) vont de pair. Au-delà de soixante-quinze ans, notamment, une personne sur deux est en ALD et la proportion croît ensuite exponentiellement. D'autre part, que la croissance des dépenses des personnes de plus de soixante ans est beaucoup plus rapide que celle du reste de la population, ce phénomène étant d'ailleurs étroitement lié au premier.

Ces ingrédients vont conduire d'ici 2020 à une modification en profondeur de la répartition des dépenses de santé entre actifs et personnes âgées. Vingt pour cent des plus de soixante ans consomment aujourd'hui 40 % des dépenses. En 2020, 27 % des plus de soixante ans pourraient consommer, dans un scénario conservateur, près de 60 % des dépenses. Et une proportion encore bien plus importante dans un scénario, qui ne peut être écarté, d'accélération sensible ou de sous-estimation actuelle (compte tenu du peu de statistiques disponibles) de l'effet dit de générations.

Ce transfert massif de charge des actifs vers les inactifs aura des conséquences multiples pour les assureurs santé. Même en admettant que les personnes âgées les plus consommatrices resteront prioritairement couvertes par le régime obligatoire, dans le cadre du régime ALD, leur reste à charge va considérablement augmenter d'ici 2020. Selon nos projections, il augmentera deux fois plus vite que celui des actifs (près de 14 % en moyenne contre moins de 7 % en euros constants), ce qui en fera le principal vecteur de croissance de l'assurance santé. Les acteurs du secteur doivent donc se préparer à gérer dans l'avenir des risques plus lourds et plus fluctuants qu'aujourd'hui.



D'une manière plus générale, les conséquences de la révolution du vieillissement constituent l'inconnue majeure des scénarios du financement futur des dépenses de santé. Elles vont rendre obsolètes à brève échéance les mécanismes de financement actuels, qui reposent essentiellement sur la contribution des actifs. En effet, environ 80 % de l'augmentation des dépenses de santé d'ici 2020 seront le fait des retraités, dont la participation au financement devra augmenter dans des proportions énormes si l'on veut éviter un choc de générations. Il est très difficile d'anticiper les formes que prendra cette participation, mais il est d'ores et déjà acquis qu'elle ne pourra pas se limiter à une multiplication par huit ou par dix des cotisations complémentaires, qui restreindrait drastiquement l'accès aux soins des personnes âgées aux revenus modestes. L'assurance santé doit donc se préparer à une véritable révolution du financement des soins, qui peut avoir des conséquences énormes sur la nature même de leur offre.

La primauté annoncée de l'assurance santé individuelle

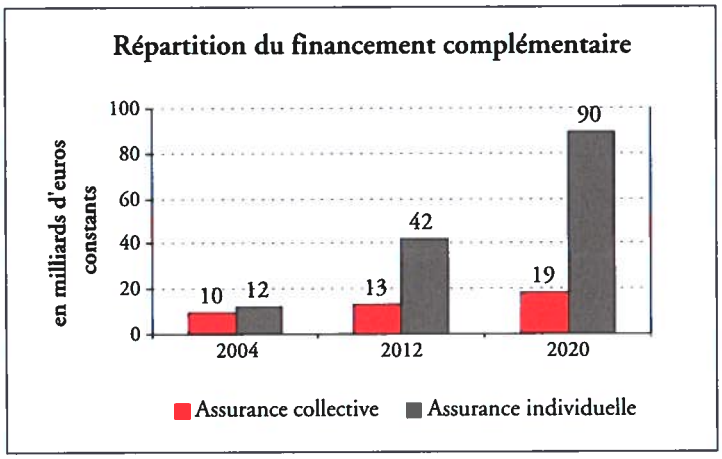
Contrairement aux idées reçues, c'est vraisemblablement le secteur de l'assurance santé individuelle qui connaîtra la plus forte croissance. En effet, l'assurance collective n'est qu'un sous-produit du contrat de travail et le rattachement de la protection sociale à l'entreprise n'a de sens que si la proportion de contrats à durée indéterminée est forte et le turnover des salariés faible. Or, force est de constater que la création d'emplois se fait de plus en plus au travers de contrats précaires (intérim, CDD, portage salarial), voire d'activité non salariée. Cette évolution va entraîner un déclin progressif de la couverture collective, qui ne concernera plus qu'un noyau dur de salariés stables.

Les plus récentes négociations collectives dans les grands groupes montrent par ailleurs que les entreprises excluent généralement de prendre en charge l'inflation résultant des désengagements du régime obligatoire. La part patronale est le plus souvent plafonnée et indexée dans les cas les plus favorables sur l'évolution des dépenses de santé, le différentiel d'inflation venant gonfler la part salariale. Les dépenses les moins bien maîtrisées (dentaire, optique etc.) sont transférées sur des régimes surcomplémentaires, sans participation de l'entreprise, qui sont déjà de facto individualisés. La participation des employeurs dans les régimes collectifs de santé de leurs salariés pourrait ainsi baisser, si cette tendance se confirme, de plus de moitié d'ici 2020.

La disparition programmée du statut fiscal privilégié de l'assurance collective devrait accélérer le déclin de cette forme de couverture. Les mécanismes de mutualisation sur lesquels elle repose, qui conduisent les jeunes salariés à financer la couverture de leurs aînés et les célibataires celle des familles, ne sont en effet concevables que dans un cadre fiscal avantageux, permettant de limiter ces contributions. Une fois ce cadre remis en cause, la pression sera forte pour que chacun contribue en fonction de son risque effectif dans un cadre individuel, l'entreprise ne jouant plus dans le meilleur des cas qu'un rôle de centrale d'achat. Le processus sera d'autant plus rapide qu'il a déjà été engagé avec les limitations de déduction fiscale introduites dans la loi de finances 2004 et que le gouvernement s'est implicitement engagé à mettre en place, dans le cadre de la réforme envisagée, un statut fiscal unique pour toutes les formes d'assurance santé.

Le vieillissement de la population devrait également amplifier le phénomène d'individualisation de l'assurance santé. Les salariés retraités bénéficient aujourd'hui théoriquement du dispositif de maintien dans les contrats collectifs prévu par la loi Évin. Dans la pratique, ce dispositif fonctionne très imparfaitement et une majorité de retraités est déjà orientée vers des couvertures totalement ou partiellement individualisées. Dans les années à venir, les départs massifs à la retraite, couplés avec une fiscalité moins favorable, vont vraisemblablement conduire à un désengagement encore plus marqué des entreprises et à une remise en cause de la législation actuelle, encore particulièrement favorable aux retraités.

Le scénario que nous privilégions est donc celui d'une assurance collective limitée dans l'avenir à son périmètre actuel et qui ne croîtra pas plus vite que les dépenses de santé, la différence étant gérée dans un cadre individuel ou semi-individuel (intervention de l'entreprise limitée à la collecte des adhésions et des cotisations). Ce scénario est raisonnable dans la mesure où il ne prend pas en compte les phénomènes de désalarisation, qui peuvent amplifier le transfert mais qui sont difficiles à chiffrer actuellement. Il conduit à l'accroissement de la part de l'assurance individuelle, qui passerait de 55 % aujourd'hui à plus de 80 % en 2020.



Il existe bien entendu un scénario alternatif beaucoup plus favorable à l'assurance collective. Il est en effet envisageable de généraliser la couverture collective et d'intégrer formellement l'augmentation des cotisations de santé dans les négociations salariales. Ce scénario implique, au contraire de ce qui est envisagé actuel-lement, le maintien d'une fiscalité très favorable. Il présente l'avantage de rendre beaucoup plus indolore pour les salariés la hausse inévitable de leur participation au financement. Son principal inconvénient est qu'il suppose que les entreprises restent profondément engagées dans la couverture de leurs anciens salariés, ce qu'elles ne souhaitent pas. C'est principalement pour cette raison, qui est une conséquence directe de la révolution du vieillissement évoquée plus haut que nous estimons ce scénario peu vraisemblable.

L'élargissement du champ concurrentiel

Le développement de l'assurance santé individuelle annoncé dans le chapitre précédent s'accompagnera vraisemblablement d'un élargissement sans précédent du champ concurrentiel. Le développement très rapide de la couverture complémentaire entraînera, comme cela a été le cas pour l'épargne dans les années 1980, l'arrivée de nouveaux entrants et une modification substantielle du paysage concurrentiel. Il est encore trop tôt pour caractériser ces nouveaux entrants mais il est déjà probable que les réseaux bancaires joueront un rôle plus important qu'aujourd'hui. Il est même parfaitement envisageable que des formules de crédit ou d'épargne se substituent partiellement aux couvertures d'assurance actuelles, notamment dans les domaines difficilement assurables par nature (compte tenu de l'influence du niveau de couverture sur la consommation).

La fiscalité aura un impact déterminant sur la position concurrentielle des différents acteurs. Ainsi, l'évolution, liée en grande partie à celle de la fiscalité, de la répartition entre assurance individuelle et collective dans le sens indiqué plus haut mettrait la mutualité, dont l'assurance individuelle est le cœur de métier, en position de force par rapport aux assureurs et institutions de prévoyance qui dominent le marché de l'assurance collective. A contrario, l'individualisation des avantages fiscaux, qui semble inéluctable, placerait la même mutualité en concurrence frontale avec les réseaux bancaires, dont les guichets se sont spécialisés dans la commercialisation de produits de défiscalisation simples.

Les changements les plus profonds dans le paysage concurrentiel résulteront néanmoins de l'explosion du marché des seniors. Cette population, jusqu'ici essentiellement couverte par le régime obligatoire,

n'est pas encore un axe stratégique majeur pour les acteurs traditionnels. La mutualité en couvre certes l'essentiel, mais plus par défaut que dans le cadre d'une démarche proactive. Les assureurs et les institutions de prévoyance la considèrent encore comme un risque médiocre et ne la prennent en charge que contraints et forcés. Les réseaux bancaires, qui en ont fait une cible privilégiée compte tenu de sa très forte capacité d'épargne, pourraient ainsi, là encore, tirer les marrons du feu.

Comme on le constate, tous les ingrédients d'un élargissement du champ concurrentiel sont liés. Le développement du marché va attiser les convoitises et accélérer l'arrivée de nouveaux entrants et de formes de couverture alternatives. Le vieillissement de la population assurée et l'évolution de la fiscalité conduisent à un modèle d'assurance individuelle particulièrement favorable à la mutualité, mais dans lequel les banques pourraient s'inviter avec des arguments sérieux. Une fiscalité différente peut elle-même favoriser les formules de crédit par rapport à l'assurance santé actuelle. Un seul point semble aujourd'hui acquis : ce sont les acteurs de l'assurance collective qui sont clairement les plus menacés et qui doivent se préparer aux évolutions les plus radicales.

La disparition des secteurs protégés

Au-delà des régimes collectifs des salariés, ce sont toutes les formes de couverture collective qui vont se trouver dans l'œil du cyclone. Ainsi, la couverture santé des fonctionnaires, assurée par leurs mutuelles historiques (MGEN, MG, MNH, MNT, MFP...) pourrait connaître des changements significatifs. En effet, cette couverture est collective dans les faits sans toutefois bénéficier du caractère obligatoire et des avantages fiscaux de celle des salariés. Or, la moitié des fonctionnaires actuellement en poste vont partir à la retraite dans les dix années à venir et toutes les enquêtes d'opinion montrent que ceux qui les remplaceront seront plus individualistes et plus enclins à faire jouer la concurrence.

Le secteur des TNS, qui est encore aujourd'hui dominé par des professions fortement structurées (avocats, médecins, experts-comptables, commerçants traditionnels...) dont la protection sociale complémentaire est largement organisée sur des bases corporatistes, est encore plus exposé. Dans la mesure où l'essentiel de l'accroissement futur de cette population concernera de nouveaux métiers en périphérie des entreprises, dont la protection sociale est beaucoup plus individualisée, les barrières à l'entrée évoquées ci-dessus ne concerneront plus dans quinze ans qu'une minorité d'indépendants. L'abandon progressif par les acteurs traditionnels de ce marché de la gestion du régime obligatoire des TNS devrait même en accélérer l'ouverture à la concurrence la plus large.

Le renouveau de la mutualité

La mutualité est aujourd'hui à la croisée des chemins. Nous avons vu qu'elle serait avantagée dans l'avenir par l'individualisation des couvertures mais qu'en revanche elle affronterait vraisemblablement une concurrence accrue des banques et qu'elle serait plus vulnérable qu'aujourd'hui dans certains de ses fiefs traditionnels. Dans la mesure où elle détient près de 60 % de parts de marché, la manière dont elle va gérer ce positionnement ambigu est l'un des facteurs déterminants de l'évolution de l'environnement concurrentiel des quinze prochaines années.

Il y a deux ans encore, l'érosion progressive des positions de la mutualité paraissait inéluctable. La réforme du Code de la mutualité et la banalisation assurantielle des mutuelles paraissaient devoir accélérer un lent déclin entamé dans les années 1970 (voir l'analyse qui en avait été faite dans le « Panorama de l'assurance santé 2002 »). Trop morcelée, très en retard dans sa modernisation informatique et comptable, la mutualité ne paraissait plus en mesure de faire face à la concurrence d'assureurs et d'institutions de prévoyance

plus concentrés, plus puissants financièrement et plus efficaces sur le plan opérationnel.

L'observation des deux dernières années montre une réalité beaucoup plus nuancée. La concentration de la mutualité est en cours et la diversité des modalités utilisées (fusions pures et simples, création d'unions, regroupement des moyens informatiques dans des GIE, constitution des premiers groupes mutualistes) permet au bout du compte de surmonter plus facilement que prévu les obstacles, notamment politiques, aux rapprochements. Au rythme actuel, la mutualité devrait faire dans la prochaine décennie le même chemin que les Caisses d'épargne dans les années 1980 et 1990 et il ne devrait subsister à terme guère plus d'une vingtaine de groupes mutualistes. La remise à niveau opérationnelle (informatique et comptable) allant généralement de pair avec la montée en taille, les écarts de performances avec les autres opérateurs d'assurances devraient ainsi se résorber progressivement.

La concentration de la mutualité s'accompagne d'un renouveau du positionnement institutionnel dont les effets commencent à être perceptibles. Longtemps handicapée par le déclin de la classe ouvrière, qui était sa clientèle historique, et par le développement continu des couvertures collectives d'entreprise, la mutualité interprofessionnelle bénéficie aujourd'hui à plein de la désintégration du marché du travail et de l'explosion du travail précaire évoquées plus haut. Elle y gagne de très nombreux nouveaux adhérents mais aussi un nouveau territoire institutionnel, plus adapté à la société française actuelle.

Plus concentrée, plus professionnelle, relégitimée par l'évolution du marché du travail, la mutualité s'annonce donc comme un compétiteur redoutable pour les années à venir. Si, ce qui est probable, la fiscalité devient plus favorable à l'assurance individuelle dans les mois à venir, elle en sera la principale bénéficiaire et devrait gagner des parts de marché à court terme. Il lui reste cependant à démontrer dans ce cas de figure que la fiscalité n'est pas, à moyen terme, un cheval de Troie pour les banques et un facteur de déclin pour tous les opérateurs traditionnels.

L'IMPLÉMENTATION DES RÉFORMES DES SYSTÈMES D'ASSURANCE SANTÉ

Mathieu Baratas

Doctorant, université de Paris-Dauphine

Manuel Plisson

Doctorant, université de Paris-Dauphine

L'augmentation des dépenses de santé fait peser des incertitudes quant à la viabilité budgétaire des systèmes d'assurance santé. Depuis une dizaine d'années, l'ensemble des pays européens ont entamé des réformes de leur système de protection sociale, afin d'endiguer cette montée inexorable des dépenses. À l'aune de ces différentes expériences, qu'est-ce que la France peut apprendre des différentes réformes menées dans l'ensemble des pays européens mais aussi et surtout des différences dans l'implementation de ces réformes qui apparaît de plus en plus comme la condition de leur efficacité. Cet article s'interesse donc aux outils techniques susceptibles de réformer notre assurance santé mais privilégie également une approche institutionnelle.

Un même constat face à l'augmentation des dépenses de santé

Les systèmes de santé européens sont aujourd'hui confrontés à un même facteur déséquilibrant : l'augmentation des dépenses de santé. C'est un phénomène global et durable dans l'ensemble des pays européens qui représente une part de plus en plus importante du PIB. Les dépenses augmentent plus vite que les recettes, occasionnant ainsi des déficits chroniques qui menacent la viabilité économique de l'ensemble des systèmes d'assurance santé.

L'explication de cette hausse des dépenses de santé nous amène à distinguer deux types de raisons.

Des raisons exogènes aux systèmes d'assurance santé

Plusieurs raisons exogènes aux systèmes d'assurance santé peuvent encourager notamment l'augmentation de la demande de soins.

L'élévation du niveau de vie

L'élévation continue du niveau de vie dans les pays européens se traduit par une demande accrue de soins. La santé étant considérée comme un bien supérieur, au sens d'Engel, sa consommation croît encore plus vite que le revenu disponible. La priorité donnée à la santé semble légitime et inévitable dans les sociétés ayant

Tableau 1 : Évolution des dépenses de santé

	Dépenses totales de santé en pourcentage de PIB		
	1980	1990	2001
France	/	8,6	9,5
Allemagne	8,7	9,9	10,7
Suède	8,8	8,2	8,7
Royaume-Uni	5,6	6,0	7,6

Source OCDE 2003

atteint un niveau de vie élevé. D'ailleurs, les dépenses de confort en matière de santé augmentent fortement.

◆ Le vieillissement de la population européenne

La caractéristique commune à l'ensemble des pays est la prise en compte du vieillissement de la population comme facteur déséquilibrant des systèmes de santé. Le vieillissement démographique est un phénomène de plus en plus visible en Europe comme le souligne le rapport de l'OCDE[1]. Or, les dépenses de santé croissent avec l'âge de manière « significative, mais non explosive »[2]. En dépit des nuances que certaines études peuvent apporter sur l'intensité de cette corrélation[3], l'augmentation du nombre de visites chez le médecin pour les retraités et l'accroissement des pathologies lourdes comme le cancer exercent véritablement une pression à la hausse sur la demande de soins. Parallèlement, l'accroissement du progrès technique médical, qui améliore la qualité des soins, tend à renforcer cette corrélation.

■ Des raisons endogènes au système d'assurance santé

Il existe des raisons endogènes qui permettent d'identifier d'autres facteurs d'accroissement des dépenses.

◆ Une triple relation d'agence coûteuse

La spécificité de la gestion du risque santé s'articule autour d'une triple relation d'agence médecin-assureur-patient[4] . Le système d'assurance santé devient ainsi un intermédiaire qui déresponsabilise l'offre et la demande de soins. La relation d'agence entre le médecin et le patient entraîne ainsi des asymétries informationnelles mettant en jeu à la fois des comportements d'anti sélection et d'aléa moral[5] . En effet, seul le médecin est détenteur de la compétence concernant le diagnostic et les soins dont la qualité est inobservable par le patient. Cette asymétrie donne un pouvoir au médecin qui peut induire la demande de soins[6]. Dans la même logique, la relation entre l'assureur et l'assuré est distendue. L'assurance, privée ou publique, incite l'usager-patient à consommer davantage qu'il ne le ferait s'il devait en assumer le coût dans son intégralité[7]. Ainsi, la logique propre à l'assurance santé entretient les conditions d'une augmentation des dépenses de santé.

◆ Des systèmes de santé qui incitent à la dépense

Certains modes de fonctionnement et d'organisation des systèmes de soins et de prises en charge incitent à une surconsommation. Par exemple, les médecins peuvent être amenés à multiplier les actes médicaux dans le cadre de la rémunération à l'acte afin d'augmenter leurs propres revenus. Selon une étude de l'OCDE, ce système de rémunération accroît les dépenses de santé de 11 % par rapport à d'autres modes de rémunération[8]. Les modes de rémunération et la liberté d'exercice laissée aux médecins peuvent favoriser des comportements fondés sur des intérêts économiques qui trouvent un écho dans la relation d'agence asymétrique avec le patient.

La conjugaison de ces deux phénomènes, exogènes et endogènes, est un terreau favorable à la dérive des dépenses de santé et menace à terme la pérennité des systèmes d'assurance santé européens.

Autant de systèmes d'assurance santé que de pays

L'ensemble de ces systèmes repose sur des priorités identiques notamment pour garantir la qualité des soins et l'accès aux soins pour tous. Mais, pour répondre efficacement à ces objectifs, chaque pays propose des procédures différentes. À partir de là, ces différences se traduisent par l'hétérogénéité des institutions de prise en charge des soins. Trois systèmes de santé coexistent en Europe.

◆ Les systèmes nationaux de santé

Les systèmes nationaux de santé, d'inspiration bévérid-gienne, assurent un accès quasi gratuit aux soins pour l'ensemble des individus. L'offre de soins est financée par l'impôt et organisée par l'État. L'univer-salité de la couverture maladie est ainsi garantie. Les pays européens con-cernés sont la Suède, la Norvège, le Danemark, la Finlande, la Grande-Bretagne, l'Italie et l'Espagne.

◆ Les systèmes d'assurance maladie

Les systèmes d'assurance maladie, d'inspiration bismarckienne, sont caractérisés par une offre de soins en partie privée et en partie publique. Les dépenses de santé sont prises en charge par différentes caisses d'assurance maladie et financées par les cotisations sociales. Les pays européens concernés sont l'Allemagne, la Belgique, la France et l'Autriche.

◆ Les systèmes libéraux de santé

Les systèmes libéraux de santé laissent une place résiduelle à un dispositif de protection sociale. Une grande partie des individus ont recours à une couverture privée financée par les employeurs alors que les catégories sociales les plus pauvres ou les plus âgées bénéficient seulement d'une couverture publique. Les pays européens concernés sont l'Irlande et certains pays d'Europe centrale et orientale.

La diversité des systèmes de santé implique aussi des mesures et des régulations différentes. Chaque système a tendance à privilégier certains objectifs plutôt que d'autres en matière d'égalité d'accès, de maîtrise des dépenses, de qualité de soins et de performance médicale.

Vers un modèle de réforme européen ?

On observe une forte similitude dans les outils mobilisés pour contenir les dépenses de santé. La question est de savoir si cette similitude contribue à l'émergence d'un modèle d'assurance santé européen.

■ Des outils communs

◆ L'introduction de la concurrence en assurance santé

L'ensemble des réformes a privilégié « une tendance commune à la libéralisation des systèmes de santé »[9] pour en améliorer l'efficacité et réguler davantage les dépenses. L'Allemagne et les Pays-Bas ont ainsi développé une assurance concurrentielle. La concurrence doit permettre d'atteindre une meilleure gestion du risque avec une qualité accrue et des coûts inférieurs, ce qui devrait responsabiliser davantage l'individu dans ses décisions. Par exemple, aux Pays Bas, dans le cadre de la réforme Dekker-Simmons, l'assurance santé est organisée en trois étages. Seule une partie des dépenses de santé est soumise à la concurrence (20 %), ce qui limite la portée de la réforme. De fait, l'assuré cotise à une caisse centrale avant de choisir un organisme de santé, auquel la caisse centrale et l'assuré versent une cotisation. Les organismes doivent alors maîtriser les coûts et réguler l'offre de soins. L'introduction de la concurrence est cependant un principe qui remet en cause certaines priorités des systèmes de santé comme l'équité. Elle nécessite également des mécanismes de régulation efficaces, notamment pour prévenir la sélection des

risques, et permettre aux consommateurs de faire jouer la concurrence[10].

◆ La modification des incitations financières

L'usager est davantage mis à contribution par l'augmentation des tickets modérateurs, des cotisations sociales et des impôts. Le but est de responsabiliser le patient en modifiant son comportement par l'existence d'une contrepartie financière désincitative. Ainsi, en Allemagne, les mesures prises par le gouvernement de G. Schröder, dans le cadre général de l'agenda 2010 d'une réforme de la protection sociale, organisent dans son ensemble un transfert de charge des cotisations sociales des employeurs vers les usagers par l'intermédiaire d'une augmentation des tickets modérateurs déjà existants – notamment pour les médicaments (10 % du prix) et le forfait hospitalier qui passe de 9 à 10 €. La réforme prévoit aussi l'introduction d'un ticket modérateur sur la médecine de ville (honoraires). De plus, la structure de financement des soins est remaniée pour introduire de nouvelles ressources comme l'impôt (taxe sur le tabac) et les cotisations des retraités pour financer les soins de longue durée. Cependant, l'extension des complé-mentaires rend souvent caduc le recours au ticket modérateur pour ralentir le rythme des dépenses. La participation accrue des usagers les responsabilise davantage dans leurs dépenses et permet de lutter efficacement contre les compor-tements d'aléa moral.

◆ La rationalisation des dépenses de santé par la maîtrise des coûts

Certains pays comme la Grande-Bretagne et la Suède ont choisi de rationner l'offre de soins et de créer les conditions d'une pénurie. D'un point de vue financier, les ressources affectées en Suède à la santé ont diminué pour être fortement régulées. Les consé-quences ont été une réduction de l'offre hospitalière et un redé-ploiement des moyens vers les soins ambu-latoires et à domicile. C'est ainsi que la faible densité médicale, moins de 0,5 médecin et 2,5 lits hospitaliers pour 1000 habitants – le taux le plus bas en Europe – a créé un phénomène de file d'attente. Cet outil reste efficace pour diminuer le taux de croissance des dépenses de santé comme en Grande-Bretagne, mais son écueil est de produire un système « pénurique »[11].

Ces outils tentent de réguler l'offre et la demande de soins afin de préserver l'équilibre entre les recettes et les dépenses. De nombreuses mesures convergent vers les mêmes priorités, comme la maîtrise des dépenses de santé et la responsabilisation des acteurs, au détriment parfois de l'accès aux soins et de leur qualité. Ces mesures nécessitent de consolider un nouvel équilibre en conciliant qualité des soins, égalité d'accès aux soins et viabilité financière du système de santé.

■ Des processus de réforme avancés

De nombreuses réformes plus ou moins avancées des systèmes d'assurance santé ont été engagées dans plusieurs pays européens. Les blocages institutionnels pour réformer les systèmes d'assurance santé existent bel et bien, ce qui justifie un panorama des expériences étrangères en matière d'adaptation de l'assurance santé.

◆ L'Allemagne : un processus de décision simplifié

Si le système allemand est très proche du système français, la grande différence est la décentralisation organisée au niveau des régions. Le régime est ainsi co-géré par des caisses professionnelles locales et par les unions régionales des médecins. Le système crée les conditions d'une responsabilité collective et d'une capacité de contrôle de l'ajustement de la dépense à la ressource.

Au-delà des mesures, la méthode de G. Schröder pour mettre en œuvre sa réforme a remis en cause le principe de cogestion. En imposant une réforme à un rythme effréné, elle s'est dégagée des règles du dialogue institutionnel, tradition historique de la société allemande. Ainsi, les mesures, qui consistent essentiellement à faire payer davantage les actifs et les retraités, annoncées en octobre, ont été soumises à l'approbation du *Bundestag* en novembre 2003 et ont été appliquées dès le 1er janvier 2004. La méthode a laissé peu de marge à la négociation. L'absence de procédures qui organisaient une éthique de la négociation par l'intermédiaire du dispositif existant a deux effets : elle affaiblit le caractère démocratique de la méthode, mais favorise en même temps sa réalisation malgré les réticences des médecins, des usagers et de l'opposition

politique. Cependant, il plane un doute sur l'efficacité de ces mesures qui auraient dû s'accompagner d'une adhésion forte des acteurs du système de santé, pour produire pleinement leurs effets.

◆ Suède : une réforme insatisfaisante au yeux des usagers

Le système de santé suédois est justement considéré comme l'un des plus efficaces en termes de qualité et d'accès aux soins. Le système d'assurance santé, national dans son financement mais déconcentré dans sa gestion, est confronté à une crise sociale depuis les années 1990 si bien que le système de santé suédois privilégie une maîtrise des coûts et des budgets ainsi qu'une ouverture partielle à la concurrence. Cette déconcentration donne plus de réactivité au système d'assurance pour appliquer ces mesures d'austérité. Cependant, les listes d'attentes de plus en plus importantes ainsi que les suppressions de service d'urgence sont mal vécues. Ces deux conséquences obèrent l'efficacité de la réforme. En réponse, l'insatisfaction des usagers-patients illustre une réelle incompréhension des mesures. L'exemple suédois souligne simplement la difficulté de réformer un système de santé sans prendre en considération les critères de satisfaction et de bien-être des usagers. Le changement de logique qui introduit plus de concurrence et de rationalisation entre en conflit avec les critères sociaux, sanitaires et économiques de l'assurance santé. Surtout, ce conflit crée une distorsion entre la stratégie de la réforme du système de l'assurance santé, ses principes et les demandes et attentes des usagers-patients.

◆ Les Pays-Bas : un partenariat privé-public à promouvoir

La réforme Dekker-Simmons s'est traduite par la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie et par la suppression de l'obligation de contracter avec des professionnels de santé. La mise en œuvre de la réforme dépend de « l'acceptation de celle-ci par les professionnels de santé »[12]. Cette acceptation nécessite de puissants mécanismes de régulation. Dans le cas contraire, ils peuvent limiter la portée d'action des caisses d'assurance maladie. Il est nécessaire de passer par un partenariat institutionnel privé-public pour favoriser l'exécution privée des mesures dans un cadre encore public. La sous-estimation des capacités de blocage des professionnels de santé peut freiner l'implémentation de la réforme et donc son efficacité.

Maîtriser les dépenses de santé n'est pas seulement un problème technique et financier. C'est aussi et surtout un problème institutionnel

Quel outil pour mettre en œuvre une réforme de l'assurance santé ?

Il s'agit de réfléchir sur la façon de réformer grâce à des outils théoriques empruntés à l'économie de la décision.

Une chaîne de prise de décision à clarifier

Il est intéressant d'établir une typologie des modes de prise de décision au moment de la réforme des systèmes de santé.

◆ Le système d'assurance santé, un système coopératif

La question de la répartition résultant de la coopération entre les acteurs du système de l'assurance santé – la Sécurité sociale, les assureurs privés, l'offre de soins et les usagers – se traduit par une certaine défiance ; mais chaque acteur ne veut pas que les autres tirent plus de bénéfices de cette coopération que lui. Dans la mesure où les acteurs peuvent avoir des intérêts communs, ils sont amenés, dans et même en dehors du dispositif institutionnel, à coopérer en amont pour prendre et appliquer des décisions communes. Il apparaît un jeu coopératif où les acteurs se regroupent pour former des coalitions. Ce problème est d'autant plus présent qu'il est impossible de mesurer les effets agrégés de la participation des acteurs de la santé sur le bien-être. La façon dont les rentes sont distribuées

entre les acteurs est fonction de leurs pouvoirs relatifs de négociation.

◆ Le recours à la valeur de Shapley

Afin de formaliser la structure du pouvoir dans ce problème de négociation multilatérale, on peut le modéliser comme un jeu coopératif et on applique un concept de solution axiomatique, en l'occurrence la valeur de Shapley[13]. La valeur de Shapley est couramment utilisée dans l'analyse des jeux coopératifs pour partager le pouvoir entre des groupes d'acteurs. Cette méthode cherche à identifier la valeur pour chacun des acteurs en termes de pouvoir de négociation. On considère un ensemble N constitué de n joueurs qui doivent prendre des décisions dans des « rapports de pouvoir ». Ces joueurs peuvent se regrouper pour former des coalitions (ce sont des sous-ensembles S de N) qui s'approprient une partie du pouvoir et le redistribuent entre leurs membres. On suppose données les forces de chaque coalition, sous la forme de la *fonction caractéristique* v. Si S est une coalition quelconque, $v(S)$ représente la part de surplus que S peut obtenir sans recourir à un accord avec les autres joueurs (qui sont membres de la coalition complémentaire N-S). La question à résoudre est la suivante : comment doit-on partager le pouvoir entre les n joueurs ? La valeur de Shapley du joueur i dans le jeu donné par la fonction caractéristique v est la part du surplus qu'il convient de lui attribuer. Elle est donnée par la formule suivante :

$$\phi_i(v) = \frac{1}{n} \sum_{s \subseteq n-i} \frac{1}{\binom{n-i}{|s|}} (v(s \cup \{i\}) - v(s))$$

On remarquera que :

$$(v(s \cup \{i\}) - v(s))$$

est la contribution marginale du joueur i à la coalition S. La valeur de Shapley est donc une moyenne pondérée des contributions du joueur i à chacune des coalitions possibles. Ce concept présente plusieurs avantages car il définit une solution de manière unique et par une formule analytique ; on peut montrer que c'est le seul qui satisfasse des axiomes assez naturels de symétrie et de linéarité. Le calcul de la valeur de Shapley peut constituer une base de réflexion sur la façon dont les acteurs formalisent des stratégies de coalition en fonction de leurs intérêts et de leur capacité à impulser des décisions au regard de leur pouvoir. La valeur de Shapley a déjà été utilisée afin de mieux comprendre les prises de décision au sein du parlement ou de l'union européenne, dans la mesure où ces instances sont caractérisées par un grand nombre d'acteurs aux intérêts divergents. Le système de santé étant composé d'un grand nombre de groupes (usagers, médecins, syndicats, État, etc.), il pourrait être intéressant de recourir à ce cadre conceptuel, afin d'essayer de minimiser les possibles blocages institutionnels.

Le *design* institutionnel du système d'assurance santé permet-t-il actuellement de former des coalitions pour implémenter des décisions ? Non, aussi s'agit-il finalement, à travers le calcul de la valeur de Shapley, de dégager les caractéristiques des procédures de décisions de manière à guider l'élaboration de réformes adaptées.

■ L'implémentation d'une réforme : l'impératif démocratique

Le système de santé en France, en vigueur depuis 1945, semble encore dans une phase d'apprentissage qui passe par une capacité d'adaptation. Les déficits démocratiques et économiques du système d'assurance santé paraissent appeler deux propositions : d'une part, une démocratisation des institutions, et, d'autre part, une formalisation de la stratégie.

◆ Le système d'assurance santé, une institution incitative

Le système d'assurance santé se présente comme une institution. À suivre la définition des institutions donnée par R. Solow[14], le système d'assurance santé s'attache à ancrer les incitations des acteurs. Ce processus de formation des incitations met en exergue le rôle d'éducation du système de santé au sein d'un régime socialisé. Pour le dire autrement, l'assurance santé ne parvient à forger les incitations qu'une fois obtenue l'acceptation du public. Cette acceptation requiert au préalable une compréhension de l'action du système de

santé. Les procédures de responsabilisation participent de cette construction d'une compréhension mutuelle entre le système de santé et les usagers-patients. Sur l'ancrage des incitations, l'analyse de J-J Laffont et de J. Tirole (1993) pourrait permettre de comprendre la difficulté de concilier efficacité et incitation dans le cadre de l'assurance santé en raison de la multitude d'acteurs. De même, les procédures de communication concourent à l'explication des décisions et des priorités de politique de santé. Les communications du système de santé rendent compréhensibles ses actions parce que « expliquer plus, c'est comprendre mieux »[15]. Les procédures de responsabilisation, de transparence et de communication conduisent à l'ancrage des incitations, car elles mettent le système de santé en adéquation avec les principes démocratiques. Principes, procédures et performances apparaissent ainsi comme les conditions de la pérennité de l'assurance santé dans une société démocratique. La prise en compte des niches de négociations et de pouvoir des différents acteurs par l'intermédiaire de la valeur de Schapley pourrait être ainsi une première étape à une implémentation réussie de la réforme de l'assurance santé.

◆ La clarification de la stratégie par la communication

La communication vise la clarification de la stratégie du système d'assurance santé. Elle fournit les raisons de l'action du système de santé. La formalisation de la stratégie permet un apprentissage entre le système d'assurance santé, les professionnels de santé et les usagers-patients. Il s'agit d'en faire des partenaires des actions stratégiques de l'assurance santé. Ils deviennent non seulement des consommateurs de soins mais aussi des cogestionnaires de l'ensemble car responsabilisés. Il en va de même pour les producteurs de soins. Le système d'assurance santé pourrait alors s'appuyer sur de nombreux types de communications pour réaliser cette compréhension mutuelle de la stratégie. Pour résumer, on découvre que la stratégie de communication joue un rôle considérable en matière de politique de santé. Elle contribue de façon effective à la réussite de la stratégie. La communication devient le « pilier caché » de la stratégie d'un système d'assurance santé.

◆ L'exemple anglais

L'exemple anglais montre que le rôle du NHS clarifie les procédures de décision en matière d'assurance santé. Archétype du système de santé publique, l'État est aidé par un organisme public, le NICE (National Institue for Clinical Excellence) pour prendre les décisions qui indiqueront par la suite les priorités et les orientations à suivre pour le NHS. En contrôlant et en pilotant le système de santé, le NHS joue un rôle central pour superviser la quasi totalité de l'offre de soins et les dépenses, parmi les plus faibles en Europe, car il communique les priorités à l'ensemble du système de santé par le biais d'agences régionales et locales, les *Primary Care Trusts*, responsables de l'organisation de l'offre de soins. Cette déconcentration autour des autorités régionales du NHS, les Strategic Health Authorities, a créé les conditions d'un rattrapage. La force de cette organisation est finalement d'avoir conduit le changement de l'intérieur. Le NHS et ses branches régionales et locales permettent de créer un système innovateur et flexible accordant une vraie valeur à la règle. Le renoncement partiel du politique pour gérer le système de santé permet de favoriser l'implémentation des mesures.

La communication de la stratégie du système de santé constitue donc un des piliers du régime de responsabilisation des individus.

■ Un système d'assurance santé plus communicationnel

Pour asseoir sa stratégie, le système d'assurance santé devrait être conçu comme une institution plus « communicationnelle »[16]. Un système de prise en charge des soins plus stratège voit ses orientations et ses priorités se constituer en « point focal » pour les agents. Si l'on considère que l'économie se situe en incertitude, on pourrait se représenter ces orientations et ces priorités en matière de politique de santé comme un standard commun réduisant les comportements irresponsables. La communication du système de santé véhicule l'information nécessaire aux décisions des agents. Plus encore, la politique en matière d'offre et de demande de soins propose une solution au jeu de

coordination entre les acteurs pour implémenter une décision. Mais cette position de « référentiel » n'est possible que si la décision du système de santé n'est pas perçue comme arbitraire, mais comme un arbitrage entre les anticipations hétérogènes des acteurs. En dernière analyse, le sens le plus élevé de la crédibilité repose sur la mise en cohérence de l'économie et de la démocratie, des performances et de la confiance. Finalement, la stratégie du système d'assurance santé pourrait reposer finalement sur les « 3 C » : communication des règles et priorités, compréhension commune des principes, stratégie de confiance entre les acteurs.

Conclusion

En conclusion, l'analyse des processus de réforme des systèmes d'assurance santé montre la nécessite de combiner des mesures avec une méthode d'implémen-tation sous peine d'échec. Les blocages institutionnels ne doivent pas être négligés, mais bien incorporés dans la réforme.

La réforme de l'assurance santé apparaît bien comme un problème de « technologie politique » ainsi que le souligne Claude Le Pen[17]. L'identité médecine = santé = assurance santé apparaît comme un frein à toute évolution. Ce sont les termes de cette identité qu'il faut déconstruire. Pour les redéfinir, on attend des choix politiques clairs sur la prise en charge de la maladie et sur la définition de la solidarité collective. Un discours qui veut construire le consensus à travers la technique révèle une déficience forte en matière de communication.

Notes

1. Voir à ce sujet le rapport de l'OCDE, 2000, qui fait une synthèse des réformes mises en œuvre pour faire face au vieillissement.

2. Voir à ce sujet en bibliographie Grignon Michel, 2003.

3. Voir sur cette question la revue de littérature faite par Michel Grignon, 2003.

4. Voir notamment les analyses de Kenneth Arrow, 1963.

5. Voir notamment les analyses de Joseph Stiglitz, 1983.

6. Robert Evans a introduit le concept de « demande induite », supply-induced-demand, *dans les années 1970.*

7. Pour analyser le poids de l'aléa moral dans les dépenses de santé, on peut se référer à Pierre-Yves Goeffard, 2000, et Joseph Newhouse, 1994.

8. Cité par Palier, 2004, p. 76.

9. Palier, 2004, p. 84.

10. Pour approfondir, on peut voir l'article très clair de Gabrielle Demange et Pierre-Yves Geoffard, 2002.

11. Expression employée par Claude Le Pen lors du colloque organisé à l'Université Paris Dauphine le 06 mai 2004, intitulé « Peut-on réformer la santé ? ».

12. Demange Gabrielle et Goeffard Pierre-Yves, 2002, Risques n° 49 p.51.

13. Voir à ce sujet la synthèse faite par Roger Myerson, 1991.

14. Solow Robert, 2001, p.405 : « Je définirais les institutions comme des modes de comportements réguliers et codifiés qui, selon le cas, peuvent apparaître de manière endogène, ou bien provenir de normes sociales ».

15. Voir Ricoeur Paul, 1985, p.37.

16. La référence est Habermas Jurgen, 1987.

17. Expression employée par Claude Le Pen : idem note 11.

Bibliographie

ARROW KENNETH, « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic review*, 53, 1963, p. 951-973.

BERTHOD-WURMSER Marianne, « Régulation et réformes de la protection maladie en Europe », *Revue française d'administration publique*, n° 76, octobre-décembre, 1995, p. 585-598.

Commission des questions sociales, de la santé et de la famille, « La réforme des systèmes de santé en Europe : concilier qualité et efficacité », rapport du Conseil de l'Europe, septembre, 2003.

DEMANGE Gabrielle ; GOEFFARD Pierre-Yves, « Quelle forme de concurrence en assurance santé ? », *Risques*, n° 49, 2002, p. 47-53.

EOHCS - European Observatory on Health Care Systems - Health Care System in Eight Countries : Trends et Challenges, London School of Economics, avril, 2002.

EVANS Robert, « Suplier-induced demand : some empirical evidence and implications », in the *Economics of Health and medical care*, Londres, Mcmillan.

GOEFFARD Pierre-Yves, « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Économie et Prévision*, n° 142, 2002, p. 122-135.

GRIGNON Michel, « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, mars, n° 66, 2003.

HABERMAS JURGEN, « Théorie de l'agir communicationnel », Fayard, 1987.

LAFFONT Jean-Jacques ; TIROLE Jean, « A Theory of Incentives in Procurement and Regulation », *MIT Press*, 1993.

MAJNONI D'INTIGNAGNO Béatrice, Économie de la santé, *Thémis Économie*, PUF, 2001.

MAJNONI D'INTIGNAGNO Béatrice, « Santé et économie en Europe », *Que sais-je ?*, n° 3620, PUF, 2004.

MOUGEOT Michel, « Régulation du système de santé », rapport du CAE, la Documentation française, 1999.

MYERSON Roger, « Game Theory », Harvard University Press, 1991.

NEWHOUSE Joseph, « Free for all », Harvard University Press, 1994.

OCDE, « Des réformes pour une société vieillissante », *Questions sociales*,. 2000.

OCDE, « Vers des systèmes de santé plus performants », *Questions de santé*, 2004.

PALIER Bruno, « La réforme des systèmes de santé », *Que sais-je ?*, n° 3710, PUF, 2004.

POLTON Dominique ; BOCCOGNAGNO Agnès ; COUIFFINHAL ; GRIGNON Mathieu ; RONAN Mathieu, « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé », CREDES, 1998.

RICOEUR Paul, « Philosophie et Sociologie. Histoire d'une Rencontre », Groupe de sociologie de l'éthique, Centre des mouvements sociaux, EHESS, 1985.

STIGLITZ Joseph, « On the Social Insurance », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 8, p. 105-110, 1983.

SOLOW Robert (Dir.), « Institutions et Croissance. Les Chances d'un Modèle Européen », Albin Michel, 2001.

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ASSISTANCE, ASSURANCE, DÉPENSE

Marc Guillaume

Professeur à l'Université de Paris Dauphine

L'économie de la santé est abordée le plus souvent à travers les questions que pose son financement. Ce sont les déficits publics qui alimentent les rapports et les débats ainsi que les inquiétudes de toute nature et qui, finalement, fondent un point de vue presque universellement partagé débouchant sur une seule question : comment limiter, maîtriser les dépenses de santé ?

Cette approche de la santé par son coût et son financement présente deux inconvénients majeurs :

- elle réduit la réflexion à des situations d'urgence, à la nécessité de combler les déficits publics, d'où la succession de plans (une quinzaine !) pour sauver la Sécurité sociale et qui ne changent rien à l'architecture du financement et à la gouvernance du système de soins ;

- elle écarte une question, pourtant fondamentale et première, celle de l'utilité économique et sociale de la croissance du secteur santé.

Ce refus de penser le long terme et l'aspect positif des dépenses de santé est singulier. C'est d'une véritable tache aveugle qu'il s'agit. La santé, le bien santé, serait-il l'impensable de l'économie ? C'est à cette question que nous voudrions apporter quelques éléments de réponse.

La désertion des économistes

Cette question invite d'abord à s'interroger sur ce qui fonde la mise sous tutelle publique, plus ou moins partielle selon les pays et les époques, du secteur de la santé. La raison principale – ce n'est pas la seule mais c'est elle qui est prédominante – s'inscrit dans un choix collectif de réduction des inégalités, plus exactement, de réduction « locale » des inégalités. Choix collectif qui ne relève pas d'un critère théorique mais résulte de considérations sociales, culturelles, de rapports de force, etc. et se traduit finalement par un arbitrage politique. Il en est de même, plus généralement, de tous les arbitrages concernant la redistribution fiscale et les aides publiques. Mais les inégalités après redistribution restent inacceptables dans certains domaines, principalement ceux de l'éducation et de la santé. On peut même dire que la mise sous tutelle publique de ces deux secteurs permet de conserver, de rendre tolérables, des inégalités (après impôts et aides publiques) encore très considérables.

Le principe redistributif en matière de santé est de tenter d'éliminer les inégalités économiques face à la maladie, à tous les handicaps, et, finalement, face à tous les risques sanitaires. Bien sûr, cet objectif est hors d'atteinte et les inégalités en fonction des niveaux de revenus et des activités professionnelles restent très sensibles (par exemple, si on les mesure par les durées de vie moyennes)[1]. Mais le recours aux soins est considéré comme devant être accessible à tous, sans discrimination économique.

À partir de ce principe simple surgissent au moins trois difficultés supplémentaires.

1) La déconnexion totale entre la consommation et le paiement (comme par exemple dans l'école publique) est apparue irréalisable. Les pays ayant expérimenté cette solution ont mis en évidence ses très nombreux inconvénients. On peut même penser que lorsque le lien entre prélèvements sociaux et services de santé devient trop ténu, cela finit par rendre difficiles les choix démocratiques.
2) À partir du moment où des paiements directs surgissent, les usagers du système de soins souhaitent s'assurer contre les aléas de santé, d'où l'apparition d'un système d'assurance entraînant avec lui toutes les difficultés spécifiques de ce secteur : aléa moral et sélection adverse. Pour compliquer encore, on a greffé sur ce système d'« assurance » une logique d'« assistance » permettant d'atteindre les objectifs de redistribution et de solidarité.
3) L'augmentation sensible et prévisible des dépenses de santé (à la différence des dépenses d'éducation) rend difficile le maintien du système actuel, sauf à accepter une croissance indéfinie des charges sociales. Or cette croissance met en péril la compétitivité économique d'un pays, tout en aggravant les risques de sous-optimalité d'un système de soins (risques qui restaient tolérables lorsque les dépenses de santé étaient encore limitées).

Le secteur de la santé est donc un domaine dans lequel les économistes ont peur de s'aventurer (ils sont d'ailleurs peu nombreux à s'y investir). Les valeurs sociologiques et morales, forgées au cours d'un long cheminement historique, les contraintes institutionnelles et politiques, encore resserrées par l'obligation d'entreprendre le renouvellement du modèle social européen, ne laissent effectivement que peu de place aux instruments théoriques des économistes. D'où la tentation d'une position conservatrice ou, au mieux, prudemment réformiste, se limitant à proposer des solutions pour réduire les gaspillages les plus importants et surmonter les problèmes de financement à l'horizon de quelques années[2].

Des outils communs

Les économistes ne peuvent cependant pas esquiver l'aporie qui est au cœur de l'économie de la santé, ce qui doit les conduire à mieux définir la frontière entre ce qui relève de l'« assistance » et ce qui appartient à l'« assurance ».

On a en effet, d'un côté, la nécessité de développer une offre de soins compétitive répondant à une demande légitime croissante, de l'autre, la contrainte de solidarité et les habitudes prises de ne pas payer « directement » la majeure partie des dépenses de santé. Le nécessaire et souhaitable développement dynamique de l'offre et de la demande se heurte donc à une inertie de la consommation payée par les ménages et aux contraintes du financement public. Remarquons que le problème ne concerne pas seulement la santé mais se retrouve pour un ensemble de nouvelles consommations liées au développement durable : demandes de sécurité, de préservation de l'environnement, de lutte contre les pollutions, etc. Passer d'une croissance quantitative de production de biens matériels et de services à un développement qualitatif fondé sur des biens immatériels et collectifs, repose toujours la même question : comment faire « payer » ces nouveaux biens sans trop alourdir le financement public ?

Pour tenter de trouver un chemin permettant de surmonter la contradiction qui pèse sur l'économie de la santé on peut proposer le schéma théorique suivant.

La société est constituée d'une classe C_1 formée de ménages ayant des revenus très faibles ou faibles et d'une classe C_2 de ménages moyens ou aisés. La classe C_2 « paye » ses dépenses de santé : en s'assurant auprès de caisses publiques ou privées, selon des modalités personnalisées mais avec « un minimum obligatoire » pour couvrir les grands risques (comme pour l'assurance automobile au tiers). La classe C_1 est astreinte à une assurance (publique ou privée également) « obligatoire et gratuite », laissant cependant un ticket modérateur, plus ou moins symbolique, à la charge des ménages ainsi assistés. La qualité des soins est strictement identique pour les classes C_1 et C_2. Le tout est contrôlé et régulé par une « agence publique indépendante ».

On voit immédiatement les avantages de ce schéma :
- la solidarité entre les deux classes est maintenue en termes d'accès aux soins ;

- la charge sociale est réduite puisque les dépenses de santé sont effectivement payées par la classe C_2 ;
- la redistribution nécessaire pour assurer la classe C_1 peut être modulée fiscalement (cotisations sociales, CSG, autres impôts de solidarité) et clairement ;
- le développement du système de santé n'est plus entravé puisqu'il résulte de la demande effective et responsable de la classe C_2 et que la classe C_1 bénéficie automatiquement des progrès du système de soins ;
- l'introduction du paiement direct, d'assurances privées et d'une agence de régulation, ne peut que réduire les effets de sous-optimalité de l'ensemble du système (soins et assurances) ainsi que les distorsions d'aléa moral ou de sélection adverse ;
- enfin, ce schéma montre qu'il est tout à fait possible d'introduire des mécanismes de marché contrôlés sans remettre en cause « une certaine forme » de solidarité nationale. Il a ainsi le mérite de lever une confusion très générale qui conduit à associer toute mesure de libéralisation à une position conservatrice et de renforcement des inégalités.

Certes, une telle schématisation de réforme se heurte aussi à beaucoup d'obstacles :
- elle remet en cause radicalement un système qui, au fil des décennies, semble devenu intouchable dans ses fondements aux yeux de la plupart de ses usagers et acteurs ;
- la confusion qu'elle a le mérite de lever ne la rend guère attractive aux yeux des acteurs politiques : les partis de gauche la trouveront trop libérale, tandis que ceux de droite la trouveront trop redistributive ;
- enfin, les modalités d'application concrète de ce schéma théorique à la société réelle, sont nécessairement complexes (contrôles, effets de seuil, etc.).

L'intérêt essentiel de ce schéma n'est cependant pas dans ces avantages et ces inconvénients. Il s'agit vraiment d'un schéma de déconstruction, permettant d'abord de bien comprendre la nature du système actuel. On voit en effet que l'équité est respectée (et même renforcée) dans la classe C_1 et entre les classes C_1 et C_2. En revanche, à l'intérieur de la (vaste) classe C_2, la charge des dépenses de santé met durement en évidence les inégalité de revenus et de fortunes (comme c'est le cas pour les dépenses de logement, par exemple).

Ce qui est évidemment contraire au système français actuel qui est issu finalement de la conception du « juste prix » (au sens théologique) : le service santé n'a pas le même prix pour chacun puisque chacun paie, approximativement, selon ses moyens. La santé sort ainsi de la logique économique, puisqu'elle met en cause le fondement de la « valeur » (et sans doute cela constitue la raison la plus profonde de la réticence des économistes à s'engager dans ce domaine). On peut ajouter une hypothèse : la volonté d'anesthésier les inégalités économiques dans un espace (la santé) où elles apparaissent insupportables « permet de conserver… ces inégalités ». Il y a une composante « conservatrice » dans les dispositifs les plus incontestablement redistributifs

La confrontation des modèles

Le schéma que nous avons présenté apparaît d'abord comme un outil de déconstruction, et certes, dans sa forme abstraite il n'est pas en mesure de fonder un projet de réforme, en particulier dans une démarche de court terme. Il peut cependant offrir un éclairage pour des mesures progressives ou partielles allant dans la direction qu'il esquisse. Certaines ont d'ailleurs déjà été prises et d'autres sont envisagées, comme par exemple l'idée, importée d'Allemagne, d'une franchise sur les remboursements de soins qui serait proportionnelle aux revenus. Il permet également de mieux interpréter des systèmes en vigueur dans certains pays étrangers (le Canada par exemple) ou des réformes en cours (aux États-Unis notamment[3]). Au-delà d'un simple benchmarking, la confrontation approfondie et critique de systèmes nationaux très différents peut être très instructive dans une perspective de refondation[4].

Plus nettement encore, deux exemples étrangers doivent être étudiés de près.

Dans le domaine voisin de la dépendance et dans la diversité des systèmes européens de sa prise en charge, il faut souligner d'abord l'originalité du dispositif allemand : depuis 1995, la dépendance est reconnue comme un nouveau risque, pris en charge par une

assurance sociale spécifique à laquelle 90 % de la population adhèrent. Les autres, dont les revenus dépassent un certain seuil, doivent justifier d'une assurance équivalente auprès d'une société privée pour être dispensés de l'affiliation à l'assurance générale. Un tel dispositif n'est évidemment pas sans rapport avec le schéma proposé mais... dans le dispositif allemand, l'équivalent de ce que nous avons appelé la classe C_2 ne représente que 10 % de la population.

Le second exemple est celui de l'assurance maladie aux Pays-Bas. Depuis la réforme Dekker-Simmons (1987-1993), l'assurance publique ne concerne que deux tiers de la population ; la cotisation liée au revenu est versée à une caisse centrale de financement, chaque assuré pouvant choisir parmi différentes caisses d'assurance maladie ; la caisse centrale verse à ces dernières un budget lié à la structure des populations qu'elles couvrent (« cotisation ajustée du risque », calculée en fonction de facteurs observables). Mais, les ménages du tiers restant, dont les revenus sont plus élevés, choisissent une caisse privée avec une cotisation indépendante du revenu.

Il est également instructif de comparer le schéma que nous avons proposé à la contribution apportée par un groupe de travail de l'Institut Montaigne[5]. Les architectures des deux systèmes ne sont pas sans présenter certains points communs : à partir d'un constat identique des principales contradictions et insuffisances du fonctionnement actuel, les deux architectures visent une réforme inspirée par l'objectif commun de réduire les disparités (notamment des régimes d'assurance maladie) et d'accroître l'efficience sous l'autorité d'une agence indépendante (Haut Conseil de la santé).

Les différences principales concernent le mode de financement. L'Institut Montaigne propose un financement plus public, reposant sur une caisse d'assurance maladie universelle financée par une CSG-santé, assise sur l'ensemble des revenus. Et surtout son projet distingue les soins considérés comme indispensables et relevant donc de la solidarité nationale de ceux qui contribuent plus au « confort » et qui restent en dehors de cette couverture nationale. On voit immédiatement la difficulté de définir cette frontière entre deux « paniers » de soins, avec le risque associé d'une réduction progressive du premier panier ; et donc le risque final que les populations les plus pauvres ne bénéficient, à terme, que d'une couverture médicale minimale.

Les deux architectures sont donc confrontées à des difficultés de définition des frontières : soit celle entre des classes de revenus, soit celle entre classes de médicaments et de traitements. La première est plus difficile à définir (plus arbitraire ou plutôt plus politique) et plus délicate à mettre en œuvre. En revanche, cette frontière protège contre une réduction de la couverture médicale collective.

Conclusion... provisoire

Il semble qu'il existe aujourd'hui deux grandes lignes politiques de réforme du système de santé.

La première consiste principalement à ne rien vouloir changer d'essentiel dans l'architecture du financement et à compter sur la réserve d'économies potentielles dans les différents sous-systèmes pour ne pas trop alourdir le financement public. Une formule résume cette ligne de réforme : si on dépensait mieux, de façon plus transparente, on pourrait demander un effort supplémentaire aux Français. C'est à peu près la position soutenue par le rapport du Haut Conseil de janvier 2004. C'est aussi celle exprimée récemment par Philippe Pignarre (*Libération* du 4 mai 2004) qui affirme par exemple que « si notre dépense en médicaments s'alignait sur celle des Pays-Bas, nous économiserions près de 14 milliards d'euros par an ». Ces positions conduisent à des réformes provisoires, transitoires, et même parfois seulement incantatoires.

La seconde consiste à conserver l'architecture actuelle d'un « financement au juste prix » – ce qui n'est pas un mince avantage dans notre pays si fier de sa spécificité dans ce domaine – mais en y ajoutant un dispositif de « filtration » portant sur les soins. L'introduction d'une agence d'État, chargée entre autres fonctions de définir le panier de soins pris en charge collectivement, apporte une crédibilité supplémentaire à cette option

qui, par ailleurs, ouvre de nouveaux marchés aux mutuelles et aux assurances privées.

Mais il faut aussi souligner le danger qu'une définition glissante (vers le bas, pour maîtriser le financement public) conduise, de fait et insidieusement, à une réduction de la solidarité nationale aux risques les plus graves.

C'est pourquoi le schéma que nous avons proposé, à titre d'illustration et de déconstruction, peut aussi être défendu dans une perspective opératoire. Il inspire, nous l'avons vu, des projets ou des systèmes en vigueur ailleurs. Il permet de compenser le risque d'une santé à deux vitesses, entre les plus pauvres et les plus favorisés. Peut-être faut-il commencer par l'introduire pour ces derniers seulement (comme c'est le cas pour le risque de dépendance en Allemagne) ? Enfin, il faut réfléchir à la possibilité, sans trop compliquer les dispositifs concrets, de combiner ces diverses approches.

Notes

1. Le taux de mortalité à âge égal varie du simple au double entre la catégorie socioprofessionnelle la plus exposée (ouvriers) et celle des cadres.

2. Position confortée, en France, par l'observation que le système de santé est globalement satisfaisant dans les comparaisons internationales. L'OMS classe même la France au premier rang pour son système global de santé parmi 191 pays, les États-Unis arrivant seulement au 37e rang, en dépit d'un financement sensiblement plus important. OMS, rapport 2000, p.152-155, 21 juin 2001.

3. Dans la réforme américaine de grande envergure mise en place par l'administration Bush beaucoup d'innovations (par exemple le plan épargne santé) s'inscrivent partiellement dans notre schéma.

4. Cf. Paul V. Dutton, Health care in France and the United States : learning from each other, *the Brookings Institution, 2002.*

5. Vers une assurance maladie universelle ? Institut Montaigne, oct. 2002

3.

Les normes comptables au service de l'information financière

analyses

- Philippe Trainar
  Introduction
- Philippe Marini
  Enjeux politiques de l'harmonisation comptable internationale
- Peter Clark
  IFRS 4 Contrats d'assurance, quelques questions et réponses
- Antoine Bracchi
  IFRS 4 Une application fictive des normes IAS à l'assurance
- Florence Lustman, Viviane Leflaive, Sarah Bouquerel
  Normes IAS : Impacts sur le contrôle prudentiel
- Yann Le Pallec
  Normes IFRS : Quelles conséquences pour l'analyste crédit ?
- Antoine Lissowski
  Traduire la spécificité de l'assurance dans un référentiel universel
- Helman Le Pas de Sécheval
  Assurance et Normes IFRS : l'occasion manquée
- Côme Segretain
  L'assurance, test de validité des postulats des normes IAS-IFRS

NORMES COMPTABLES ET INFORMATIONS FINANCIÈRES INTRODUCTION

Philippe Trainar

Directeur des affaires économiques, financières et internationales, FFSA

Le 1er janvier les assureurs vont probablement devoir appliquer les normes IAS en l'état, c'est-à-dire, au passif, les normes locales existantes et, à l'actif, la norme IAS 39, le tout assaisonné de multiples options à la fois complexes à appliquer et floues dans leurs contours. Pour autant, le débat comptable n'est pas clos. Pour ce qui concerne les assureurs, il reste même très largement ouvert.

D'une part, la phase transitoire, dite phase 1, qui a été aménagée pour les assureurs et durant laquelle les passifs d'assurance vont rester évalués à leur valeur historique, plus précisément en coût amorti, est une mauvaise matrice, de l'avis des principaux experts. Le *Board* de l'IAS et son Président, David Tweedie, le reconnaissent volontiers. Il va donc bien falloir la corriger pour sortir de l'impasse dans laquelle la précipitation du *Board* et de l'Union Européenne nous ont fait entrer. Le *Board* se dit lui-même disposé à modifier cette mauvaise matrice dans la perspective de la phase 2.

D'autre part, le contenu de la phase définitive, dite phase 2, à partir de laquelle les assureurs disposeront d'une norme spécifique pour les passifs d'assurance, est à ce stade encore largement indéterminée. Nul ne sait ce que peut être la « *fair value* » d'un passif d'assurance, qui ne se négocie sur aucun marché. Or, si on ne veut pas reproduire l'erreur de la phase 1, il faut bien reconnaître qu'en assurance le traitement comptable de l'actif ne peut être déterminé indépendamment du passif et que, ce faisant, les contours de ce que sera la phase 2 restent totalement incertains, tant pour le passif que pour l'actif.

De fait, deux modèles de communication financière sont aujourd'hui en concurrence mais ils sont tous deux insatisfaisants. Le premier modèle, traditionnel puisqu'il remonte à l'origine de la comptabilité et à Lucas Pacioli (1445-1517), fonde celle-ci sur les bases objectives et incontestables des flux financiers constatés. C'est la comptabilité aux coûts historiques que nous connaissons bien. Si elle définit un socle stable à la comptabilité, elle souffre cependant d'un défaut majeur qui apparaît quand on passe de la comptabilité en flux à la comptabilité patrimoniale, c'est-à-dire au bilan. On est alors obligé d'agréger des valeurs historiques incohérentes entre elles. Ce défaut de la comptabilité historique a conduit les autorités comptables et prudentielles à imposer des dispositifs de plus en plus complexes et arbitraires dont le moins qu'on puisse dire c'est qu'ils ne facilitent guère l'intelligibilité des comptes et qu'ils peuvent créer de l'instabilité, comme on l'a vu avec la provision pour risque d'exigibilité avant qu'elle ne soit modifiée.

Le second modèle, nouveau puisque sa philosophie remonte aux années 70, se fonde sur l'actualité des prix de marché dont on peut raisonnablement penser qu'ils intègrent toutes les informations les plus récentes, contrairement aux coûts historiques. C'est la comptabilité en valeur de marché. Si elle présente l'intérêt de résoudre le problème de la comptabilité patrimoniale et du bilan, elle le fait au prix d'un aveuglement volontaire sur deux imperfections fondamentales des marchés. D'une part, les marchés sont incomplets et les assu-

reurs, qui se demandent comment valoriser des passifs sans marché, le savent mieux que quiconque. D'autre part, les marchés sont instables et les assureurs, auxquels on prête les vertus d'investisseurs de long terme, capables de discerner les tendances par delà les cycles conjoncturels, le savent aussi mieux que quiconque. Or, ces imperfections des marchés ne peuvent que conduire à relativiser la référence aux prix de marché, prix dont les fluctuations peuvent tout aussi bien traduire des mouvements rationnels que des exubérances irrationnelles sans lendemain.

Doit-on alors parler de guerre entre ces deux modèles financiers et entre les normes comptables qui en découlent ? Ces deux modèles ne méritent probablement pas l'honneur d'une guerre comptable car, comme l'illustrent les contributions à ce dossier, ils présentent tous deux des imperfections évidentes, qui inciteraient plutôt à une vision œcuménique des choses et à un compromis. De façon réaliste, le professeur Gerry Dickinson, considère en conséquence qu'un système mixte constituerait probablement la solution la plus appropriée. Mais, une fois cela dit, c'est une page blanche que l'on ouvre. Les contributions présentées dans ce dossier précisent les grandes orientations à suivre pour remplir cette page.

Philippe Marini souligne l'importance de l'harmonisation comptable opérée sous l'égide de l'IASB. Nous avons tous collectivement à y gagner en termes de comparabilité et de qualité de l'information financière. Encore faut-il que les européens et plus particulièrement les français, qui seront les principaux utilisateurs de ces normes, se mobilisent pour participer activement à l'élaboration de celles-ci. La réussite de cette révolution comptable suppose aussi un changement d'état d'esprit dans les comportements financiers. A défaut d'un tel changement, l'introduction des nouvelles normes comptables internationales entraînerait une hausse de la volatilité des marchés.

Peter Clark revient sur les étapes de l'analyse qui ont conduit le *Board* de l'IAS à ne pas remettre en cause l'application des normes IAS 32 et 39 aux actifs d'assurance à partir du 1ier janvier 2005, en dépit du *mismatch* comptable intrinsèque à cette application. La supériorité de la « *fair value* » tient, selon lui, à l'information qu'elle donne sur le *mismatch* économique, c'est-à-dire sur les différences de réaction de l'actif et du passif aux mêmes évolutions économiques. En outre, l'auteur rappelle que le *Board*, dans la solution qu'il retient, a introduit un certain nombre d'options destinées à atténuer sensiblement les conséquences du *mismatch* comptable.

En dépit de ces arguments, Antoine Bracchi exprime sa déception concernant la norme assurance transitoire, dite IFRS 4. Selon lui, cette norme n'apporte aucune réponse véritable aux problèmes pendants tout en créant un problème de *mismatch* comptable extrêmement dangereux. Quant aux options ouvertes par le *Board* de l'IAS pour atténuer ce *mismatch*, elles posent plus de problèmes qu'elles n'en résolvent. Elles conduisent ainsi le *Board* à créer un véritable « OVNI comptable », la participation aux bénéfices différée active, c'est-à-dire une créance sur les assurés. En conséquence de quoi, IFRS 4 n'améliore ni la comparabilité ni la qualité de l'information financière.

Florence Lustman estime, de la même façon, que la norme IFRS 4 est largement insatisfaisante. D'une part, cette norme renvoie aux normes IAS 32 et 39, qui sont non seulement inadaptées à l'assurance mais qui autorisent, en outre, les entreprises à choisir de façon opportuniste le mode de comptabilisation des instruments financiers. D'autre part, elle ouvre une multiplicité d'options aux entreprises pour la comptabilisation des contrats d'assurance, pas moins de cinq pour les contrats vie et trois pour les contrats dommage. En l'absence d'étude d'impact, l'auteur en conclut que les normes IAS ne peuvent servir, en l'état, à la surveillance prudentielle du secteur de l'assurance.

Yann Le Pallec estime pourtant que le passage aux normes IAS ne devrait pas fondamentalement changer le crédit des assureurs, sous réserve des informations nouvelles qui seront données et des modifications de comportements des investisseurs et des assureurs eux-mêmes. Tout en soulignant les apports réels de ces nouvelles normes, il craint la volatilité introduite par le

mismatch actif/passif durant la phase 1 ainsi que par le plancher imposé à la valorisation des passifs vie par rapport à leur valeur de rachat contractuelle. Il insiste sur l'importance de ne faire apparaître aucune volatilité qui ne soit pas justifiée économiquement, notamment dans la perspective de la phase 2.

Antoine Lissowski souligne, chiffres à l'appui, l'ampleur inquiétante du *mismatch* comptable que la solution retenue par le *Board* de l'IAS va introduire dans les comptes des sociétés d'assurance durant la phase 1 et qui est vraisemblablement hors de proportion avec le gain procuré par l'information sur le *mismatch* économique. Pour autant, il est convaincu que l'évolution vers les normes IFRS est positive car la comptabilité actuelle, contrairement aux IFRS, ne donnent pas assez d'informations sur les risques. L'avantage de la « *fair value* », notamment lors du passage à la phase 2, est de mettre en valeur les risques pour lesquels chaque assureur dispose d'avantages comparatifs.

Helman le Pas de Sécheval revient sur les spécificités de l'assurance qui lui semblent fort mal prises en compte par les normes IAS : inversion et longueur du cycle de production, mutualisation intertemporelle, cyclicité du secteur, contraintes prudentielles. Il souligne la perspective d'« *exit value* » qui est celle de la « *fair value* » et qui est en contradiction évidente avec ces spécificités. Il souligne aussi le caractère utopique de la « *fair value* » qui pense pouvoir favoriser la comparabilité en prenant en compte les profits futurs dès la souscription, sur la base d'hypothèses forcément subjectives. Tout cela ne lui paraît pas très conforme aux principes de prudence et d'image fidèle.

Côme Segretain n'hésite pas affirmer la supériorité des résultats traditionnels. D'une part, ceux-ci auraient, du fait des écarts entre les flux de trésorerie et les résultats comptables, un pouvoir prédictif supérieur au « *compre-hensive income* » défendu par le *Board* de l'IAS. D'autre part, les contradictions de la phase 1 seraient poten-tiellement déstabilisantes, sans véritable contrepartie, notamment en termes de meilleure comparabilité. Si la phase 2 est probablement plus ouverte, il n'en demeure pas moins que l'on peut s'interroger, selon lui, sur la valeur de principes qui conduiraient à reconnaître la possibilité d'activer son propre *goodwill* en comptabilité.

Enjeux politiques de l'harmonisation comptable internationale

Philippe Marini

Rapporteur général de la commission des finances du Sénat

Parler de « guerre des normes comptables et des modèles financiers » paraît d'emblée quelque peu excessif. Néanmoins, même si l'on ne peut parler de « guerre », car personne ne conteste, dans son principe, l'harmonisation comptable, les enjeux financiers et économiques sont tels que l'on ne peut se satisfaire d'un débat purement technocratique. Faut-il craindre ou non l'introduction des normes comptables internationales ? La France a-t-elle encore un rôle à jouer dans un processus décisionnel qui peut sembler opaque et, parfois, instable ?

Le président de la République, Jacques Chirac, était monté au créneau en juillet 2003, indiquant dans une lettre adressée à Romano Prodi (président de la Commission européenne) que les nouvelles règles comptables risquaient « de conduire à une financiarisation accrue de l'économie et à des méthodes de direction des entreprises privilégiant trop le court terme ».

Un modèle s'impose en effet aujourd'hui en Europe, dans l'intérêt de la transparence financière et du bon fonctionnement des marchés : il s'agit du modèle IASB, choisi y compris au-delà de l'Europe, puisque l'année prochaine quatre-vingt-onze pays (dont la Chine et la Russie) autoriseront ou exigeront l'adoption des IFRS. Demeure le concurrent américain : le FASB (Financial accounting standards board) réputé avoir une approche moins centrée sur des principes que sur des règles précises. La pratique témoigne toutefois d'un rapprochement entre les deux régulateurs. Une démarche de convergence entre les deux systèmes normatifs a été engagée, qui pourrait commencer à aboutir à l'horizon 2008, selon le souhait formulé par le président de l'IASB, Sir David Tweedie.

Au-delà des normes comptables : une révolution silencieuse

Un progrès majeur en termes d'information financière

◆ L'harmonisation comptable est l'un des aspects du mouvement vers davantage de « sécurité financière ».

Certes, aucune norme n'empêchera jamais les fraudes ou les dissimulations ; néanmoins, l'approche du normalisateur international, privilégiant les principes sur les règles et la substance sur la forme, doit être approuvée. A contrario, les normes comptables américaines (US-GAAP) avaient été tenues pour partiellement responsables des montages élaborés par Enron, car leur approche très détaillée avait permis à cette société de jongler entre les règles. Malgré ces différences d'approche, la convergence des normes américaines et européennes est souhaitable à l'horizon de cinq-dix ans, ce qui signifie qu'un compromis devra

être trouvé, sans pour autant que les Européens s'alignent sur les US-GAAP.

L'harmonisation constitue un double progrès à l'in-tention des investisseurs. En premier lieu, les nouvelles normes comptables assureront la comparabilité des états financiers. En second lieu, elles renforceront la qualité de l'information qui correspondra mieux à la situation réelle de l'entreprise au moment de la publication des chiffres : évaluation en « juste valeur » plutôt qu'au coût historique, réintégration dans le bilan d'éléments actuellement hors bilan tels que les instruments financiers dérivés et les engagements de retraite, amortissements correspondant à l'utilisation réelle de chaque « composant » de l'immobilisation[1] ...

◆ Le chantier engagé par la commission européenne et par l'IASB est d'autant plus remarquable que son influence dépasse déjà le strict cadre de son application

D'emblée, le champ de l'harmonisation est très large puisque 7 000 groupes européens cotés sont concernés par l'introduction des normes IFRS à partir du 1er janvier 2005 ; en tout environ 30 000 entités (filiales, sociétés liées) seraient touchées. Mais, au-delà, l'IASB prépare un référentiel pour les petites et moyennes entreprises. Certes, dans un premier temps, ce référentiel ne sera pas applicable puisqu'il n'entre pas dans le cadre défini au sein de l'Union européenne par le règlement n° 1606/2002 du 19 juillet 2002 et qu'il faudrait par conséquent une décision nationale pour l'imposer ou même l'autoriser en France. Néanmoins, il apparaît inévitable, à moyen terme, que la nouvelle comptabilité internationale s'étende au-delà de son champ initial et que les normes françaises soient adaptées en conséquence, dans une perspective de simplification. Des PME en croissance ou susceptibles d'être acquises par un grand groupe ont en effet tout intérêt à préparer la transition vers les normes IFRS. D'ores et déjà, une société non cotée telle que le groupe Daher prévoit de passer aux IFRS en 2005, ce qu'elle considère comme un gage de crédibilité vis-à-vis de ses partenaires et de ses clients.

◆ La normalisation internationale pourrait même avoir une influence là où on ne l'attendait pas forcément : dans le cadre de la réforme de la comptabilité publique.

En effet, les treize normes validées à ce jour par le comité national de la comptabilité publique font référence au plan comptable général, aux normes de l'IASB et aux travaux de l'IFAC[2]. La comptabilité de l'État conserve sa spécificité, tout en se rapprochant de celle de l'entreprise. Ainsi les normes portant sur la dette, les opérations de trésorerie, les charges et produits sont directement transposées des règles de la comptabilité d'entreprise, tandis que les immobilisations corporelles ou les recettes fiscales font l'objet de règles adaptées. La « philosophie » de la comptabilité publique évolue profondément, puisque, par exemple, les engagements de retraite pour les fonctionnaires seront inscrits en hors bilan, ce qui constitue un progrès considérable en termes de transparence.

Des aménagements nécessaires

◆ Si la normalisation internationale est inéluctable dans son principe, elle doit être aménagée en sorte de ne pas accroître la volatilité financière et le risque économique « systémique ».

Le débat sur l'évaluation à la « juste valeur » a mis en avant le risque d'accroissement de la volatilité financière, en conséquence d'une fluctuation accrue des résultats du fait de la prise en compte des valeurs de marché pour évaluer les actifs et passifs des entreprises. Il est en effet généralement admis que les IAS ne sont pas neutres économiquement, même si la réalité qu'elles décrivent demeure inchangée. Les bilans évolueront plus en fonction des marchés et moins en fonction des performances des dirigeants. Si les investisseurs ne changent pas d'état d'esprit dans l'analyse des données financières des entreprises, les marchés pourraient devenir plus volatils.

◆ Les banques se sont récemment élevées contre le risque que l'introduction des normes IAS/IFRS ferait peser sur le financement de l'économie

À ce titre, la Fédération bancaire française souligne l'impact que les nouvelles normes pourraient avoir, non

seulement sur les banques, mais aussi sur leurs clients, entreprises ou particuliers. En induisant des variations de fonds propres sans lien avec la réalité économique, les normes sont susceptibles d'affecter de façon erratique le ratio de solvabilité des banques ; l'application de la valeur de marché à un plus grand nombre d'opérations bancaires favoriserait par ailleurs le développement de crédits à taux variables et à court terme, alors que les ménages français préféraient jusqu'ici des crédits à taux fixes et à long terme ; enfin, une couverture des risques de taux plus difficile et plus coûteuse pourrait inciter à un transfert des risques vers les clients et à une facturation plus élevée des opérations. N'oublions pas, surtout, que la mutation des règles comptables se fera dans le cadre des règles de Bâle-II, qui conduiront à une approche beaucoup plus fine de la solvabilité bancaire.

◆ Confronté aux normes édictées par l'IASB, le monde de l'assurance est apparu moins réactif que le secteur bancaire.

Pourtant, la norme IFRS 4 sur les contrats d'assurances a créé davantage de problèmes qu'elle n'en a résolus, en introduisant les conditions d'un mismatch actif/passif pendant la période précédant l'adoption de la norme « assurance » définitive. Les contre-propositions des acteurs de l'assurance laissent pour le moins à désirer, mais il est vrai qu'il existe une difficulté intrinsèque à concevoir de bonnes normes pour un secteur très exposé au risque et dont les pratiques comptables n'ont pas toujours été très transparentes. Le cas français se caractérise à la fois par des conflits d'intérêts au sein du secteur de l'assurance, et par la très grande place que conservent, sur ce marché, les contrats d'assurance vie : l'introduction du principe de la valeur de marché se traduira par un changement assez fondamental des termes de référence.

◆ Les imperfections du modèle IASB ont conduit la Commission à reporter l'adoption des normes IAS 32 et 39

D'une part, la norme IAS 32 modifiait la frontière entre capitaux propres et dettes, en requérant le reclassement de nombreux instruments financiers en dette. D'autre part, les conditions requises pour la comptabilisation d'une opération en tant que « couverture » étaient beaucoup plus contraignantes que les règles qui s'appliquent actuellement et la norme IAS 39 ne reconnaissait pas la macrocouverture telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée par les banques françaises. L'IASB a proposé en mars dernier des ajustements de la norme IAS 39 : il a proposé de ne permettre l'exercice de l'option de juste valeur que dans trois cas[3]. En revanche, s'agissant des macro-couvertures, il n'a pas tenu compte des propositions de la Fédération bancaire européenne. Un nouveau groupe de travail doit être mis en place pour examiner l'IAS 39. Certes, les progrès sont lents. Mais les développements des derniers mois montrent qu'il est possible de faire évoluer l'IASB. Il convient de saluer, à ce sujet, l'initiative récente du commissaire Bolkestein, qui a demandé aux normalisateurs et aux professionnels de reprendre le dialogue à propos des normes IAS 32 et 39 et a suspendu le processus d'adoption de ces dernières.

◆ Les normes IAS/IFRS sont par ailleurs susceptibles d'avoir des conséquences, dont la portée est probablement sous-estimée à ce jour, sur la fiscalité

Du point de vue des finances publiques, l'introduction des normes IFRS va modifier le montant de l'impôt dû par les entreprises (impôt sur les sociétés, mais aussi TVA, taxe professionnelle), ce qui impliquera des évolutions des textes et de la doctrine en matière fiscale. Les entreprises craignent un alourdissement de leur facture, qui pourrait résulter d'une prise en compte différenciée des évolutions introduites par les nouvelles normes, selon que celles-ci auraient un impact positif ou, au contraire, négatif, sur les recettes fiscales. En tout état de cause, une complexité supplémentaire est prévisible pour les entreprises (par exemple, du fait d'une déconnexion accrue entre amortissements comptables et amortissements fiscaux).

Ainsi, l'ampleur des enjeux liés aux normes IAS/IFRS justifie de s'interroger sur leur processus d'élaboration actuel et sur la nécessité d'une réforme.

Réformer un processus de décision caractérisé par l'opacité et l'instabilité

Un processus d'adoption des normes insatisfaisant

◆ L'adoption des normes IAS/IFRS dans le cadre fixé par le règlement du 19 juillet 2002 fait l'objet d'un processus pour le moins opaque.

Ce processus fait intervenir successivement plusieurs organismes et comités aux légitimités discutables.

En amont, l'IASB est totalement maître de sa décision même si une procédure de consultation est censée assurer la prise en compte des intérêts européens. À ce stade de la procédure, l'Europe a une faible capacité d'influence.

En aval, la Commission ne peut qu'adopter, ou reporter en attendant des propositions plus satisfaisantes. Le fonctionnement de l'EFRAG (European financial reporting advisory group), chargé de veiller à ce que les préoccupations européennes soient prises en compte, est critiqué : le secteur bancaire estime qu'il n'y est pas suffisamment représenté ; les décisions n'y sont pas prises de façon transparente.

◆ On peut néanmoins se féliciter que la Commission ait fait preuve d'un certain volontarisme en évinçant les normes IAS 32 et 39 dans son règlement du 29 septembre 2003

Ce règlement a été unanimement approuvé par le comité de réglementation comptable (ARC) quelques mois plus tôt.

◆ L'illisibilité du processus décisionnel est d'autant plus grave qu'elle engendre l'instabilité des normes, en raison d'allers-retours incessants entre les acteurs

Ainsi, le 18 décembre 2003, à un an de l'échéance, l'IASB a publié treize normes révisées. Afin de réserver sa position future, l'IASB publie également des normes à caractère provisoire, comme c'est le cas dans le domaine de l'assurance, la norme IFRS 4 étant d'ores et déjà présentée comme une simple étape vers la parution d'une norme définitive dans les prochaines années, à une échéance non précisée.

◆ La faiblesse de l'influence européenne en amont constitue en effet probablement le défaut structurel du système

L'Europe a délégué presque tous pouvoirs à un conseil, l'IASB, dont l'existence repose sur une fondation privée (l'IASCF) basée aux États-Unis (Delaware). Ces deux institutions sont dominées par les Anglo-saxons (dix membres sur quatorze s'agissant de l'IASB) et n'ont aucun lien avec les représentations démocratiques des pays européens. Et même la profession comptable européenne n'y est que modérément représentée, puisque les Américains du Nord y occupent une place importante. L'EFRAG représente la profession comptable et financière européenne. Il a été conçu sur un modèle proche de celui de l'IASCF-IASB, mais a un rôle subordonné.

Quelle marge de manœuvre pour l'Europe et pour la France ?

◆ Une réflexion a été engagée au niveau politique lors du Conseil ECOFIN du 15 juillet 2003.

Le Conseil a encouragé la Commission à examiner les moyens destinés à renforcer le rôle et le travail de l'EFRAG, afin de veiller à ce qu'il soit tenu dûment compte des préoccupations européennes dans le processus d'établissement des normes comptables internationales. Quant à l'IASCF-IASB, une révision de sa « constitution » est en cours ; elle devrait y permettre, à terme, une meilleure représentation des Européens.

◆ L'enjeu de cette réforme est en effet d'assurer une prise en compte « structurelle » des intérêts européens.

Cela implique :
- le renforcement du rôle de l'EFRAG en amont, lors de l'élaboration des normes par l'IASB. Il est aujourd'hui

admis que l'EFRAG devrait jouer un rôle dit « proactif », le plus tôt possible, et que la transparence de ses procédures et de ses votes devrait être améliorée. Une représentation adéquate de tous les acteurs financiers et comptables européens doit y être assurée (normalisateurs comptables, autorités de régulation des marchés... car les enjeux dépassent les questions strictement comptables).

- l'introduction de plus de souplesse dans la procédure, en donnant à la Commission et aux organismes européens (Conseil ECOFIN et Parlement), un pouvoir d'amendement sur les normes.

◆ Au niveau national, seule une forte mobilisation des acteurs français sera susceptible d'assurer leur implication dans le processus décisionnel

S'agissant de l'Autorité des marchés financiers, on peut regretter qu'elle n'intervienne pratiquement qu'en aval (elle a ainsi élaboré une recommandation sur la transition aux normes IFRS en décembre 2003, reprenant les propositions du CESR à ce sujet). Il serait souhaitable que l'AMF puisse exercer un droit de regard en amont sur l'élaboration des normes.

Conclusion

De façon générale, il faut saisir l'opportunité offerte par la réforme de la « constitution » de l'IASB pour assurer une meilleure représentation des professions comptables et financières françaises. Quatre postes sont à pourvoir à l'IASB en 2004 et les appels à candidatures de la Commission européenne devraient être l'occasion pour les acteurs français de se mobiliser.

Finalement, cette problématique des normes comptables internationales nous renvoie non seulement au déficit démocratique d'organisations conçues et développées par les grandes firmes comptables anglo-saxonnes et par les émetteurs soumis à leurs appréciations, mais aussi aux conditions dans lesquelles les secteurs d'activités sont en mesure de s'organiser pour se faire entendre par les pouvoirs publics nationaux et commu-nautaires. La comparaison entre le secteur bancaire et celui de l'assurance est, à cet égard, riche d'enseignements...

Notes :

1. Une immobilisation ne doit plus être considérée comme un « tout » mais comme une somme de « composants », dont chacun doit être enregistré pour sa valeur et amorti pour sa durée d'utilité (un immeuble, par exemple, sera pris en compte dans ses différentes composantes).

2. Le comité « secteur public » de l'IFAC (International federation of accountants) a établi des normes spécifiques à ce secteur, les International public sector accounting standards (IPSAS).

3. Il s'agit : des instruments financiers comportant des produits dérivés, des passifs contractuellement liés à des actifs mesurés à leur juste valeur et, enfin, des cas où l'exposition d'un actif ou d'un passif à une variation de la juste valeur est compensée en substance par l'exposition d'un autre actif ou passif.

IFRS 4 CONTRATS D'ASSURANCE : QUELQUES QUESTIONS ET RÉPONSES

Peter Clark

Senior Project Manager
International Accounting Standards Board (IASB)

Cet article répond à des questions fréquemment posées au sujet de trois aspects du projet de l'IASB sur les contrats d'assurance : les objectifs de la phase 1 de ce projet, les écarts comptables ou mismatchs de la phase 1 et les projets de l'IASB afin de réactiver la phase 2.

Quels étaient les objectifs de l'IASB en phase 1 ?

Peu d'assureurs établissent aujourd'hui leur information financière selon les normes internationales d'information financière[1] (IFRS), mais on peut s'attendre à ce qu'un grand nombre d'entre eux le fasse d'ici 2005, plus particulièrement au sein de l'Union européenne et en Australie. Afin de permettre aux assureurs de mettre en place en 2005 certains aspects de son projet portant sur les contrats d'assurance, l'IASB a divisé ce projet en deux phases. Il a achevé la phase 1 en mars 2004 en publiant la norme IFRS 4 *Contrats d'assurance.*

Les objectifs de l'IASB en phase 1 étaient :

- d'apporter des améliorations provisoires et limitées à la comptabilité des contrats d'assurance, sans qu'elles imposent des changements sur lesquels il aurait été nécessaire de revenir lors de l'achèvement par l'IASB de la phase 2 de ce projet ;
- d'exiger de toute entité émettant des contrats d'assurance (c'est-à-dire un assureur) de communiquer des informations concernant ces contrats. Ces informations apporteront une nécessaire lumière à la comptabilité des assureurs, souvent décrite par les utilisateurs de leurs états financiers comme une boîte noire impénétrable.

La norme IFRS 4 inclut des mesures qui devraient alléger la tâche des assureurs adoptant les normes IFRS pour la première fois en 2005 :

- une nouvelle définition de ce qu'est un contrat d'assurance. Elle exclut certains contrats du champ d'application de la norme IAS 39 *Instruments financiers : comptabilisation et évaluation.*
- une dérogation à l'exigence rappelée dans la norme IAS 8 *Méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs* de se soumettre à d'autres normes IFRS et au Cadre conceptuel dans des domaines où aucune norme IFRS spécifique ne s'applique. Sans cette dérogation, une incertitude sur ce qui est acceptable aurait pu naître. Définir ce qui est acceptable aurait pu s'avérer coûteux et certains assureurs auraient peut-être dû effectuer des changements majeurs en 2005 et par la suite être obligés de mettre en place de nouveaux changements importants en phase 2. Cela aurait pu induire des perturbations inutiles lors de la phase 1 pour les utilisateurs ainsi que pour les assureurs.
- une dérogation, sous certaines conditions, à l'exigence d'évaluer à la juste valeur un dérivé incorporé dans un contrat d'assurance.
- une présentation facultative des contrats d'assurance acquis lors d'un rapprochement d'entreprises ou d'un

transfert de portefeuilles. Cette présentation permet aux assureurs d'utiliser les mêmes méthodes comptables pour les contrats d'assurance acquis que pour les nouveaux contrats émis. L'adoption de cette présentation implique la comptabilisation d'un actif incorporel pour tenir compte de la juste valeur, à la date de l'acquisition, des contrats acquis.

- une dérogation provisoire à certains aspects de la norme IAS 32 Instruments financiers : *informations à fournir et présentation* et à la norme IAS 39 concernant les éléments de participation discrétionnaire inclus dans les contrats d'assurance ou dans les instruments financiers.

Qu'est-ce qu'un « mismatch » comptable ?

Certains détracteurs de la norme IFRS 4 affirment qu'elle risque de générer des écarts. Il est important de distinguer un « écart comptable » d'un « écart économique ». Un écart comptable apparaît si une évolution des conditions économiques touche des actifs et des passifs de façon identique, alors que les valeurs comptables de ces actifs et passifs ne réagissent pas de façon identique à ces changements économiques. En particulier, un écart comptable apparaît lorsqu'une entité utilise des bases d'évaluations différentes pour l'actif et le passif. Un écart économique apparaît lorsque les valeurs de l'actif et du passif, ou les flux de trésorerie induits par l'actif et le passif, réagissent différemment à une évolution des conditions économiques.

Comment un « mismatch » comptable peut-il apparaître en phase I ?

De nombreux systèmes de comptabilité actuels évaluent les passifs d'assurance en utilisant le taux d'intérêt historique en vigueur à la date d'origine des passifs, plutôt que les taux d'intérêt actuels du marché, pratique que la norme IFRS 4 autorise de conserver. Cependant, la norme IFRS 4 ne modifie pas l'évaluation des actifs financiers détenus en couverture de contrats d'assurance. Ces actifs entrent dans le champ d'application de la norme IAS 39. D'après la norme IAS 39, de nombreux actifs sont susceptibles d'êtres évalués à la juste valeur. Si l'assureur classe les actifs dans la catégorie « disponibles à la vente », cette différence dans la base d'évaluation n'aura pas d'influence sur les profits ou les pertes mais peut induire une certaine volatilité des fonds propres.

Un système comptable idéal signalerait tous les écarts économiques et ne génèrerait aucun écart comptable. Un tel modèle-type n'a pu être développé dans le délai imparti pour la phase 1. L'IASB a donc examiné les alternatives suivantes, en faisant remarquer qu'elles avaient toutes des avantages et des inconvénients :

- alternatives portant sur l'actif :

(a) permettre une évaluation basée sur les coûts pour tous les actifs financiers détenus en couverture de contrats d'assurance ;

(b) permettre une évaluation basée sur les coûts pour les actifs financiers à échéance fixe détenus au titre de contrats d'assurance et qui respectent d'autres critères spécifiques ;

(c) permettre une évaluation basée sur les coûts pour les actifs financiers à échéance fixe détenus au titre de contrats d'assurance, mais imposer aux assureurs de comptabiliser l'écart économique entre ces actifs et les passifs d'assurance correspondants.

- alternatives portant sur le passif :

(d) permettre ou exiger des assureurs qu'ils réévaluent les passifs d'assurance afin de refléter les taux d'intérêt actuels du marché ;

(e) permettre ou exiger des assureurs qu'ils réévaluent les passifs d'assurance et qu'ils rendent compte des variations consécutives directement dans les fonds propres.

◆ Alternative (a) – évaluation basée sur les coûts pour tous les actifs financiers détenus en couverture des contrats d'assurance

Certains ont suggéré que l'IASB autorise les assureurs à évaluer aux coûts historiques tous les actifs détenus en couverture des contrats d'assurance. Cependant, cela aurait pu se traduire par la non prise en compte de *mismatchs* économiques dans les états financiers d'un assureur. Cette alternative suppose en réalité qu'il n'existe pas de *mismatch* économique et ne teste jamais

cette hypothèse. Par exemple, certains assureurs incluent des actions dans le portefeuille d'actifs qui couvrent leurs passifs d'assurances, car leurs systèmes de gestion actif/passif indiquent que cela génère le couple rendement/risque optimal. Cependant, même si le portefeuille qui optimise ce couple inclut des actions, il existe toujours un écart économique entre l'actif et le passif. Il serait trompeur de dissimuler cet écart économique en continuant d'utiliser une approche au prix de revient à la fois pour les actions et le passif.

Si une entité vend des actifs qui ont été évalués sur la base de leurs prix de revient, les gains et les pertes générés depuis le début seront rapportées en profit ou perte. Ainsi, une approche en coûts historiques autorise un écart comptable car le fait de vendre les actifs et de réinvestir le produit de la vente dans d'autres actifs produit le même effet qu'une réévaluation sélective à la juste valeur. Certains suggérèrent d'adopter des mécanismes de report pour parer aux ventes sélectives, mais de tels mécanismes auraient été complexes et auraient réduit la transparence.

◆ Alternative (b) – évaluation aux coûts historiques des actifs à échéance fixe respectant certains critères

L'alternative (b) autoriserait un usage plus large de l'évaluation basée sur les coûts pour les actifs finançant le passif d'assurance, tout en fixant des critères destinés à s'assurer qu'elle élimine principalement les écarts comptables, et non les écarts économiques. L'IASB fit un examen de deux versions de l'alternative (b). La première aurait étendu l'utilisation de la catégorie des placements détenus jusqu'à leur échéance. La seconde aurait engendré la création d'une nouvelle catégorie.

Certains avançaient la proposition que les assureurs souhaitaient adopter une stratégie impliquant la détention de titres jusqu'à leur échéance, tout en voulant garder une certaine flexibilité pour la vente des titres si les sinistres ou les cas de déchéance d'assurance dépassaient les prévisions. Ces personnes recommandèrent d'assouplir les restrictions de la norme IAS 39, afin que les assureurs adoptant une telle stratégie puissent utiliser plus facilement la catégorie des placements détenus jusqu'à leur échéance. Cependant, assouplir ces critères aurait remis en cause l'affirmation fondamentale selon laquelle une entité a, à la fois, l'intention et la capacité de conserver jusqu'à leur échéance les actifs classés dans cette catégorie.

De plus, lors de discussions avec des membres de l'IASB et de son personnel, les assureurs ont en règle générale indiqué qu'ils souhaitaient également conserver la possibilité de vendre lors d'une évolution des conditions démographiques et économiques, ce afin de trouver le meilleur couple rendement/risque. C'est là un objectif pertinent et compréhensible, mais il est difficile d'affirmer que, dans de tels cas, le coût pourrait être plus pertinent que la juste valeur. Bien que la norme IAS 32 impose la communication de la juste valeur d'actifs financiers comptabilisés à leur coût amorti, cette communication ne corrige pas une évaluation inappropriée. Si une entité a besoin de vendre des actifs suite à une évolution des cours du marché ou à un manque de liquidités par exemple, la seule mesure appropriée est la juste valeur.

En résumé, la première version de l'alternative (b) n'assouplirait pas suffisamment les critères de comptabilisation dans la catégorie des titres détenus jusqu'à maturité au point de donner envie aux assureurs de l'utiliser. Inversement, si les critères avaient été suffisamment assouplis, de telle sorte que les assureurs souhaitent l'utiliser, il y aurait eu un trop grand risque de masquer l'écart économique.

La seconde version de l'alternative (b) crée une nouvelle catégorie d'actifs financiers et essaie d'imposer une certaine discipline en fixant des restrictions concernant son usage. L'IASB a étudié la mise en place de cette version au Japon. Cette version permet une évaluation basée sur les coûts si les durations (ie, les échéances moyennes) du passif d'assurance égalent celles des actifs correspondants dans une fourchette de 80 à 125 %. Si un écart économique apparaît dans cette fourchette, cette approche ne le prend pas en compte. De plus, les gains et les pertes provenant de la vente d'actifs détenus à leur coût amorti sont généralement comptablisés immédiatement dans les profits ou les pertes (sauf que certains profits sont différés et amortis si les ventes ne sont pas cohérentes avec la stratégie d'équilibre des durations actif et passif).

Le fait de créer une telle catégorie induirait la

nécessité de faire des distinctions arbitraires et de mettre en place des procédures d'attribution complexes. Cela ne rendrait pas les états financiers d'un assureur plus pertinents ou plus fiables, et pourrait imposer aux assureurs le développement de systèmes coûteux. De fait, certains assureurs japonais n'utilisent pas cette nouvelle catégorie d'actifs, pour des raisons de systèmes informatiques ou autres.

◆ Alternative (c) – évaluation basée sur les coûts, mais avec comptabilisation du mismatch économique

L'alternative (c) permettrait un usage plus large de l'évaluation des actifs par les coûts, mais imposerait à un assureur d'évaluer l'importance de l'écart économique sur une base simplifiée et de le comptabiliser. Supposons par exemple que le portefeuille obligataire d'un assureur ait une valeur nominale de 1 000 et que la juste valeur de ce portefeuille soit désormais de 1 100 du fait d'une évolution des taux d'intérêt et des marges de crédit. Supposons également que ce portefeuille couvre un passif d'assurance d'une valeur comptable initiale de 1 000, et que les taux d'intérêt actuels fassent augmenter la valeur de ce passif à 1 120. Ainsi, un écart économique de 20 apparaît (1 120 – 1 100). En utilisant l'alternative (c), les obligations resteraient à leur coût d'acquisition, le passif d'assurance ne serait pas réévalué suite à l'évolution des taux d'intérêt et l'assureur enregistrerait l'écart économique en comptabilisant une perte de 20 et une dette supplémentaire du même montant.

Des représentants des principaux assureurs européens présentèrent un projet de propositions visant à développer l'alternative (c) lors d'une réunion avec des membres de l'IASB et de son personnel. Cette alternative aurait permis d'éviter certains des problèmes pratiques et conceptuels inhérents aux alternatives (a) et (b). Cependant, de nombreux assureurs pourraient ne pas être capables ou pourraient ne pas souhaiter investir dans des systèmes pouvant nécessiter des rectifications en phase 2. De plus, cette approche non testée avait été développée en peu de temps et elle n'a pu être élaborée dans tous les détails.

Les systèmes nécessaires à l'alternative (c) auraient également été valables pour l'alternative (d) abordée ci-dessous (qui ajuste tout ou partie du passif suite à une évolution des taux d'intérêt). En utilisant l'alternative (d), l'assureur évaluerait les actifs à la juste valeur (1 100 dans l'exemple ci-dessus) et ajusterait le passif suite à une évolution des taux d'intérêt (à 1 120 dans l'exemple ci-dessus), enregistrant ainsi une perte nette de 20 (comme indiqué dans l'exemple ci-dessus).

Conclusions d'ensemble concernant les alternatives portant sur l'actif

En résumé, les alternatives (a) à (c) qui portent sur l'actif ont les inconvénients suivants.

- La juste valeur est une mesure plus pertinente que le coût amorti pour les actifs financiers qu'une entité pourrait vendre suite à une évolution des conditions de marché ou autre.
- Dans sa réponse à l'ED 5, (l'exposé-sondage qui précédait IFRS 4) le CFA[2] Institute (auparavant dénommé AIMR) recommanda vivement à l'IASB de ne pas étendre l'utilisation du coût amorti dans la norme IAS 39. Le CFA Institute est une association professionnelle composée de 70 000 analystes financiers, de gérants de portefeuilles et d'autres professionnels de la gestion répartis dans plus de cent pays.
- Un modèle comptable évaluant à la fois l'actif et le passif en s'appuyant sur les taux d'intérêt actuels fournirait des informations sur le niveau du *mismatch* économique. Un modèle qui s'appuierait sur les valeurs historiques, ou qui ignorerait la valeur temporelle de l'argent dans l'évaluation de certains passifs d'assurance, ne le permettrait pas. Les analystes financiers font souvent remarquer qu'il est très important pour eux d'avoir des informations concernant l'écart économique.
- L'écart comptable provient plus de l'imperfection des modèles existants d'évaluation des passifs d'assurance que d'une insuffisance dans l'évaluation des actifs.
- Aucune proposition seule n'aurait éliminé l'écart comptable pour la plupart des assureurs sans également masquer l'écart économique.
- Aucune proposition seule n'aurait été jugée acceptable par la plupart des assureurs.
- Aucune proposition seule n'aurait pu être mise en place par la plupart des assureurs sans évolutions majeures des systèmes. En d'autres termes, aucune

solution construite à partir des approches et des systèmes couramment utilisés par le secteur de l'assurance n'était disponible.

◆ Alternative (d) – réévaluer le passif d'assurance pour refléter les taux d'intérêt actuels du marché

Passer d'un taux d'actualisation historique concernant le passif d'assurance aux taux d'actualisation actuels du marché rendrait les états financiers d'un assureur plus pertinents et plus fiables. C'est pourquoi un tel changement est autorisé par la norme IFRS 4. Si les passifs d'assurance et les actifs à revenus et à échéance fixes correspondants réagissent de manière identique aux évolutions des taux d'intérêt, un tel changement éliminerait une grande partie de l'écart comptable. À cause de leurs systèmes informatiques ou pour d'autres raisons, maints assureurs pourraient ne pas souhaiter ou ne pas être en mesure d'introduire en phase 1 une actualisation basée sur les taux courants du marché pour l'ensemble des passifs d'assurance. Par conséquent, bien que la norme IFRS 4 autorise un tel changement, elle ne l'impose pas.

La norme IAS 8 *Méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs* exige que les méthodes comptables soient appliquées de façon cohérente. Néanmoins, l'IASB a conclu que l'amélioration de la pertinence et de la fiabilité, suite à l'introduction d'un taux d'actualisation courant, pourrait compenser les inconvénients d'appliquer des méthodes comptables hétérogènes à des passifs d'assurance homogènes. Par conséquent, la norme IFRS 4 autorise un assureur à changer ses méthodes comptables afin de réévaluer les passifs d'assurance correspondants lors d'une évolution des taux d'intérêt, sans pour autant le lui imposer. Par dérogation à la norme IAS 8, un assureur est autorisé à opérer un tel changement sans devoir l'appliquer à tous les passifs homogènes.

Des modèles simplifiés peuvent parfois donner une estimation raisonnable des conséquences d'une évolution des taux d'intérêt. Ainsi, les assureurs pourront mettre à jour une partie ou l'intégralité des passifs d'assurance suite aux évolutions des taux d'intérêt, sans avoir à apporter de changements majeurs à leurs systèmes de traitement des opérations sous-jacentes. Ajuster le taux d'actualisation des passifs en question n'éliminera pas tous les écarts comptables décrits ci-dessus, et certains assureurs, voire même beaucoup, choisiront sans doute de ne pas effectuer cet ajustement. Les raisons à cela sont les suivantes :

- comme indiqué ci-dessus, il se peut que beaucoup d'assureurs n'aient pas de systèmes capables d'ajuster les passifs lors d'une évolution des taux d'intérêt, et qu'ils ne souhaitent pas développer de tels systèmes même s'ils sont autorisés à apporter ce changement sans avoir à l'appliquer à l'intégralité du passif.
- des changements de taux d'actualisation n'interviendraient pas dans l'évaluation des passifs d'assurance actuellement évalués à la valeur comptable accumulée (prime initial plus intérêts courus).
- un changement des taux d'actualisation ne changerait pas l'évaluation de passifs financiers avec option de rachat, parce que la norme IAS 39 précise que leur juste valeur ne peut être inférieure au montant remboursable sur demande (actualisé, si applicable, à partir de la première date à laquelle le paiement de ce montant peut être exigé). Bien que ce dernier point ne concerne pas directement les contrats d'assurance, beaucoup d'assureurs vie émettent des contrats d'épargne concernés.

◆ Alternative (e) – réévaluer le passif d'assurance et comptabiliser les variations en fonds propres

Certains suggérèrent à l'IASB qu'il crée une nouvelle catégorie de passifs « disponibles au règlement »[3], analogue à celle des actifs disponibles à la vente, qui serait évaluée à la juste valeur, avec des changements de juste valeur reconnus dans les fonds propres. Cependant, l'IASB a écarté cette alternative qui :

- aurait nécessité une distinction entre cette catégorie et la catégorie résiduelle de passifs financiers qui ne sont pas détenus à des fins de transaction. L'IASB n'a identifié aucun critère pour une telle distinction, ni pour décider laquelle de ces deux catégories serait la nouvelle catégorie résiduelle.
- aurait pu imposer aux assureurs le développement de nouveaux systèmes sans aucune certitude que ces systèmes soient nécessaires en phase 2.

L'IASB est-il le seul organisme à ne pas éliminer le « mismatch » comptable ?

Étendre l'utilisation du coût amorti serait contradictoire avec les normes US GAAP. L'écart comptable décrit ci-dessus existe depuis plusieurs années en US GAAP, qui imposent aux assureurs de rendre compte de leurs actifs financiers d'une manière relativement identique à celle préconisée par la norme IAS 39. De plus, le normalisateur américain, le FASB[4], a décidé en janvier 2004 de ne pas ajouter à son agenda un projet visant à reconsidérer les normes US GAAP pour les titres détenus par les sociétés d'assurance vie.

◆ L'évaluation séparée de l'actif et du passif ignore-t-elle l'importance de la gestion actif/passif ?

La gestion actif/passif est une composante majeure de la gestion du risque d'un assureur. La norme IFRS 4 en a conscience puisqu'elle exige que l'on communique des informations à ce sujet. Cependant, le fait qu'un assureur investisse les cotisations perçues dans des actifs spécifiques ne change en rien la valeur du passif (à moins que les flux de trésorerie générés par l'actif déterminent les montants payés aux titulaires de contrats d'assurance).

Une analogie simple peut expliquer ce point. Supposons que trois entités émettent chacune des obligations à un an pour un montant de 100. Les obligations induisent un paiement unique de 105 dans un an. La première entité investit le produit dans des titres gouvernementaux à un an, rapportant un intérêt de 5 % et payables annuellement. La deuxième entité investit le produit dans des placements en actions. La troisième entité investit le produit dans un portefeuille d'investissements en capital risque. La deuxième et la troisième entités considèrent (probablement à raison) que l'issue la plus probable est une augmentation de leurs actifs de plus de 5 % en 12 mois. Cependant, la juste valeur des actifs au départ n'excède pas 100. De même, la valeur du passif n'est pas inférieure à 100 (en supposant que la possibilité de défaut est négligeable).

Certains assureurs utilisent des programmes de gestion actif/passif qui proposent d'investir dans des actifs afin d'obtenir le couple rendement/risque optimal pour l'actif et le passif dans leur ensemble. De tels programmes n'éliminent pas forcément l'écart économique. Par exemple, comme nous l'avons abordé ci-dessus, un écart économique existe si un assureur acquiert des actions pour financer des passifs d'assurance procurant des avantages non liés contractuellement à ces titres, même si ces titres font partie d'un portefeuille qui offre pour ce passif un couple rendement/risque optimal.

◆ Les assureurs peuvent-ils trouver un moyen d'expliquer les conséquences du « mismatch » comptable ?

Les normes IAS 1 et IAS 32 n'excluent pas la présentation d'une composante séparée des fonds propres visant à signaler une partie du changement (et du changement cumulé) de la valeur comptable d'actifs financiers à échéance fixe disponibles à la vente. Un assureur pourrait utiliser une telle présentation pour mettre l'accent sur certaines conséquences d'une évolution des taux d'intérêt sur les fonds propres. Il s'agit d'une évolution qui modifierait la valeur comptable des actifs mais ne changerait pas la valeur comptable des passifs réagissant pourtant économiquement de façon identique à une évolution des taux d'intérêt.

◆ Lorsqu'il finalisa IFRS 4, l'IASB a-t-il pris des dispositions pour réduire le « mismatch » comptable ?

Lors de la finalisation de l'IFRS 4, l'IASB apporta des changements à ses précédentes propositions. Il se peut que ces changements atténuent l'écart comptable dans certains cas :

- L'IASB a autorisé un assureur à changer ses méthodes comptables afin qu'il réévalue, en fonction de l'évolution des taux d'intérêt, des passifs d'assurance désignés par l'assureur.
- L'IASB a clarifié l'applicabilité d'une pratique parfois connue sous le nom de « *shadow accounting* ».
- L'IASB a modifié la norme IAS 40 *Immeubles de placement* afin d'autoriser deux choix distincts lorsqu'une entité sélectionne le modèle de la juste valeur ou le modèle du coût pour les immeubles de placement. Le premier choix concerne les immeubles de placement détenus en couverture de contrats (qu'ils soient des

contrats d'assurance ou des instruments financiers) qui génèrent un rendement directement lié à la juste valeur ou au rendement d'actifs spécifiques incluant ces immeubles de placement. L'autre choix concerne tous les autres immeubles de placement.

L'IASB a fait également remarquer que certaines entités avaient mal interprété les conseils d'application promulgués dans la norme IAS 39 au sujet des ventes, suite à une détérioration importante de la solvabilité de l'émetteur, de titres antérieurement classés parmi les placements détenus jusqu'à leur échéance. Il semble en particulier que certaines entités aient interprété ces conseils comme se limitant à des changements apportés à une notation financière par une agence externe, alors qu'ils faisaient également référence aux notations internes respectant certains critères spécifiques.

Vers la phase 2

L'IASB prévoit de réactiver la phase 2 de ce projet dans les semaines à venir. Dans un premier temps, l'IASB constitue un petit groupe de professionnels expérimentés de l'assurance pour l'aider à analyser les problèmes. L'IASB estime qu'il peut maintenant porter un regard nouveau sur la comptabilité des sociétés d'assurances. Bien que le prédécesseur de l'IASB ait publié un *Document de Travail*[5] et une *Déclaration Préliminaire de Principes*[6] et que l'IASB ait lui-même discuté du projet lors de nombreuses réunions, d'autres priorités ont obligé l'IASB à suspendre ses travaux après la réunion de janvier 2003. L'IASB considèrera le travail déjà fait comme une ressource utile, mais ne se sentira pas limité par celui-ci. Les seules restrictions auxquelles il devra se plier lorsqu'il portera un regard nouveau sur cette information financière sont le cadre conceptuel de l'IASB et les principes généraux établis dans les normes existantes de l'IASB.

Notes :

1. *International Financial Reporting Standard*
2. *Chartered Financial Analyst*
3. *available for settlement*
4. *Financial Accounting Standards Board*
5. *Issues Paper*
6. *Draft Statement of Principles*

IFRS 4 : UNE APPLICATION FICTIVE DES NORMES IAS À L'ASSURANCE

Antoine Bracchi

Président, Conseil national de la comptabilité

Il ne faut pas s'acharner sur l'IASB et le considérer comme un organisme « pestiféré ». En revanche, certaines de ses décisions sont hautement contestables et il est nécessaire et urgent de se pencher sur ses dérives. En particulier, l'IFRS 4 est une non-norme qui s'insère mal dans l'ensemble du référentiel IAS /IFRS.

L'IASB voudrait améliorer la comparabilité

Quelle est la situation comptable dans l'assurance aujourd'hui ?

Elle est caractérisée par une grande hétérogénéité sur le plan mondial. Par exemple :

- aux États-Unis, le *shadow accounting* a fleuri pour résoudre les *mismatchs* comptables en période de baisse ou de stabilité des taux d'intérêt ;
- en Angleterre, on utilise des taux d'actualisation des provisions techniques, très changeants d'une année sur l'autre, afin que la valeur de l'actif soit raccordée avec celle du passif ;
- en France, on est resté à un référentiel très stable, en valeur historique.

Quelle est la qualité de ces informations financières pour les différents utilisateurs ?

Une chose est certaine, les informations financières sont différentes par nature et donc par essence non comparables. Un analyste financier qui arriverait à rendre les comptes comparables sur la base des seuls documents publiés me semblerait particulièrement doué. L'un des objectifs essentiels de l'IASB est de produire des informations financières comparables entre sociétés et de par le monde. Il est de notoriété totale que les états financiers, ainsi que les informations financières publiées aujourd'hui, ne sont pas comparables directement, et, de fait, qu'il est difficile de les comparer par la simple connaissance ou lecture des informations publiées.

Actuellement, les comptes sont-ils lisibles ?

Assez peu, le lecteur devant préalablement connaître et comprendre le référentiel et les règles utilisées. De plus, les informations les plus éclairantes se trouvent dans l'annexe, et même en dehors des comptes, voire encore beaucoup plus dans la connaissance du secteur ou des sociétés concernées.

Le problème essentiel de l'assurance est en effet de valoriser les provisions qui sont des estimations d'évènements futurs, surtout les provisions vie, pour ensuite les comparer, les rapprocher de la valorisation des actifs suivant des principes aujourd'hui très variables.

L'IASB croyait avoir trouvé « la » bonne solution avec le *Draft Statement of Principles* de 2001. Mais avec *Exposure Draft* n° 5 de 2003, il aura fallu au total trois essais, pour n'aboutir en définitive qu'à une norme provisoire et de faible qualité : la norme IFRS 4 (2004). Et encore restons-nous dans l'attente d'une norme définitive pour 2007 au plus tôt !

Quelle est la nature de la norme IFRS 4 ?

Une seule caractéristique est notable. Il s'agit d'une norme de transition. Son unique objectif est de faire rentrer les sociétés d'assurances dans le cadre des IFRS à la date prévue, c'est-à-dire au 1er janvier 2005, et, ainsi, que le référentiel IFRS s'applique à tous les secteurs d'activité. C'est un objectif très limité, *a minima*, et ce n'est pas nécessairement un bon objectif ou un objectif dont il faut se satisfaire.

Cette norme apporte cependant quelques éléments d'avancée. Elle impose la communication d'informations supplémentaires en annexe, des *disclosures*, non communiquées à l'heure actuelle par les sociétés d'assurances : hypothèses utilisées, tableaux récapi-tulatifs des variations annuelles des provisions ou analyse de sensibilité au taux par exemple.

Deux remarques cependant sur l'annexe.

Tout d'abord, elle n'a jamais été un substitut pour les valorisations qui figurent dans les états financiers. Est-ce donc bien une avancée que de donner des éléments complémentaires pour éventuellement comprendre ou rectifier des valorisations figurant au bilan ? L'annexe est une information complémentaire aux chiffres, et non un substitut à ceux-ci.

De plus, l'annexe devenant très compliquée, on peut se demander, hors les spécialistes pointus, quelle est la valeur d'une annexe que seuls ces derniers pourront exploiter.

Enfin les tenants de la juste valeur pensent qu'il y a dans la norme IFRS 4 une avancée du fait de la valorisation des actifs à la juste valeur. Il est possible cependant de considérer que la valorisation des actifs en juste valeur préempte une valorisation des passifs selon le même principe. Or, l'une des causes de l'échec du Draft Statement of Principles a été la valorisation des passifs à la juste valeur, ce que nombre de sociétés d'assurances considéraient, non sans raison, être dans l'impossibilité de déterminer.

En quoi cette norme est-elle imparfaite ?

En réalité, l'IFRS 4 n'est pas une norme. Elle n'est que l'agrégat de certaines pratiques actuelles. Cette norme permet de continuer ces pratiques, de modifier celles retenues précédemment s'il est estimé que de cette façon une image plus fidèle est obtenue, etc. Elle n'apporte pas de solutions aux problèmes posés, ni ne cherche à le faire.

Comment s'insère-t-elle dans l'ensemble des normes IAS/IFRS ?

Le plus grand défaut de l'IFRS 4 est le couple qu'elle forme avec l'IAS 39, qui, elle, donne les principes d'évaluation des instruments financiers. Selon l'IAS 39, les actifs sont valorisés en valeur de marché, ce qui conduit à une incohérence comptable, le « mismatch », lorsque les provisions techniques restent au coût historique. La norme IFRS 4 rajoute à un mismatch économique, qui résulte de la gestion des actifs en fonction des passifs à venir, un mismatch comptable qui est une pure fiction sans aucune réalité économique. Les sociétés d'assurances vont par suite devoir communiquer sur des variations économiquement justifiées. De surcroît, l'IAS 39 donne l'option aux entreprises de valoriser certains de leurs risques d'assurance, au passif, sur la base de la fair value et donc d'arbitrer entre IAS 39 et IFRS 4.

Tout cela ne constitue pas une avancée, mais est bel et bien critiquable. On crée le mismatch comptable, on n'améliore pas les principes de reconnaissance des éléments comptables, ni leur valorisation, et de nouveaux problèmes sont établis :

- le champ est ouvert au choix de taux d'actualisation changeant d'une année sur l'autre pour déterminer les provisions techniques ;

- une nouvelle pratique comptable est instituée, le shadow accounting, sans être bien encadrée. Pour compenser le mismatch, en cas de hausse des taux, on en vient à reporter la baisse des actifs sur les assurés, en créant une nouvelle catégorie d'actifs, véritable Ovni comptable, une participation aux bénéfices différée actif, c'est-à-dire une créance sur les assurés.

Alors que les changements de politiques comptables devraient être faits pour rendre les états financiers plus « fiables » ou « pertinents », on doit se demander ce que veulent dire fiable et pertinent !

De toute évidence, la norme IFRS 4 ne permet pas d'améliorer la comparabilité. La comparabilité inter-entreprises qui existe aujourd'hui est perdue. Elle est tout aussi perdue pour un même lieu si les sociétés d'assurances décident de changer unilatéralement leurs méthodes de valorisation des provisions et elle n'est pas, sur un plan interpays, renforcée. Charge aux analystes financiers de rétablir ces comparaisons ; bon courage !

Conclusion et recommandation à l'IASB

L'IFRS 4 est une mauvaise norme voire une non-norme. L'avenir n'est guère plus encourageant, puisque après avoir introduit la fair value en phase 1, la *full fair value* nous attend pour la phase 2. Je recommande à l'IASB de se pencher plus précisément sur les caractéristiques métiers du secteur, en particulier :

- regarder l'inversion du cycle de production ;
- résoudre le mismatch comptable ;
- se dépêcher de passer en phase 2

Notes :

1. *IASB : International Accounting Standards Board*
2. *IAS : International Accounting Standards*
3. *IFRS : International Financial Reporting Standards*

NORMES IAS : IMPACTS SUR LE CONTRÔLE PRUDENTIEL

Florence Lustman
Secrétaire générale

Viviane Leflaive
Commissaire contrôleur, chargée de projet comptabilité

Sarah Bouquerel
Commissaire contrôleur

Commission de contrôle des assurances

A compter du 1er janvier 2005, soit dans quelques mois à peine, les sociétés de l'Union européenne faisant appel public à l'épargne[1] (désignées infra comme les sociétés APE) devront, en application des dispositions communautaires, publier des comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales adoptées à cette date par le Comité (européen) de réglementation comptable. Pour les organismes d'assurance concernés, la tâche s'annonce ardue. Si l'IASC [International Accounting Standards Committee]*, transformé au cours de l'année 2001 en IASB* [International Accounting Standards Board]*, a reconnu dès 1997 la nécessité d'élaborer une norme spécifique pour les contrats d'assurance, la complexité de ce projet n'a pour l'instant permis d'aboutir qu'à la publication d'une norme provisoire, IFRS 4, en mars 2004. Au-delà de cette norme, spécifique aux contrats d'assurance, les normes IAS 32 et 39, relatives aux instruments financiers, joueront également un rôle majeur en comptabilité des assurances puisqu'elles s'appliqueront non seulement aux actifs financiers venant en représentation des engagements techniques mais également aux passifs de certains contrats d'assurance vie considérés par l'IASB comme des contrats d'épargne*

Alors qu'il existe aujourd'hui un large consensus pour reconnaître que la norme IFRS 4 est largement insatisfaisante et laisse sans réponse de nombreuses questions, et que les normes IAS 32 et IAS 39, mal adaptées au cas de l'assurance, font encore l'objet de débats, ce sont pourtant bien les dispositions qu'elles contiennent que les organismes d'assurance doivent se préparer à appliquer, pour l'établissement de leurs comptes consolidés pour l'exercice 2005.

En matière de contrôle prudentiel, l'utilisation des normes comptables internationales pourrait avoir

un impact sur la surveillance complémentaire à laquelle sont soumises les entreprises appartenant à un groupe d'assurance, dans la mesure où le calcul de la marge de solvabilité ajustée pour ces entreprises est aujourd'hui déterminé sur la base de leurs comptes consolidés.

Cependant, étant donné la multiplicité des options ouvertes aux entreprises et l'étendue des marges d'interprétation existant dans l'état actuel du système normatif comptable international, il n'est aujourd'hui pas envisageable de réaliser la surveillance complémentaire sur la base des comptes consolidés produits conformément aux normes IAS/IFRS. C'est cette position que le présent article vise à expliciter.

◆ La réglementation européenne relative aux normes comptables internationales

Ainsi qu'il a été mentionné *supra*, en application du règlement européen n° 1606/2002/CE, les sociétés APE seront tenues, pour chaque exercice commençant après le 1er janvier 2005, de préparer leurs comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales adoptées par le Comité (européen) de réglementation comptable, dans le cadre de la procédure prévue par l'article 6 du règlement. Ce texte laisse de plus ouvertes un certain nombre d'options, dont l'exercice est laissé à la discrétion des Etats membres.

La France quant à elle envisage, d'une part d'autoriser, en application de l'article 5 b) du règlement, les sociétés ne faisant pas appel public à l'épargne à établir leurs comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales et, d'autre part de reporter, en application de l'article 9 du même règlement, l'application des normes comptables internationales au 1er janvier 2007 pour l'établissement des comptes consolidés des sociétés dont seules les obligations sont admises à la négociation sur un marché réglementé. En revanche, il n'est à ce jour pas envisagé de retenir les options données par l'article 5a) et b) d'étendre aux comptes sociaux[3] l'utilisation des normes comptables internationales.

◆ Les conséquences sur la surveillance prudentielle des organismes d'assurance

Au 1er janvier 2005, tous les organismes d'assurance, qu'ils fassent ou non appel public à l'épargne, continueront à publier leurs comptes sociaux conformément aux normes comptables françaises. Les éléments nécessaires à l'appréciation des exigences de marge de solvabilité et de couverture des engagements réglementés prévues par le code des assurances, et plus généralement, tous les éléments du compte-rendu détaillé annuel remis chaque année à la Commission de contrôle des assurances (CCA), restent donc disponibles dans les mêmes conditions.

S'agissant des états réglementaires transmis trimestriellement à l'autorité de contrôle, des difficultés pourraient cependant apparaître si certains organismes n'établissant pas de comptes trimestriels décidaient d'utiliser l'option envisagée par la France de tenir leur comptabilité conformément aux normes comptables internationales[4]. Dans ce cas, il serait nécessaire d'exiger un retraitement trimestriel des comptes selon les normes comptables françaises ou, au minimum, une réconciliation des postes nécessaires à l'établissement des états trimestriels T2 et T3, qui contiennent des informations relatives, respectivement aux encours trimestriels des placements et à des simulations actif-passif

◆ Les conséquences sur la surveillance complémentaire

En application de l'article R. 334-41 du code des assurances, les entreprises appartenant à un groupe d'assurance doivent présenter une solvabilité ajustée positive sur la base des comptes consolidés ou combinés établis conformément aux normes comptables françaises[5].

Pour les organismes faisant appel public à l'épargne ainsi que ceux qui feront le choix de l'application des normes comptables internationales pour leurs comptes consolidés, les éléments nécessaires à l'appréciation de l'exigence de marge de solvabilité ajustée et à l'établissement du dossier y afférent, ne seront plus automatiquement disponibles. Étant donné le nombre des options et l'étendue des marges d'interprétation ouvertes par les normes IAS/IFRS pour les comptes

des organismes d'assurance, l'éventail des situations possibles est extrêmement large. Plusieurs exemples de divergences de traitement comptable pouvant apparaître méritent d'être cités.

Ainsi, les placements financiers détenus pourraient, dans l'état actuel de la norme IAS 39, être classés, au choix de l'organisme, soit en placements détenus jusqu'à l'échéance, évalués au coût amorti[6], soit en instruments financiers disponibles à la vente ou détenus à des fins de transaction, évalués à la juste valeur, avec comptabilisation des variations, respectivement en fonds propres et en résultat. Les options et marges d'interprétation relatives à la classification des contrats d'assurance vie de type épargne sont plus nombreuses encore. Nous avons relevé cinq possibilités distinctes de classement ouvertes selon qu'on considère, entre autre, que ces contrats relèvent soit d'IAS 39, soit d'IFRS 4[7].

De la même manière, nous avons dénombré au moins trois options d'évaluation des engagements techniques des assureurs pour les contrats contenant un risque significatif d'assurance (et relevant donc d'IFRS 4), parmi lesquelles figure la possibilité laissée ouverte aux organismes de changer le taux d'actualisation des provisions techniques en fonction de l'évolution du taux de marché, en application du paragraphe 24 de la norme.

À l'évidence, ces diverses options, en particulier les modifications unilatérales du taux d'actualisation des provisions techniques sans aucune vérification de la pertinence de ce taux par rapport au taux de rendement attendu des actifs effectivement détenus par l'entreprise, font peser un risque réel quant à la pertinence de l'évaluation des passifs techniques des organismes d'assurance. En outre, ces options obèrent gravement la comparabilité des comptes entre deux entreprises du marché, voire d'une année sur l'autre pour une même entreprise.

En conséquence, il conviendra de maintenir pour les entreprises appartenant à un groupe d'assurance, l'obligation de présenter une solvabilité ajustée positive sur la base des comptes consolidés ou combinés établis conformément aux normes françaises ou, au minimum, d'exiger une réconciliation de l'ensemble des postes du bilan nécessaires à la surveillance complémentaire.

◆ Les inquiétudes suscitées par les normes applicables aux organismes d'assurance

Aux problèmes de comparabilité évoqués ci-dessus, s'ajoute le manque de pertinence et de fiabilité, souligné à de nombreuses reprises par le secrétariat général de la CCA, de certains principes comptables proposés par l'IASB. Certains points en particulier peuvent être cités, sans que les exemples évoqués ci-après ne constituent une liste exhaustive des difficultés détectées.

S'agissant par exemple de l'évaluation de la juste valeur d'un instrument financier, la référence, acceptée par l'IASB, à une cotation régulière n'est pas acceptable si le marché est insuffisamment liquide ou si l'entreprise y est en situation dominante ; en outre, si l'évaluation à la valeur de marché donne une image fidèle pour les instruments financiers détenus à des fins de transaction et donc susceptibles d'être cédés à court voire très court terme, il n'en va pas nécessairement de même pour l'ensemble des instruments financiers, en particulier pour les placements détenus dans le cadre de participations. Sur le même sujet, l'évaluation par comparaison avec des instruments similaires est difficile à mettre en œuvre dans la mesure où la corrélation entre deux instruments est d'appréciation complexe. Enfin, il faut souligner que l'évaluation par modélisation est un pari sur la fiabilité du modèle utilisé.

Par ailleurs, l'option de classer tout instrument financier dans la catégorie des instruments détenus à des fins de transaction permet aux entreprises de choisir de façon opportuniste le mode de comptabilisation d'un instrument donné, diminuant fortement la comparabilité des comptes d'une entreprise à l'autre ; les amendements de l'exposé-sondage du 21 avril 2004 ne répondent que très partiellement à ce problème.

Parmi les questions spécifiques aux organismes d'assurance, on peut en premier lieu regretter la rigidité des critères de définition des placements détenus jusqu'à l'échéance, énoncés dans la norme IAS 39 et, dès lors leur inadaptation aux contraintes qui sont celles d'un assureur. Ainsi, pour comptabiliser une obligation

dans cette catégorie, un assureur devra s'engager à ne pratiquement jamais vendre d'obligations, quelle que soit l'évolution des taux. De même, un assureur qui aura acquis une obligation pour couvrir ses engagements contractuels devra la conserver en cas de rachat des contrats.

Plus encore, l'état actuel des normes IAS/IFRS laisse sans réponse de nombreuses interrogations relatives au traitement comptable des contrats ne comportant pas un risque d'assurance suffisant pour être considérés comme relevant de la norme sur les contrats d'assurance par l'IASB, notamment sur le traitement comptable des frais d'acquisition reportés, des options de rachat et de la participation aux bénéfices différée. Peut également être mentionnée la conséquence absurde de la prise en compte du risque de crédit de l'assureur dans la juste valeur de son passif, qui équivaut à autoriser un assureur en difficulté à moins provisionner ses engagements qu'un assureur en bonne santé....

Pour finir, si on mentionne également que les recherches et les tests sur le terrain effectués jusqu'alors sont très insuffisants et qu'aucune étude sur les éventuels impacts macroéconomiques de la juste valeur (notamment sur les risques d'amplification des cycles) n'a encore été menée, on peut légitimement considérer que de fortes incertitudes entourent l'entrée en application des normes IAS/IFRS et que des difficultés, notamment en termes de fiabilité et de comparabilité des comptes produits par les organismes concernés, sont tout à fait susceptibles d'apparaître.

◆ Conclusion

En conclusion, les normes IAS/IFRS, dans leur état actuel ne permettront pas de produire des comptes qui pourraient servir de base à l'exercice de la surveillance prudentielle. Cette position s'appuie sur le constat selon lequel la multiplicité des options et l'étendue des marges d'interprétation laissées ouvertes d'une part, le nombre de questions laissées sans réponse d'autre part, ne permettent pas de s'assurer de la fiabilité, de la pertinence et de la comparabilité des comptes consolidés qui seront bientôt produits conformément à ces normes.

Cependant, il serait aujourd'hui erroné de considérer que les contrôleurs d'assurance, français en particulier, ont adopté une position isolée d'opposition pure et simple à l'adoption de normes comptables internationales.

Il est en effet important de rappeler, d'une part qu'il existe un large consensus, rassemblant l'ensemble des acteurs du secteur de l'assurance (organismes d'assurance, régulateurs, superviseurs, commissaires aux comptes), pour reconnaître qu'IFRS 4 n'est qu'une insatisfaisante norme de transition, d'autre part, que dans les mois à venir, l'IASB commencera ses travaux dits de « phase II », visant à la publication d'une norme définitive relative aux contrats d'assurance.

Sur le premier point, soulignons que la publication, en avril dernier, du projet d'avis de l'EFRAG [*European Financial Reporting Group*] sur l'adoption par le comité européen de réglementation comptable d'IFRS 4, a donné lieu à la rédaction de lettres de commentaires unanimes pour reconnaître les difficultés soulevées par l'application de cette norme et notamment par la persistance d'un « mismatch » entre l'actif et le passif, que la possibilité ouverte aux assureurs de changer le taux d'actualisation de leur provisions techniques ne permet pas de résoudre (cf. *supra*).

Sur le second point, il convient de souligner que le Secrétariat général de la Commission de Contrôle des Assurances CCA est, depuis de nombreuses années, très impliqué dans la réflexion conduite aux niveaux français, européen et international sur la définition et l'impact d'un système normatif comptable international. En particulier, il contribue à l'initiative récente de l'Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance (l'*IAIS*, en anglais), qui atteste la volonté de cette organisation de jouer un rôle proactif et constructif au cours de la phase II du projet de l'IASB sur les contrats d'assurance. Selon les termes du nouveau mandat donné au sous-comité comptable par le comité technique de l'IAIS[8], cette instance est désormais chargée de conduire des travaux visant à étudier la possibilité d'utiliser un modèle compatible avec les principes énoncés par les normes IAS/IFRS comme base d'un système de contrôle prudentiel, et, en particulier, à examiner les méthodes d'évaluation des passifs d'assurance, cohérentes avec les conclusions probables des travaux de l'IASB qui pourraient être acceptables à des fins prudentielles.

Notes :

1. Par « sociétés faisant appel public à l'épargne », il faut entendre les sociétés dont les titres sont admis à la négociation sur le marché réglementé d'un État membre au sens de l'article 1er, point 13, de la directive 93/22/CEE du Conseil du 10 mai 1993 concernant les services d'investissement dans le domaine des valeurs mobilières.

2. Aux fins du règlement cité en objet, il faut entendre par «normes comptables internationales», les normes comptables internationales [International Accounting Standards (IAS)], *les normes internationales d'information financière* [International Financial Reporting Standards (IFRS)] *et les interprétations s'y rapportant (interprétations du SIC/interprétations de l'IFRIC), ainsi que les modifications ultérieures de ces normes et les interprétations s'y rapportant, qui seront publiées ou adoptées à l'avenir par l'* International Accounting Standards Board *(IASB).*

3. « Comptes annuels » selon les termes de la réglementation européenne.

4. Par exemple, le coût historique des actifs classés dans la catégorie des actifs détenus à fins de transaction n'est pas une donnée nécessaire dans le cadre d'une comptabilité IAS/IFRS.

5. Plus précisément, comptes établis conformément au règlement du Comité de la réglementation comptable n°2000-05 du 7 décembre 2000 relatif aux règles de consolidation et de combinaison des entreprises régies par le code des assurances et des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural.

6. Cette classification impose cependant à l'organisme de s'interdire de céder cet instrument avant son échéance.

7. Tels les contrats avec participation aux bénéfices discrétionnaire ou les contrats pour lesquels certaines options – par exemple doublement du capital en cas de décès – suffiraient à créer un risque suffisant d'assurance.

8. Ce sous-comité étant aujourd'hui présidé par la Secrétaire générale de la CCA.

NORMES IFRS : QUELLES CONSÉQUENCES POUR L'ANALYSTE CRÉDIT ?

Yann Le Pallec

Directeur, services financiers « assurances », Standard & Poor's

L'extension des normes IFRS (International Financial Reporting Standards) *aux assureurs est susceptible de les affecter bien plus durement que d'autres secteurs. L'assurance présente la particularité de percevoir l'essentiel de ses recettes (les cotisations) avant d'encourir la plupart des coûts (les sinistres). Il est donc nécessaire de recourir à un grand nombre d'estimations pour pouvoir établir les comptes. Le passage aux normes IFRS amplifie fortement cette dépendance à l'égard des hypothèses retenues, en particulier actuarielles. Il devrait également conduire à une plus grande volatilité des fonds propres et des résultats. Dès lors, il est impératif que ces changements soient accompagnés par la fourniture d'annexes de grande qualité.*

Au-delà de la polémique qui fait actuellement rage entre les assureurs et l'IASB (*International Accounting Standards Board*), force est d'admettre que l'adoption des normes IFRS, dès la clôture de l'exercice 2005, constitue une révolution tant pour les émetteurs que pour les utilisateurs des états financiers. Les objectifs de comparabilité et de transparence recherchés sont louables et devraient remédier à une profonde carence en Europe. En effet, les pratiques comptables y diffèrent non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi entre concurrents de même nationalité, voire à l'intérieur de certains groupes. Par ailleurs, l'appréciation de la rentabilité des assureurs constitue une réelle difficulté au regard des référentiels existants. C'est particulièrement le cas des activités vie. Une telle opacité explique la récente prolifération d'informations extracomptables non normées. La communication financière des assureurs cotés est désormais riche d'indicateurs se référant à la fameuse notion d'« *embedded value* ».

Toutefois, les modalités d'application aujourd'hui envisagées pour les normes IFRS risquent d'être source de confusion. D'une part, les fonds propres et les résultats devraient être marqués par une forte volatilité dès la Phase 1, soit en 2005. D'autre part, la date du passage à la Phase 2 apparaît de plus en plus incertaine, alors qu'elle était initialement prévue pour 2007.

Au demeurant, la qualité de crédit des assureurs ne saurait en théorie être altérée du fait de la seule évolution du référentiel comptable. Cependant, une révision des notes – certes limitée dans son ampleur – ne peut être totalement exclue. La réaction des investisseurs, voire des assurés, constitue en effet une inconnue. Les assureurs de leur côté pourraient être amenés à redéfinir tout ou partie de leur politique commerciale et de leur gestion financière. Néanmoins, l'objectif à long terme de faciliter l'accès aux marchés de capitaux par l'introduction de normes propres à améliorer la transparence n'en reste pas moins valide. Les coûts de financements devraient s'en trouver également réduits. Tout cela justifie la poursuite des discussions autour du nouveau référentiel comptable proposé.

Les bénéfices de la Phase 1

Le principal bénéfice de la Phase 1, applicable dès 2005, réside dans la définition très restrictive des opérations constitutives d'un véritable engagement d'assurance. Le compte de résultat devrait par conséquent gagner en lisibilité et en comparabilité, car le chiffre d'affaires des assureurs vie ne sera plus pollué par les capitaux versés au titre des garanties à dominante financière. En France, où les produits d'épargne constituent la majorité de la collecte, le changement promet d'être spectaculaire. Les versements effectués au titre de ces contrats disparaîtront purement et simplement des cotisations de l'exercice, dans la mesure où le transfert de risque de l'assuré à l'assureur est très souvent minime. On estime aujourd'hui que le chiffre d'affaires de l'ensemble des assureurs vie en Europe serait susceptible de fondre de plus de 50 %.

Est également bienvenue l'impossibilité faite dorénavant aux assureurs de constituer des provisions à caractère de réserves, car couvrant la sinistralité future. Il s'agit des provisions d'égalisation et assimilées (provisions dites « catastrophes », etc.). On peut donc penser qu'une telle interdiction devrait ramener les résultats techniques non vie à des niveaux plus proches de la réalité économique.

De leur côté, les sociétés vie devront identifier toutes les options implicites contenues dans leurs contrats (garanties plancher, etc.) et en déterminer la juste valeur confor-mément aux normes IAS 39 et IAS 32. Cette préco-nisation constitue indéniablement une avancée importante sur le plan de la présentation de l'« image fidèle » ou économique des engagements des assureurs vie.

Enfin, les exigences en termes d'annexe aux états financiers s'avèrent conséquentes dès la Phase 1. Là réside probablement l'enjeu principal des normes en cours de discussion. À ce jour, certains groupes estiment que la taille de leur rapport annuel pourrait s'en trouver doublée. Les assureurs devront en effet décrire leur activité et les risques qui s'y rapportent de manière extrêmement détaillée. Les informations rendues désor-mais obligatoires, et que l'on peut considérer comme indispensables du point de vue de l'analyse crédit, incluent : le détail et la justification des hypothèses actuarielles retenues, l'explicitation de leur caractère prudentiel, l'identification de l'impact de leur révision d'un exercice à l'autre et la sensibilité des comptes à leur variation. L'annexe livrera également de précieux compléments d'information sur l'exposition des assureurs à d'éventuelles concentrations de risques (techniques, financiers, taux, marchés, contreparties). Enfin, assureurs dommages et réassureurs devront se résoudre à publier les triangles de liquidation des provisions de sinistres, d'abord sur cinq ans, puis sur dix. Là encore, la publication d'une telle information peut être considérée comme un pas en avant sur le plan de la transparence.

L'écueil de la volatilité

Face à la difficulté pratique d'appliquer le concept de la juste valeur aux passifs d'assu-rance, l'IASB a malencontreusement pris la décision de procéder en deux temps. Seuls les actifs seront soumis à cette règle d'évaluation lors de la Phase 1. Concrètement, la plupart des placements financiers des assureurs, en particulier les actions et l'immobilier, seront comptabilisés à leur valeur de marché, conformément à la norme IAS 39 relative aux instruments financiers. Parallèlement, les engagements d'assurance (matérialisés au passif par les provisions techniques) continueront à être valorisés selon les règles actuelles. Le fait de recourir à des principes d'évaluation différents entre l'actif et le passif des assureurs se tra-duira par une volatilité sans précédent des fonds propres et du résultat. Le seul aménagement envisagé à ce stade serait d'autoriser les assureurs vie, qui en auraient les capacités techniques, à actualiser leurs provisions mathématiques en retenant un taux de marché.

Cette mesure serait susceptible d'atténuer l'ampleur des variations. Toutefois, il semble important qu'une telle possibilité de déroger à la règle générale soit encadrée de manière très stricte. Le choix de cette option devrait également être documenté et détaillé en annexe de manière à ne pas nuire à la comparabilité des comptes.

Les enjeux de la Phase 2

Le principal inconvénient de la Phase 2 réside aujourd'hui dans l'incertitude qui entoure sa date de mise en œuvre, c'est-à-dire pas avant 2007, voire ultérieu-rement. Compte tenu du caractère par définition transitoire de la Phase 1 et, comme on l'a vu, de l'imperfection des solutions envisagées pour l'évaluation des engagements d'assurance, il importe que celle-ci soit la plus courte possible.

Le point crucial que devra résoudre la Phase 2 – de fait totalement ignoré par la Phase 1 – est celui de la reconnaissance par le référentiel IFRS du lien économique existant entre les engagements des assureurs et les placements financiers qui les couvrent. Il est pri-mordial que la volatilité affichée par les nouveaux états financiers soit économiquement justifiée. Tel est le cas des options non tarifées (garanties plancher sur certains contrats en unités de compte), des inadé-quations entre le profil des engagements au passif (échéance, taux moyen garanti…) et les caractéristiques des placements qui en garantissent la bonne fin, etc. En revanche, l'adoption de normes qui favoriseraient l'apparition d'une volatilité purement « comptable », c'est-à-dire non économiquement justifiée car résultant de l'application de règles d'évaluation partiellement pertinentes, serait source de confusion supplémentaire de la part de l'utilisateur des comptes. En conséquence, l'adoption d'un référentiel comptable véritablement à même de traduire la volatilité économique, ou, *a minima*, de livrer en annexe une interprétation détaillée de la volatilité affichée, doit être absolument encouragée.

Des points fondamentaux à éclaircir

Au-delà de cette inquiétude de fond, on peut également s'interroger sur le bien-fondé de la règle selon laquelle tous les contrats vie devraient être valorisés au moins à hauteur de leur valeur de rachat contractuelle. L'hypothèse sous-jacente faite ici, c'est-à-dire celle de l'exigibilité immédiate de l'ensemble des contrats, est en contradiction avec celle de la continuité de l'exploitation. Elle ignore de surcroît certains paramètres déterminants, tels que les taux de chute propres au portefeuille de l'assureur, l'existence de pénalités de rachat, etc. L'application de cette règle conduirait de fait à majorer les engagements des assureurs vie bien au-delà de leur valeur économique. En outre, le doute subsiste quant à la possibilité d'inclure les cotisations futures dans l'évaluation des engagements réciproques entre assureurs et assurés, notamment au titre des contrats prévoyant la perception de cotisations périodiques par l'assureur.

Pour le calcul des engagements des assureurs dommages, c'est une valeur moyenne qui devra être retenue. Celle-ci se verra corrigée d'un coefficient d'incertitude croissant en fonction de leur durée. L'effet de ce coefficient sera en partie compensé par la nécessité d'actualiser de manière explicite les provisions de sinistres, pratique qui peut paraître particulièrement dangereuse pour certaines branches du type responsabilité civile. Dans ce contexte, les assureurs devront procéder à des simulations stochastiques complexes pour déterminer ces coefficients. Peu d'entre eux disposent à ce jour des ressources nécessaires en interne pour mener à bien de telles études, surtout en assurance des risques des particuliers.

Enfin, la lisibilité du futur compte de résultat est une condition sine qua non à une bonne compré-hension de l'activité de l'assureur. Or, le fait que les débats se soient cristallisés sur la prise en compte de la juste valeur dans le bilan a jusqu'ici rejeté au second plan les discussions

sur la forme et le contenu du compte de résultat. Il serait en effet dommage que l'utilisateur dispose là d'un document de moindre qualité pour comprendre le processus de création de valeur.

L'impact des normes IFRS sur la qualité de crédit des assureurs

Parallèlement à l'établissement de comptes profondément novateurs dans la forme et la substance, Standard & Poor's continuera à mettre en œuvre une approche tant qualitative que quantitative dans l'appréciation de la qualité de crédit des assureurs. Théoriquement, l'application des nouvelles normes devrait s'avérer sans impact sur notre opinion. Le défi consistera, à l'instar de l'ensemble des autres utilisateurs, à correctement appréhender l'impact des changements opérés et d'en comprendre la substance et la justification économiques. Cependant, certaines inflexions dans le comportement des investisseurs, des assureurs, voire des assurés, consécutives à la mise en œuvre des nouvelles normes, seraient susceptibles d'entraîner un réexamen des fondamentaux qui conditionnent la solidité financière de certains assureurs. Les effets induits pourraient se matérialiser par une modification de la collecte dans sa nature et sa diversité (en éliminant les garanties les plus pénalisées sur le plan de leur traduction comptable) ou par la mise en œuvre de politiques d'allocation et de gestion d'actifs exagérément prudentes (partiellement inadaptées au caractère long terme de certains engagements, notamment en vie). On peut également imaginer que l'administration fiscale soit tentée de revoir ses positions. Certains avantages fiscaux pourraient en effet être supprimés, sur la base d'un traitement comptable mettant en évidence le caractère plus financier qu'assurantiel de certains produits.

Enfin, les cours de bourse des assureurs pourraient souffrir de la volatilité affichée, et le coût des fonds propres s'en trouver renchéri d'autant. Les violentes corrections observées sur les cours il y a quelques mois n'étaient-elles pas liées à l'incertitude dans laquelle étaient les marchés pour apprécier l'impact d'un environnement particulièrement difficile pour les assureurs ? De toute évidence, les bilans des assureurs sont traditionnellement appréhendés avec une sérieuse dose de scepticisme par les investisseurs. En revanche, si la Phase 2 du passage aux normes IFRS se traduit par la fourniture de comptes et d'annexes propres à éclairer l'utilisateur sur les véritables risques auxquels les assureurs sont exposés, il n'est pas interdit de penser que la volatilité de leurs cours et que le coût de leur endettement se réduisent.

Un coût substantiel

Au-delà de ces questions finalement très conceptuelles, les inquiétudes des assureurs se concentrent à juste titre sur les conséquences pratiques du passage aux normes IFRS. Les investissements nécessaires seront en effet considérables, en particulier lors de la Phase 2. L'exécution du projet exigera le recrutement de nombreux actuaires – alors qu'il en existe peu sur le marché – mais également, de lourds investissements informatiques. Comptables et auditeurs devront être formés dans un laps de temps très court. Les dépenses administratives des assureurs devraient donc connaître une augmentation significative alors que leurs marges sont déjà fortement compressées – en particulier en assurance vie. La taille des sociétés devrait constituer sur ce plan un avantage.

Au demeurant, la plus grande responsabilité qui incombera aux dirigeants sera celle d'éduquer investisseurs et analystes à la lecture de ces nouveaux états financiers. Espérons que la mise en oeuvre des normes IFRS aide à une compréhension plus fine des mécanismes de l'activité d'assurance et des risques qui s'y rapportent. L'assurance est complexe et originale, notamment par l'inversion de son cycle d'exploitation. C'est une raison suffisante pour favoriser dès à présent l'émergence d'un corps de normes qui permette de disposer d'une information financière comparable et transparente. Un tel objectif ne pourra être atteint qu'à l'issue d'un débat concerté entre assureurs, normalisateur comptable et utilisateurs.

TRADUIRE LA SPÉCIFICITÉ DE L'ASSURANCE DANS UN RÉFÉRENTIEL UNIVERSEL

Antoine Lissowski

Membre du directoire, directeur financier, CNP Assurances

On reproche parfois au secteur de l'assurance son manque de lisibilité comptable et une information insuffisante sur ses risques. Avec l'application des futures normes IAS [1]/IFRS [2], l'investisseur aura accès à une information financière plus transparente et plus riche, mais qui risque d'apparaître moins sécurisante d'un point de vue prudentiel. Si l'approche en « full fair value » est retenue, elle permettra d'apprécier le savoir-faire et la qualité de la gestion actif/passif de l'assureur et ancrera de plus en plus l'information financière sur le processus de création de valeur à long terme. Il est prévisible que le changement de représentation comptable aura à terme un impact sur le pilotage des activités et la politique de risques. Cependant, quoique leur adoption ouvre des perspectives intéressantes à terme, dans l'immédiat, les IFRS risquent de jeter le trouble sur l'interprétation de l'information financière des sociétés d'assurances

Une information financière plus riche mais moins sécurisante

Du point de vue de la communication financière, le secteur de l'assurance est évidemment très spécifique. En effet, ses états financiers n'ont pas seulement une vocation économique, mais aussi prudentielle. Ils ne sont pas seulement destinés au marché, à l'investisseur, au contrôle des commissaires aux comptes et au fisc, mais également aux assurés et aux autorités de contrôle de l'assurance, qu'ils doivent tranquilliser sur la sécurité et la pérennité de l'entreprise.

Dans cette perspective d'une information focalisée sur la sécurité financière, les états financiers actuels remplissent partiellement leur rôle car ils relèvent d'abord de cette vision prudentielle : ils affichent un certain nombre d'agrégats donnant des garanties sur la santé de l'entreprise – en partie, car les autorités de contrôle ne peuvent se contenter de ces seuls documents pour remplir leur mission. Or, par ailleurs, ces mêmes états financiers sont insuffisants pour les investisseurs : on peut comprendre l'économie générale de l'entreprise, mais il est assez difficile aujourd'hui, à partir des publications financières d'un assureur, d'en décomposer précisément la mécanique. En particulier, les états financiers actuels ne donnent pas assez d'éléments sur les risques, à l'exception des informations publiées sur le provisionnement. Il n'existe que depuis très peu de temps une publication sur la politique de risques comme cela se pratique depuis plus longtemps pour les banques. Ils ne donnent pas non plus une vision suffisante du processus de création de valeur à l'œuvre au sein des entreprises d'assurances. Au total l'investisseur ne dispose

donc pas d'éléments pertinents pour évaluer le rendement et le risque d'une société d'assurances.

Quels changements les normes IAS/IFRS vont-elles apporter à cette situation

Pour les sociétés non financières, il est clair que l'évolution vers les IFRS est positive. En effet, certaines structures financières dangereuses ont généré les « mauvaises surprises » de ces dernières années : endettements excessifs ou occultés, *goodwills* d'acquisition élevés, engagements de retraite mal adossés, etc. L'application des nouvelles normes comptables représentera indéniablement un progrès dans l'appréhension des structures financières par l'investisseur, sous réserve que les options retenues soient les mêmes à l'intérieur d'un même secteur.

En revanche, pour les sociétés financières, cet approfondissement de l'information pose problème, rencontrant de fortes réticences en particulier de la part des sociétés d'assurances. Par construction, une société financière fonde son expertise sur sa capacité à créer de la valeur à partir de la gestion des actifs, de la gestion des passifs, et de leur adossement par la gestion actif/passif. Or, chaque société financière a su affiner des techniques de maîtrise des risques qui lui sont propres, non développées dans les états financiers actuels, et qui devront être mieux présentées dans les états futurs.

L'application des futures normes de communication financière IFRS va notamment permettre d'accentuer l'information sur un aspect peu présent dans les états financiers actuels des sociétés d'assurance : la gestion actif/passif.

L'avantage de la méthode de la juste valeur, lorsqu'elle est appliquée complètement, est de mettre en valeur les véritables ajustements de l'actif et du passif et donc d'accentuer les différences entre les gestionnaires selon le degré de risque qu'ils acceptent. L'objectif ultime doit être une « *full fair value* », intégrant le lien entre l'actif et le passif, et prenant en compte les *cash flows* prévisionnels, sans bien sûr un plancher artificiel à la valeur de rachat.

Une orientation accrue vers la création de valeur à long terme

L'autonomie du discours comptable rétrospectif risque effectivement d'être affectée, mais dans le secteur de l'assurance, la publication de la valeur intrinsèque (*embedded value*) a ouvert la voie à une telle évolution depuis plusieurs années déjà. Le calcul et l'analyse de l'*embedded value* nécessitent cependant une extrême rigueur ; certaines sociétés ont pu constater par le passé que sa communication pouvait être mal perçue au démarrage, en particulier si elle était mal documentée. Il est clair que l'évolution vers une vision économique en juste valeur exigera que les sociétés d'assurances fassent un effort de transparence sur les hypothèses et les sensibilités de leur modèle interne.

La création de valeur par les assureurs résulte d'un savoir-faire en matière de gestion des risques (sur le long terme). Ce savoir-faire comprend à la fois l'analyse et la mesure des risques et leur triple mutualisation :
- au sein d'une population, à un instant donné ;
- dans le temps ;
- et entre la communauté des assurés et celle des actionnaires.

Ce processus de création de valeur est mal retracé dans les états financiers publics actuels basés sur une vision historique. Si l'approche de fair value est définitivement adoptée, la grande nouveauté des IFRS sera donc cette proximité introduite à dessein entre la fonction comptable et l'analyse d'évaluation, qui comprend un volet prospectif, avec comme objectif prioritaire l'information approfondie du marché.

À la lumière de ces nouvelles normes, la création de valeur sera mieux identifiée selon les axes analytiques successifs : par secteur d'activité, par zone géographique, etc., selon une cohérence risque/rentabilité justifiée. En outre, il sera possible de distinguer la création de valeur dans son processus économique, de l'effet de valorisation des actifs (hausse des marchés, baisse des taux) ou des passifs.

L'influence du changement de représentation comptable sur le pilotage des activités

Quoique leur adoption ouvre des perspectives intéressantes à terme, il faut souligner que dans l'immédiat les IFRS risquent de jeter le trouble sur l'interprétation de l'information financière des sociétés d'assurances.

En effet, si les règles de la phase 1 restent déséquilibrées – passage prévu de l'actif aux nouvelles normes dès janvier 2005, mais maintien d'une partie du passif aux anciennes normes jusqu'à la phase 2 – les assureurs courent le risque d'avoir à afficher dans les comptes pendant les années transitoires un *mismatch* actif/passif ne correspondant pas nécessairement à un *mismatch* financier.

La figure suivante montre que pour un portefeuille bien adossé en gestion actif/passif, dans des hypothèses de hausse importante des taux, il peut y avoir une baisse sensible de la valeur de l'actif net en raison de la variation de l'actif. Cela traduit en phase 1 (en l'état de la compréhension actuelle des normes) une inadéquation purement comptable entre l'actif et le passif alors qu'il n'y aurait pas de mismatch en phase 2, le passif s'étant également ajusté.

Par ailleurs, dans plusieurs domaines importants pour les assureurs, la vision en juste valeur instantanée et la gestion de long terme des risques apparaissent difficilement compatibles. Ces domaines sont notamment certains actifs, par définition volatils, et pour le calcul des marges futures, certains aléas propres à l'assurance (en particulier la notion de génération : évolutions des lois de rachat, de la sinistralité, etc.), et l'étalement des charges dans le temps.

À terme cependant, avec la constitution de bases de référence de plus en plus fiables et avec une normalisation mieux éclairée, il devrait y avoir une certaine uniformisation des méthodes et des indicateurs. Ce mode de communication financière va entraîner un certain nombre de changements positifs

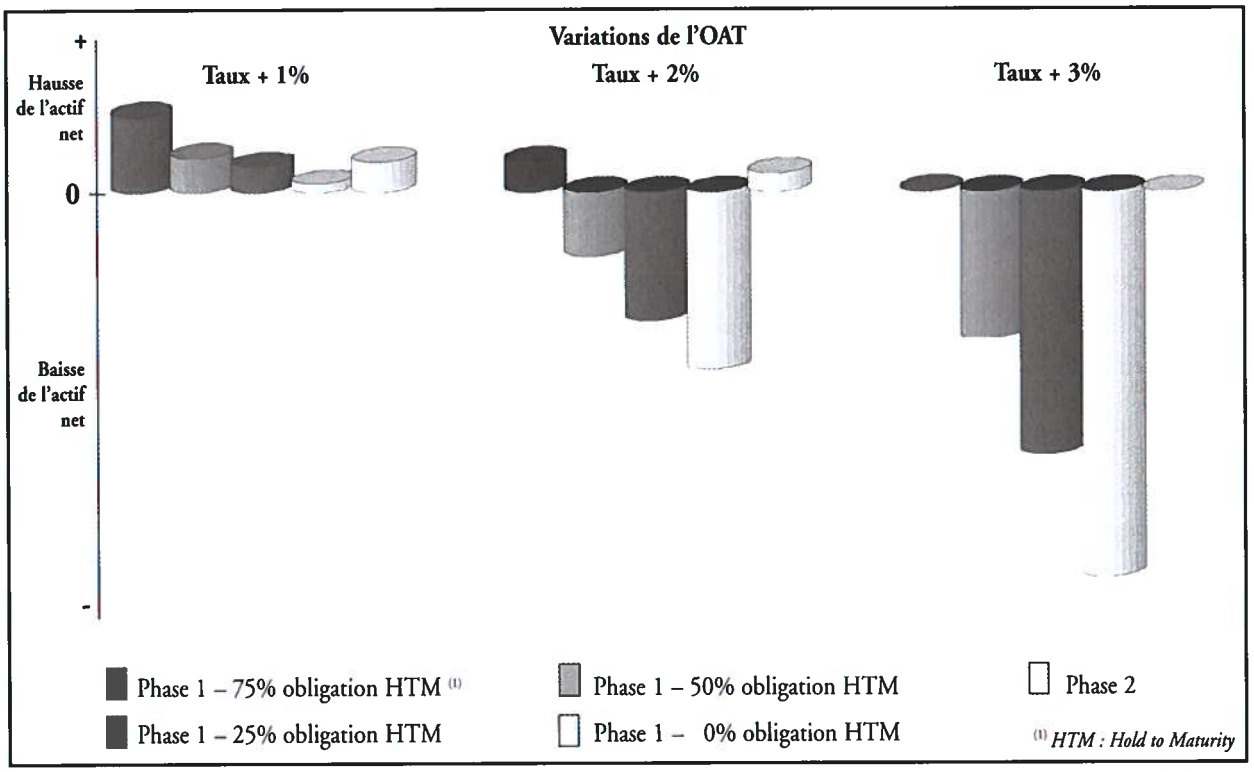


Figure 1 – Simulation théorique de variation de l'actif net d'un portefeuille d'assurance vie, bien adossé en gestion actif/passif, en fonction de la hausse des taux et selon diverses hypothèses de gestion du portefeuille obligataire (*hold to maturity* est une option de détention d'une ligne obligataire jusqu'au remboursement).

dans la conduite des activités des assureurs. De fait, certains risques portés au bilan devront faire l'objet d'une analyse et d'un pilotage plus fins. Au-delà, la mise en place de fonds propres économiques sera stimulée, en parallèle à des discussions sur les modèles internes d'évaluation et de valorisation.

Ces réflexions de fond auront probablement comme conséquence pour les assureurs de les amener à concentrer leur politique de risques sur les domaines qu'ils sont capables de gérer le mieux techniquement et à transférer, pour les couvrir, les autres risques. Ils auront tendance à s'organiser en « lignes de risques » et à mieux argumenter leur tarification – afin par exemple de vendre à leur coût les options comprises dans les contrats.

Plus généralement, l'appréciation de la performance de chaque société reposera sur des indicateurs plus diversifiés et plus pertinents que l'actuel résultat net, qui devront faire l'objet d'un pilotage économique en amont de la gestion comptable.

Au-delà du débat sur l'opportunité ou non de l'application des IFRS, face à la demande sociale actuelle envers le secteur de l'assurance (nouveaux produits pour la retraite, réforme du secteur de la santé, etc.) qui va exiger des besoins de capitaux allant croissant, il s'avère certain qu'il est dans l'intérêt des assureurs d'offrir plus de transparence au marché. Cela nécessite cependant que l'ensemble des responsables comptables et financiers du secteur accompagnent au mieux ces changements exigés d'eux, car un immense effort de pédagogie est à fournir afin de réussir la phase de transition et d'aboutir, assez rapidement, à une représentation aussi claire que possible du fonctionnement du modèle économique très spécifique de l'assurance.

Notes

1. IAS : International Accounting Standards

2. IFRS : International Financial Reporting Standards

ASSURANCE ET NORMES IFRS[1] : L'OCCASION MANQUÉE

Helman Le Pas de Sécheval

Directeur financier, Groupama

Nul, davantage que les assureurs, ne devrait appeler de ses vœux l'adoption au sein de l'Union européenne d'un corps unique de normes comptables internationales dotées d'un haut degré de transparence et contribuant à l'amélioration d'une information financière délivrée plus rapidement et plus fréquemment.

Investisseurs à la recherche de performances dans la gestion financière de leurs placements, ils sont par excellence utilisateurs d'états financiers et destinataires de la communication financière. L'unicité des critères d'évaluation et de présentation des données financières et la réduction des moyens de diversion offerts aux entreprises seraient les meilleures garantes de la pertinence de leurs arbitrages et de la sécurité de leurs investissements financiers.

Opérateurs soucieux de la qualité de leur gestion, ils doivent en permanence s'adapter et se perfectionner. La lisibilité des comptes de leurs concurrents et leur comparabilité directe leur faciliteraient l'identification des meilleures pratiques et des modèles de développement les plus efficaces.

Consommateurs de capitaux, ils rencontrent depuis toujours des difficultés à expliquer aux investisseurs leurs métiers, emprunts d'une haute technicité. L'adoption de méthodes comptables uniformes et pertinentes, en contribuant par une meilleure lisibilité – et donc une meilleure appréciation du risque encouru – à l'appropriation de ces métiers par les marchés, faciliterait le financement de leurs stratégies en diminuant sensiblement le coût global des levées de fonds.

Et pourtant, depuis l'annonce (en 2000) par l'Union européenne de son intention d'imposer en 2005, aux entreprises faisant appel public à l'épargne, l'usage des normes IFRS, la profession des assureurs français s'est peu à peu détournée des orientations prises par l'IASB pour aboutir aujourd'hui à une opposition absolue sur le fond.

Comment a-t-on pu en arriver là ?

Par quel mécanisme l'histoire d'un succès annoncé a-t-elle pu à ce point déraper ? La raison en est simple et regrettable. À cause sans doute d'une mobilisation insuffisante et trop tardive de la profession qui n'a pas su voir venir le danger, les gouvernances mises en place – tant au niveau de l'IASB que de l'Union européenne, pour l'adoption des normes, aussi élaborées soient-elles – s'appuient sur des théoriciens de la comptabilité qui, malgré leur érudition, méconnaissent totalement la réalité concrète des métiers de l'assurance ou de la banque.

Les spécificités de ces branches d'activité ont donc été ignorées alors même que l'application du principe d'image fidèle en exigerait la traduction dans les états comptables. Loin de constituer un progrès, l'adoption

des normes IFRS se traduira, dans le secteur de l'assurance, par des effets contraires aux objectifs recherchés.

Les particularités du métier d'assurance

L'histoire comptable française montre que le format et le contenu de l'information financière assureurs sont une préoccupation forte et ancienne de la profession.

Les sociétés d'assurances ont en effet été les premières, dès 1939, à structurer leur information financière, alors que le premier plan comptable des entreprises industrielles et commerciales ne date que de 1957 et intègre d'ailleurs de nombreuses notions introduites par les assureurs.

En 1995, lors de l'adoption du nouveau plan comptable des assurances, plusieurs innovations ont été introduites afin de permettre une meilleure compréhension des états financiers tant dans le référentiel comptable français – approche plus analytique (par destination) du compte de résultat, définition plus restrictive de la notion de résultat exceptionnel – que dans les principes comptables plus spécifiques de la profession – mode de détermination reflétant mieux la réalité économique de certaines provisions comme la provision pour risques en cours, présentation plus appropriée des produits financiers…

Le règlement 2000-05 du Comité de la réglementation comptable a encore apporté des précisions allant dans le sens d'une présentation reflétant mieux les aspects de performance économique des activités d'assurance.

Et enfin, les débats – qui ont récemment animé la place de Paris sur des sujets tels que la provision pour dépréciation à caractère durable, la provision pour risque d'exigibilité ou celle pour aléa financier – s'inscrivent bien dans cette logique qui vise à traduire au mieux le contenu de l'activité.

L'activité d'assurance possède en effet des caractéristiques bien spécifiques.

L'inversion du cycle de production

L'entreprise encaisse le prix de la prestation (la cotisation) avant d'effectuer cette prestation et donc d'en connaître précisément le coût.

Le décalage temporel

Un délai très variable se produit entre le paiement de la cotisation et la prestation selon les branches concernées – de très court (complémentaire maladie chirurgie) à très long (responsabilité civile, décennale construction) – auquel peut s'ajouter un décalage parfois important entre la survenance du fait générateur (le sinistre en assurance dommage) et son règlement définitif.

Les cycles

L'activité d'assurance est assujettie à des cycles (économiques, climatiques, statistiques) parfois longs qui se traduisent par des chroniques particulières d'apparition des marges souvent étalées dans le temps.

La régulation prudentielle

En considération de l'intérêt supérieur de la protection des consommateurs d'assurances, pour lesquels l'annulation de l'effort d'épargne ou l'absence d'indemnisation d'un sinistre important du fait de la défaillance de leur assureur auraient des conséquences désastreuses, et de l'atteinte à l'ordre public que constituerait en conséquence la faillite d'une société d'assurances, les intervenants sont soumis à une régulation prudentielle de la part d'organismes de contrôle publics.

Ces caractéristiques spécifiques ont pour conséquence naturelle des méthodes de gestion adaptées.

Les indicateurs de gestion par excellence, le ratio combiné et le rapport sinistres à cotisations sont imparfaits sur le strict plan comptable. Le montant des sinistres inclut en effet des variations sur antérieurs, dégagements ou rechargements, qui sont la contrepartie de cotisations perçues essentiellement sur des exercices antérieurs parfois nombreux, alors que les cotisations de l'exercice sont le prix des engagements pour le futur, ce

qui contrevient aux principes de séparation des exercices et de rattachement des charges aux produits. Ils reflètent pourtant assez fidèlement l'un des modes de gestion du risque en vigueur dans les entreprises d'assurances et sont bien davantage suivis par tous les analystes que l'état C10 cité à l'annexe 5 B du Code des assurances (qui donne une vision du déroulement des sinistres dans le temps avec rattachement à l'exercice de survenance).

Ce mode de gestion, empirique mais efficace, repose sur le postulat que si, d'une part, chaque année, pour une société, le montant cumulé des indemnisations ou prestations et des charges de l'exercice est inférieur aux cotisations encaissées et si, d'autre part, sous la supervision de l'organisme de contrôle, sa solvabilité garantit la continuité de son exploitation, sa rentabilité et sa pérennité sont assurées.

L'autre réponse en termes de modes de gestion du risque est la gestion actif/passif, qui lie étroitement la gestion des placements, notamment dans sa dimension long terme, aux engagements (les provisions techniques). Pour un portefeuille de passifs donnés, l'allocation des actifs est déterminée de façon à optimiser le retour sur fonds propres tout en maîtrisant les risques financiers (de taux, de liquidité et de change). La pratique concrète de cet exercice consiste à recalculer périodiquement, en la réactualisant, l'allocation optimale pour l'ensemble du passif et les corrections à apporter à la composition des placements se font prioritairement par l'allocation des cotisations perçues lors de l'exercice, subsidiairement par d'éventuels arbitrages sur les placements effectués antérieurement.

La traduction comptable de l'activité d'assurance

Les états comptables traditionnels reflètent les spécificités du métier d'assureur et les méthodes de gestion particulières qui en sont la conséquence.

Ainsi, alors que le passif du bilan d'une entreprise traditionnelle renseigne a priori sur la manière dont les immobilisations et les stocks ou créances de l'actif ont été financés, dans une société d'assurances, au contraire, c'est plutôt l'actif du bilan éventuellement complété par le haut du passif (les capitaux propres) qui informe sur la manière dont l'assureur honorera les promesses qu'il a vendues et qui sont évaluées dans les provisions techniques du passif.

De même, le compte de résultat d'une entreprise traditionnelle fait apparaître a priori si les ventes de l'exercice (le chiffre d'affaires) ont couvert les coûts de production pour dégager un bénéfice, alors que, dans une entreprise d'assurances, le même compte de résultat permet plutôt de vérifier si les charges liées aux prestations n'ont obéré le chiffre d'affaires qu'au point de maintenir une marge bénéficiaire.

L'inversion du cycle de production et le décalage temporel généralement supérieur à la durée de l'exercice comptable entre l'encaissement de la cotisation et la prestation ont pour conséquence que, à l'arrêté comptable, le coût de la prestation doit être modélisé et estimé au moyen de techniques statistiques très poussées. Ces estimations ne reflètent que l'intime conviction de l'assureur, mais rien de plus. Il n'est qu'à observer la diversité des taux d'actualisation retenus par les principaux groupes européens pour se convaincre qu'il ne s'agit pas d'une science exacte.

À titre d'exemple, pour le calcul des rentes viagères, l'espérance de vie des français augmente actuellement d'un trimestre chaque année. Qui est capable de prédire avec certitude quel sera le rythme dans vingt ans ? Or, dans les périodes de faibles taux d'intérêt, comme c'est le cas actuellement, le poids des années éloignées dans un calcul d'actualisation de flux est relativement plus important que dans les périodes de taux d'intérêt élevés.

Dans les bilans des sociétés d'assurances, les provisions techniques représentent en ordre de grandeur plus de dix fois le montant des fonds propres. Si une société d'assurances dégage une rentabilité de 10 % de retour sur fonds propres, 1 % en plus ou en moins du montant de ses provisions techniques fait passer cette rentabilité de 0 à 20 %. Est-il raisonnable de prétendre prédire l'avenir avec une précision de 1 % ?

La surveillance prudentielle, enfin, impose des provisions dont le bien-fondé n'est pas contesté mais qui sont antiéconomiques selon des critères de bonne

gestion : les provisions pour risque d'exigibilité, provisions pour aléa financier et autres provisions pour dépréciation à caractère durable. Antiéconomiques, elles le sont, d'une part, parce que contrairement à leur mécanisme actuel elles devraient, comme la provision pour participation aux bénéfices en assurance vie, être dotées en années fastes et reprises dans les années d'indigence, d'autre part, parce qu'elles agissent en fait comme des repoussoirs et conduisent les entreprises à des acrobaties dans leur gestion financière pour, surtout, éviter de les doter.

L'impact du passage aux normes IFRS

Par rapport à cette démarche, les normes IFRS apportent une solution radicale. En sacrifiant la spécificité sectorielle du métier d'assureur sur l'autel de l'universalité des règles comptables, elles rompent le compromis des états financiers d'assurance français qui avait résulté d'un consensus historique de place.

Au-delà du risque pour les entreprises de devoir produire de multiples jeux de comptes, la capacité des utilisateurs autres que les investisseurs à trouver l'information qui leur est nécessaire dans les états financiers établis selon les normes IFRS n'étant pas garantie, la réponse apportée par ces normes à la préoccupation légitime de la lisibilité des comptes pour les investisseurs eux-mêmes est fort peu convaincante.

L'adoption des normes IAS/IFRS introduit en effet une normalisation d'inspiration anglo-saxonne. L'un de ses axes principaux a trait à la juste valeur, critère d'évaluation des instruments financiers, notamment. L'idée qui en est à l'origine consiste à postuler que l'évaluation comptable des instruments financiers doit être indépendante des décisions des entreprises. C'est ainsi que la décision de décomptabiliser un actif ou un passif ne sera plus à l'origine de la reconnaissance d'un résultat de cession contrairement à la règle de bon sens de la gestion d'actifs qui veut que l'on n'a rien gagné ni perdu tant que l'on n'a pas revendu un actif.

En s'attachant trop fortement aux composants des états financiers et à leur comptabilisation en tant que telle, sous le prétexte qu'un composant doit être comptabilisé de la même manière quel que soit le secteur d'activité, elles ignorent pourquoi un composant figure au bilan d'une société d'assurances et quel est son lien avec les autres composants de ce bilan. Les conséquences les plus flagrantes en sont le « mismatch » de la phase 1 (actif en « juste » valeur et passif au coût historique) et la non reconnaissance du caractère cyclique des risques.

Même si la norme IAS 39 prévoit trois catégories d'actifs, les contraintes draconiennes de qualification vont conduire les assureurs à classifier tous leurs placements, y compris les placements obligataires, dans les actifs disponibles à la vente évalués à leur valeur de marché. Or, comptabiliser les placements en juste valeur, c'est-à-dire pour l'essentiel à leur valeur vénale instantanée, revient à arrêter les comptes dans une perspective de cessation d'activité, ce qui n'a aucun sens. Prendre l'augmentation des plus-values latentes dans le compte de résultat est contraire au principe de prudence, prendre leur diminution dans le compte de résultat est contraire au principe d'image fidèle. L'approche traditionnelle est beaucoup plus pertinente : la juste valeur des placements est une information complémentaire intéressante que d'ailleurs les assureurs publient depuis des années avec force détails : ventilation selon la nature des placements, les parts revenant respectivement au compte technique et au compte non technique, ventilation entre activité vie et activité non vie, etc.

Il est donc fort douteux que, de ce point de vue, les normes IFRS répondent à leur vocation affichée car la volatilité artificielle qu'elles induiront risque de troubler davantage les marchés qu'elle ne les éclairera.

Enfin, les orientations aujourd'hui envisagées pour la phase 2 d'application des normes IFRS ne donneront pas, si elles sont retenues, une image fidèle du processus de création de valeur par l'entreprise. L'enregistrement, dès la souscription, de toutes les marges futures actualisées d'un contrat est une utopie tant sont nombreux et évolutifs – si l'on se fie à l'expérience – les paramètres entrant dans les calculs de modélisation. La complexité des normes n'est pas le gage d'une information comptable de qualité.

Les normes IFRS visent clairement à déposséder l'entreprise du choix du moment où il y a reconnaissance des résultats. Cela constitue-t-il un vrai progrès dans le secteur de l'assurance ? Il est à craindre que non. Le principe de la juste valeur appliqué tant à l'actif qu'au passif fera glisser les résultats comptables vers le temps présent, alors que l'essentiel des éléments qui concourent à la pérennité des émetteurs de contrats et à leur capacité à répondre sur la durée aux assurés ne trouve une véritable réalité que sur les durations des contrats dont certaines se jouent en décennies : c'est le principe de la mutualisation dans le temps, principe fondamental dont tout assuré devrait justement « s'assurer » pour juger de la qualité de sa couverture.

Conclusion

Le refus de prendre en compte les spécificités du métier d'assureur aura pour résultat que, dans le référentiel comptable IFRS, les conséquences de décisions de gestion des dirigeants de sociétés d'assurances seront noyées dans des variations de valeur liées à l'évolution de paramètres exogènes sur lesquels ces mêmes dirigeants n'ont aucune prise.

Pour se prémunir contre les effets pervers d'une information comptable désormais trompeuse, les opérateurs n'auront d'autre choix que de fonder davantage que par le passé leur communication financière sur des éléments extracomptables ou à tout le moins sur des données de la comptabilité fortement retraitées.

Habitués de longue date à compléter par des données extracomptables des données comptables imparfaites, les assureurs ne devraient pas rencontrer de difficultés insurmontables à s'adapter à cette nouvelle donne. Mais la démarche aura exactement abouti à l'inverse de l'objectif recherché.

Notes :

1 . IFRS : International Financial Reporting Standards

2 . IASB : International Accounting Standards Board

L'ASSURANCE, TEST DE VALIDITÉ DES POSTULATS DES NORMES IAS/IFRS

Côme Segretain

Doctorant à l'université de Paris Dauphine
Centre de recherche en économie de l'assurance

Une brève analyse du référentiel de l'IASB[1] montre que la transparence des comptes est l'objectif premier qui anime la normalisation IAS[2]/IFRS[3]. Cela se traduit par une limitation du rôle des accruals – écart du flux de trésorerie au résultat net – dans la comptabilité, alors qu'ils ne sont pourtant pas dénués de pertinence économique, en particulier dans l'assurance. À cet arbitrage idéologique fondamental, s'ajoute un défaut systématique de prise en compte des caractéristiques de l'activité d'assurance dans les normes IAS. Ce défaut doit beaucoup à la précipitation avec laquelle on s'achemine vers la phase 1 et conduira à une communication financière brouillonne à partir de 2005 qui risque de peser sur le coût du capital des assureurs. Cette hypothèque perdurera tant que certaines questions de fond nécessaires à l'évaluation des contrats d'assurance en juste valeur ne seront pas résolues, préalable à un passage en phase 2 peut-être plus concerté et harmonieux. J'examinerai successivement les vœux du référentiel IAS, le passage en force de la phase 1 et les questions de fond en attente de la phase 2.

Les vœux de l'IASB

Le référentiel des normes IAS publié en 1989 assigne aux états financiers un certain nombre d'objectifs qualitatifs : intelligibilité, pertinence, fiabilité et comparabilité[4]. Parmi ceux-ci, le plus longuement développé est la fiabilité. Celle-ci nécessiterait que les comptes présentent une image fidèle[5] de l'entreprise, en se basant sur la substance économique des transactions qu'elle décide et des évènements qui l'affectent plutôt que sur leur forme, sans sélection ni omission d'informations (neutralité et exhaustivité). L'essentiel de la discussion sur la fiabilité des comptes telle que posée par le référentiel IAS porte donc sur la prévention d'une liberté d'action que les dirigeants pourraient exercer dans leur reddition de comptes aux actionnaires, dont l'IASB se fait le défenseur autoproclamé[6] (cf. annexe A).

De fait, un important courant de la littérature financière académique porte cette préoccupation au sein des recherches[7] sur les liens entre la comptabilité et les marchés de capitaux (Kothari, 2001 ; Dumontier et Raffournier, 2002). Les articles sur le sujet traitent essentiellement de la gestion des accruals qui par définition sont la différence entre le flux de trésorerie et le résultat comptable. Ils cherchent à isoler leur composante « normale » et leur composante discrétionnaire (Jeanjean, 2003). Si les règles qui les gouvernent sont parfois d'application délicate, ces éléments calculés ont cependant une qualité reconnue, puisqu'ils confèrent au résultat comptable un pouvoir supérieur à celui du flux de trésorerie annuel quant à la prévision des flux de trésorerie et des résultats futurs[8] (Obinata, 2002) ; ce, en raison des problèmes d'affectation à un exercice fini et de correspondance que posent les encaissements et les décaissements. Par exemple, faire porter le poids de l'acquisition

d'une usine ou du règlement d'un sinistre catastrophique rare sur une seule période perturbe l'analyse de la performance. Les *accruals* confèrent également au résultat comptable traditionnel un pouvoir prédictif supérieur au résultat « étendu », *comprehensive income*, défendu dans les travaux du groupe de convergence IASB/FASB, le *Joint Working Group* ; cela en raison de l'absence d'utilité prédictive des éléments de revalorisation, remeasurements, qui s'additionnent au résultat traditionnel pour former le résultat « étendu ». En effet, si les marchés financiers sont efficients au moins dans une forme faible, ni les gains passés sur le portefeuille de titres ni *a fortiori* la réestimation de ces gains ne présagent des gains futurs. La vision de la firme comme l'agrégation des valeurs de marché des différents postes du bilan heurte la vision industrielle et prospective qui cherche à faire apparaître les synergies entre ces éléments. Les variations ou réévaluations de valeurs de marché intégrées au *comprehensive income* viennent polluer la mesure de la performance d'exploitation qui nécessite de dégager un agrégat récurrent. C'est aux variations de cet agrégat que les réactions du marché boursier sont les plus fortes (Ohlson, 1995).

Dans l'assurance, où les « évènements » (survenance de sinistres, évolution de la jurisprudence, variation des taux...) ont un poids relatif sur les « transactions » beaucoup plus développé que dans les autres secteurs, les accruals ont un poids énorme sur les comptes. De plus, leur rôle informatif et leur corrélation avec les cours de bourse de la firme sont d'autant plus grands que le cycle d'exploitation est long (Dechow, 1994 et Charitou, 1997), ce qui est une caractéristique généralement reconnue à l'assurance.

Réciproquement, ce poids, conjugué à la recherche de la satisfaction des seuils fixés par les autorités de contrôle prudentiel, peut prêter à l'exercice d'une discrétion comptable. Ainsi, en 1992, Kathy Ruby Petroni a mis en évidence que les assureurs dommages américains les moins robustes financièrement sous-estimaient leurs provisions de sinistres. Un autre exemple américain (Adiel, 1996) a été l'utilisation d'une réassurance dite « financière », c'est-à-dire sans transfert de risque d'assurance, pour réduire les coûts de régulation supportés. Le mécanisme tenait aux normes comptables applicables, puisqu'il s'agissait de sortir du bilan des provisions de sinistres devant s'éteindre dans cinq à sept ans, et pourtant non actualisées, en payant au réassureur des cotisations égales à la valeur actuelle de ces provisions, donc d'un montant inférieur.

Tous secteurs d'activité confondus, la preuve statistique de l'existence d'une gestion des résultats a été étayée (Degeorge, Patel et Zeckhauser, 1999), par l'existence d'une rupture dans la dispersion des résultats publiés par les firmes, avec une nette rareté relative des résultats faiblement négatifs. Pour expliquer concrètement cette rupture dans l'assurance dommage aux États-Unis, Beaver et all. (2003) partent du principe que le principal levier utilisable est l'évaluation des provisions de sinistres, qui seraient sous-évaluées par les assureurs dommages publiant des résultats légèrement positifs. À partir des données de l'association nationale des courtiers américains en assurance dommages, la *National Association of Insurance Commissioners*, soit 14 000 années/firmes[9] sur la période 1988-1997, ils ont construit une variable mesurant les révisions annuelles du stock de provisions pour sinistres à payer au titre des exercices antérieurs. Puisque l'erreur de prévision initiale devrait être statistiquement nulle, les évènements négatifs et positifs postérieurs à la constitution des provisions se compensant, cette variable est présentée comme le témoin d'une certaine liberté d'action des sociétés sur leurs comptes.

Phase 1 : un passage en force

Cette brève analyse du rôle des *accruals* dans la comptabilité des assurances fait ressortir que les règles les régissant sont le résultat d'un arbitrage par le normalisateur entre leur pertinence et leur transparence. L'IASB semble avoir tranché assez nettement en faveur du deuxième objectif, au prix d'assez lourds défauts quant au premier objectif, la pertinence du référentiel. En quoi le nouveau référentiel est-il plus transparent que l'ancien ? Principalement en

ce qu'il est d'application plus étendue géographiquement. Cette qualité d'universalité, qui permet à plus de lecteurs de comprendre les comptes, est d'ailleurs la conséquence d'une décision politique : l'obligation faite aux sociétés européennes faisant appel public à l'épargne d'adopter les normes, et non la résultante des qualités intrinsèques du référentiel, qui laisse des options d'application à chaque préparateur. Pour préserver au moins en apparence cette qualité d'universalité, il fallait afficher un basculement complet aux normes IAS/IFRS, sans permettre à certains secteurs ou entreprises de l'Union européenne de choisir de rester dans l'ancien référentiel. Quant à la pertinence, ce basculement à marche forcée se fait au prix de l'adoption d'une norme inaboutie sur les contrats d'assurance et d'une grande faute de normalisation : l'incohérence des méthodes d'évaluation employées à l'actif et au passif. Les actifs des assureurs sont pour l'essentiel régis par la norme IAS 39, qui prévoit trois catégories d'actifs financiers, en dehors des prêts amortissables : ceux détenus jusqu'à maturité, comptabilisés au coût historique, ceux disponibles à la vente, comptabilisés en valeur de marché en portant les variations de valeur directement sur les fonds propres et ceux détenus à des fins de transactions, comptabilisés en valeur de marché en impactant le compte de résultat. Étant donné la sévérité des conditions d'accès à la catégorie des titres détenus jusqu'à maturité, l'actif des assureurs sera comptabilisé pour l'essentiel en valeur de marché, dans la catégorie *Available For Sale*, pour éviter tout risque de déclassement. En effet, selon certaines dispositions de l'IAS 39, les *tainting rules*, si un titre obligataire classé en *Held To Maturity* est cédé avant son terme, toute la ligne de ses titres « jumeaux » (même émission) est déclassée vers la catégorie *Available For Sale*[10], impactant immédiatement les fonds propres. Or, la gestion obligataire normale d'un assureur suppose justement une rotation du portefeuille, marginale mais continuelle, pour suivre l'évolution des risques souscrits ou des charges de sinistres, rotation qui provoquerait le déclassement successif de toutes les lignes obligataires, de HTM vers AFS. Au passif, la norme intérimaire sur les contrats d'assurance, dite IFRS 4, n'a pu définir les règles de comptabilisation en juste valeur et propose de rester pour l'essentiel dans les différentes normes locales actuelles. À savoir, pour l'assurance dommages, un *mix* d'estimations, fondées sur les séries historiques : estimation par dossier des coûts réels pour les risques longs et recours à des tables de probabilité et de coûts moyens pour les risques de masse. Et pour l'assurance vie, l'actualisation des flux probabilisés des contrats, à un taux inférieur à une fraction définie du taux sans risque (en France 60 ou 75 %), le taux technique. Il y a donc une incohérence des principes comptables actif et passif, particulièrement en vie puisque les actifs sont en valeur de marché, alors que les passifs sont calculés à partir de taux techniques plus stables ou cristallisés. Cette incohérence entraîne une volatilité artificielle des fonds propres, ou *mismatch* comptable. Par exemple, en cas de baisse des taux sur les marchés, la valeur des actifs obligataires à taux fixe augmente, les passifs d'assurance restent stables et les fonds propres augmentent ; c'est la situation assez confortable qu'ont connu les assureurs américains ces dernières années. En cas de hausse des taux, les variations sont inverses et moins flatteuses sur les fonds propres. Trois solutions étaient possibles face au *mismatch* : créer une catégorie comptable spéciale pour les actifs d'assurance, ce qui était en contradiction avec les principes de l'IASB ; étendre les conditions d'accès des actifs financiers à la catégorie *held to maturity* comptabilisée en coûts historiques, ce qui aurait permis aux assureurs de continuer à faire tourner leur portefeuille obligataire en fonction de l'évolution de la sinistralité et des souscriptions ; pratiquer le *shadow accounting*, c'est-à-dire affecter, comme aux États-Unis, une large partie du *mismatch* aux tiers, État (impôts différés) et assurés (participation aux bénéfices différée) ou à d'autres postes de l'actif (frais d'acquisition reportés). L'IASB n'a retenu que la troisième solution, la moins complète, avec un certain nombre de restrictions d'application. En cas de hausse des taux, le *shadow accounting* fonctionne mal, puisque les assureurs ne peuvent pas activer de créance sur leurs assurés, ce qui n'aurait aucun sens économique.

À cette incohérence s'ajoute une série d'options comptables qui viennent porter atteinte à la transparence recherchée. Par exemple, il appartiendra aux assureurs et à leurs auditeurs d'établir si un contrat d'assurance vie comporte un risque d'assurance significatif ou non. Selon la réponse apportée à cette question, les contrats seront comptabilisés suivant l'IFRS 4 ou l'IAS 39. Comme l'IASB ne publie pas de guide d'application, un même contrat pourra être comptabilisé avec des principes comptables différents par un assureur ou par un autre, voire par le même assureur d'une année sur l'autre. Autre option : les taux d'actualisation des provisions mathématiques pourraient varier d'une année sur l'autre, comme c'est le cas en Grande-Bretagne. Les normes locales étant conservées, la comparabilité entre les différents pays n'est pas atteinte ; des options étant ouvertes, la stabilité des comptes des entreprises d'un même pays se dégrade[11].

Au total, les comptes des assureurs vont perdre en lisibilité au cours de la phase 1 (cf. tableau récapitulatif en annexe B). Les directions financières des sociétés d'assurances apporteront des commentaires supplémentaires quant au caractère non significatif de certaines variations ou postes. Les comptes devront donc être lus avec des clés d'interprétation ou alors ne seront pas utilisés. C'est donc la créativité comptable et la communication pro forma qui vont l'emporter sur une normalisation comptable défaillante pendant quelques années. Si un consensus de communication financière ne se forme pas entre les firmes et le marché, ce brouillard risque de peser sur la valorisation des titres et la notation des sociétés d'assurances, au moment où celles-ci sont en plein redressement boursier (cf. annexe C).

Phase 2 : des questions de fond en suspens

La phase 2 débutera lorsque la norme définitive de comptabilisation des passifs d'assurance en juste valeur sera publiée. Le basculement vers un nouveau paradigme comptable sera alors complet. Pour s'en convaincre, on peut se rappeler les propos non prophétiques tenus il y a trente ans par un théoricien comptable reconnu, Yuji Ijiri (1975) : « Tant que la reddition de comptes demeurera la fonction clé de la comptabilité, il est inconcevable que le principe des coûts historiques soit remplacé par un autre. » Pour aboutir à un tel résultat certaines questions doivent être réglées.

Quelle sera la dureté de la mesure ? Une mesure est dure si deux groupes distincts d'observateurs semblables obtiennent le même résultat. Les méthodes d'évaluations fondées sur les coûts historiques sont dures ; le prix des transactions passées, comme les taux d'intérêt des périodes écoulées sont des données objectives qui s'imposent à tous, sous réserve d'avoir bien fixé la période de référence. En revanche, les valeurs de modèle découlent des choix et des anticipations de chaque modélisateur. La phase 2 va faire glisser l'évaluation des provisions techniques d'un référentiel mixte coût historique/valeur de modèle, à un référentiel mixte valeur de modèle/valeur de marché. Cette évolution s'accompagnera sans doute d'une sophistication des méthodes et d'une multiplication des variables qui laisseront certainement plus de marge aux actuaires qu'ils n'en ont aujourd'hui.

Quel taux retenir pour actualiser les flux des contrats d'assurance ? D'une façon générale, la référence aux marchés financiers n'est pas pertinente pour actualiser des risques qui ne lui sont pas corrélés. La référence au rendement de l'actif était jusqu'à présent la règle, puisque c'est lui qui couvre les risques. Cela conduit à prendre pour référence le taux sans risque, les placements des assureurs faisant une très large place aux obligations de premier rang. L'IASB, qui a intégré le risque de crédit propre à l'émetteur dans la détermination de la juste valeur des instruments financiers, défendra-t-elle également cette position quant à la détermination du taux d'actualisation des contrats d'assurance ? Cela conduirait au paradoxe de favoriser les assureurs les moins robustes, dont les engagements envers les assurés seraient d'autant moins valorisés qu'ils auraient de probabilité de ne pas être honorés. De même, le niveau de prudence « normale » dans l'évaluation des provisions

techniques reste à définir. Cette prudence se manifeste aujourd'hui dans les provisions mathématiques par la prise en compte de taux d'actualisation inférieurs au taux sans risque. Elle heurte les principes de l'IASB qui y voit une surestimation des passifs. Pourtant, l'aléa affectant ces flux conduit naturellement à constituer une réserve pour le cas où les sinistres seraient supérieurs. Mais, dans l'esprit de l'IASB, c'est au capital de l'assureur de tenir ce rôle de réserve. Cela a conduit l'IASB, dès la phase 1, à faire remonter au sein du bilan la provision pour égalisation au niveau des réserves, avec les fonds propres ; effet secondaire : la déductibilité fiscale associée à ces provisions saute. Au cœur de la question de la détermination du taux d'actualisation des flux des contrats d'assurance se trouve la problématique de la dépendance de l'évaluation des actifs et des passifs. Le théorème de Modigliani et Miller (1958), généralisé par la littérature postérieure[12], montre que les valeurs des actifs et des passifs d'une même firme sont indépendantes – à condition que les règles fiscales soient les mêmes sur chaque flux et en l'absence de coûts de faillite, c'est-à-dire de perte de valeur de l'actif économique en cas de liquidation de l'entreprise. Parmi les coûts de faillite, il faut compter les honoraires des prestataires de la liquidation, la destruction des synergies entre les actifs, la rupture de la congruence en taux et en maturité des risques et des placements ou, très concrètement, les indemnités de rupture de contrats payables aux assurés. Il existe également des liaisons contractuelles « physiques » entre actifs et passifs des assureurs, comme les clauses de participation aux bénéfices, qui viennent invalider le postulat d'évaluation distincte[13]. Au total, l'indépendance d'évaluation des actifs et des passifs est fortement compromise. La démonstration de Modigliani et Miller reposait d'ailleurs sur des titres de propriété et de dettes cotés, en faisant jouer l'arbitrage. Or, les passifs d'assurance ne sont pas cotés. L'IASB a d'ailleurs évolué sur cette question, puisque l'interdiction posée par l'ED 5 de tenir compte du rendement des actifs pour actualiser les passifs s'est atténuée dans l'IFRS 4 en la simple présomption qu'une telle démarche n'était pas optimale[14]. En autorisant pour le moment une approche actif/passif dans l'évaluation des contrats d'assurance, l'IFRS 4 s'abstient de bouleverser les pratiques du secteur et renvoi la décision définitive à plus tard, tout en maintenant sa réticence sur le fond. De façon assez cohérente, l'IFRS 4 n'interdit pas non plus de mesurer les passifs d'assurance vie à leur *embbeded value*, la valeur actuelle nette des flux émanant d'un portefeuille de titres moins celle des flux d'un portefeuille de contrats. L'argumentation de l'IASB est assez curieuse puisqu'elle déplore qu'une telle pratique intègre les bénéfices futurs en comptabilité, tout en se félicitant qu'elle soit basée sur les *cash-flow* futurs. Il y a fort à parier que la phase 2 reconnaîtra également cette pratique. Le secteur de l'assurance vie devrait profiter largement de la possibilité qui lui est offerte d'activer son propre *goodwill* en comptabilité.

Conclusion

Le projet de full fair value destine les comptes des sociétés d'assurances à tenir un rôle accru dans l'analyse économique. La comptabilité y perdra sa nature conventionnelle et sa fonction stabilisatrice. En outre, ce changement de dimension pose des difficultés quant à sa pertinence économique. Au-delà des incohérences de la phase 1, il faut espérer que les réévaluations des postes du bilan ne prendront pas une place trop étendue dans l'état de performance et que la prudence et les liaisons actif/passif propres à l'activité d'assurance seront prises en compte.

Notes :

1. IASB : International Accounting Standards Board

2. IAS : International Accounting Standards

3. IFRS : International Financial Reporting Standards

4. Voir la traduction française du « référentiel » de l'IASB aux paragraphes 24 à 46.

5. Le principe d'image fidèle a pris depuis longtemps une importance primordiale dans la comptabilité anglo-saxonne, puis dans les directives européennes (dès 1971 dans la quatrième directive), au détriment du principe de prudence, voir par exemple : Louis Klee, 2000.

6. Si l'organisation internationale des bourses de valeurs (IOSCO) a apporté son soutien assez tôt aux normes IAS, elle ne représente pas les investisseurs. Quant au marché, qui est une succession de transactions, il n'est pas possible d'en incarner la parole.

7. Sur le lien entre comptabilité et marchés de capitaux, deux revues de littérature : celle de Kothari (2001) qui comprend 550 références bibliographiques et celle de Dumontier et Raffournier (2002) qui recense les travaux empiriques européens.

8. Voir Takashi Obinata, 2002 ; : papier issu d'un rapport de recherche de l'association japonaise de comptabilité, qui synthétise 64 études empiriques sur la comparaison résultat net vs cash flow et 66 études empiriques sur la validité du résultat « étendu ».

9. Une firme suivie sur les 10 années de l'étude compte pour 10 des 14000 années/firmes de l'échantillon.

10. La comptabilisation des actifs financiers en coûts historiques dans la catégorie HTM suppose pour l'IASB l'intention et la capacité de détenir les titres jusqu'à maturité. Si la capacité ne dépend in fine que du rating, l'IASB voit dans la cession d'un titre frère, la preuve que tous les titres de la même émission peuvent être cédés à tout instant. Effectivement du fait de la gestion obligataire des assureurs ils le peuvent, mais pas tous en même temps. L'IASB a crée la catégorie HTM parce que les variations de valeur dues aux mouvements des taux se retourneront à la maturité ; elle ne tient pas compte du fait que ces actifs compensent des passifs de même taux et maturité, comme dans l'assurance vie.

11. Voir dans ce même numéro les commentaires d'Antoine Bracchi sur l'évolution de la comparabilité des comptes, entre les pays, entre les entreprises, au sein d'une même entreprise.

12. L'article de 1958 porte sur la relation entre la valeur de la firme et sa structure financière. Par extension, en assimilant valeur de la firme à l'actif économique net, le sujet traité devient celui de l'indépendance d'évaluation des actifs et des passifs.

13. Voir IASB, IFRS 4, BC 134 : « the cash flow from an asset are irrelevant for the measurement of a liability », [unless it affects the cash flow arising from the liability]

14. Voir IASB, IFRS 4, BC 134 à 137.

Bibliographie

ADIEL Ron, « Reinsurance and the management of regulatory ratios and taxes in the property-casualty insurance industry », working paper, MIT, août, 1996.

BEAVER William H. ; McNICHOLS Maureen F. ; NELSON Karen K., « Management of the loss reserve accrual and the distribution of earnings in the property-casualty insurance industry », *Journal of accounting and economics*, n°35, 2003.

CHARITOU A., « The role of cash flows and accruals in explaining stock returns : evidence for the UK », *European accouting review*, n°6, 1997.

DECHOW Patricia, «Accounting earnings and cash flows as measures of firm performance : the role of accounting accruals », *Journal of accounting and economics*, n°18, 1994.

DEGEORGE ; PATEL ; ZECKHAUSER, « Earnings management to exceed tresholds », *Journal of Business*, n°72, 1999.

DUMONTIER Pascal ; RAFFOURNIER Bernard, « Accounting and capital markets, a survey of the European evidence », *The European accounting review*, 2002.

IASB, *Framework*, 1989.

IASB, IFRS 4 *Insurance Contracts*, mars 2004.

IJIRI Yuji, « *Theory of accounting measurement* », American Accounting Association, 1975.

JEANJEAN Thomas, « Gestion du résultat : mesure et démesure », *Cahier de Recherche du Cereg*, université Paris Dauphine, août, 2003.

KLEE Louis, « Image fidèle et représentation comptable », *Encyclopédie de comptabilité*, contrôle de gestion et audit, dirigée par Bernard Colasse, 2000.

KOTHARI S. P., « Capital market research in accounting », *Journal of accounting and economics*, mars, 2001.

MODIGLIANI ; MILLER, « The cost of capital, corporation finance and the theory of investment », *American economic review*, juin, 1958.

OBINATA Takashi, « Concept and relevance of income », Université de Tokyo, septembre, 2002.

OHLSON J., « Earnings, book values, and dividends in equity valuation », *Contemporary Accounting Research*, n°11, 1995.

PETRONI Kathy Ruby, « Optimistic reporting in the property-casualty insurance industry », *Journal of accounting and economics*, mars, 1992.

Annexe A

Critiques positives et négatives adressées au référentiel IAS par catégories

+ ou -	Transparence des comptes	Image fidèle de la firme	Impact macro et méso-économique de la comptabilité	Fondements théoriques	Utilité sociale de la comptabilité	Mode de fonctionnement
+ + + + + + + +	- Évite une extériorisation opportuniste des plus-values. - Diminue les écarts de traitement comptable entre des situations économiquement identiques.	- S'efforce d'actualiser et de rendre exhaustive l'image comptable du patrimoine.	- Universalité du référentiel. - Informe sur l'ensemble des positions prises par les firmes sur les marchés financiers. - Tient compte de l'inflation.	- Est fondé sur des principes plutôt que sur des règles.	- Diminue les asymétries d'informations entre dirigeants et actionnaires.	- Est indépendant.
- - - - - - - - - -	- Multiplie les hypothèses. - Recours à des valeurs dites de modèle, non objectives.	- Déforme la performance des firmes à cycle d'exploitation long ou inversé, à fortes liaisons actif/passif, à portefeuilles de contrats. - Marginalise le résultat d'exploitation.	- Introduit la volatilité des marchés financiers dans les comptes.	- Accorde trop de crédit à la théorie financière : efficience des marchés, théorème de Modigliani et Miller. - Conçoit la firme comme l'agrégation d'actifs et de passifs. - Est tenté d'activer les bénéfices futurs non achetés.	- N'est pas attentif aux besoins d'utilisateurs primordiaux de la comptabilité : État, salariés, clients, créanciers, dirigeants.	- N'a pas de légitimité démocratique. - N'associe que marginalement les autres parties prenantes au processus de décision.

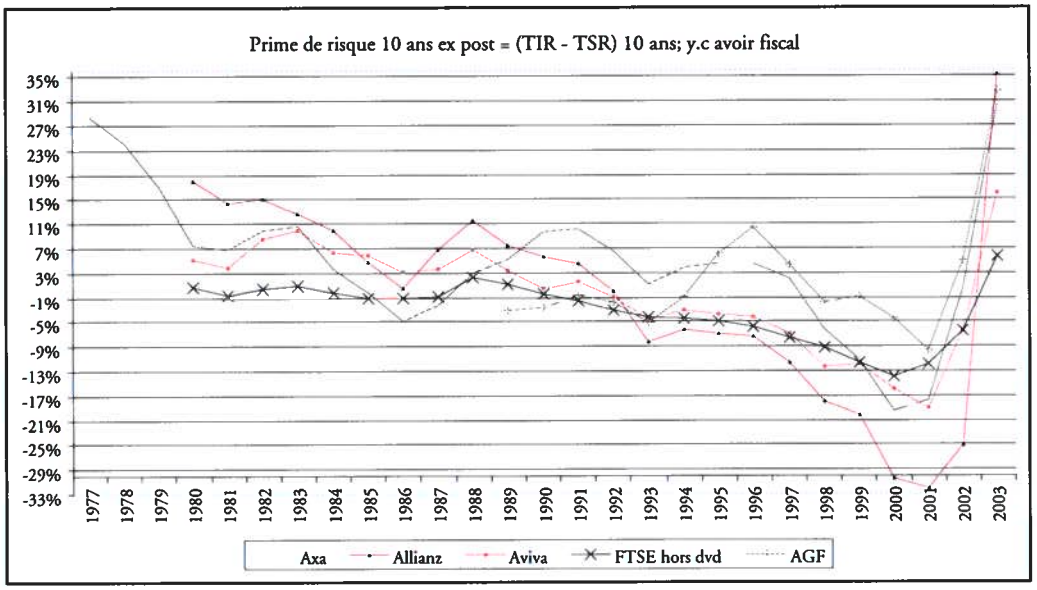
Annexe B

Implications comptables des traits caractéristiques de l'assurance

Traits caractéristiques	Implications comptables	Normes IAS concernées
Inversion du cycle d'exploitation	Évaluation prudente des engagements. Exigences comptables des autorités prudentielles.	Phase 2 : quel taux d'actualisation pour les provisions techniques ?
Longueur du cycle d'exploitation	Le poids des sinistres de grande ampleur doit être réparti sur plusieurs exercices. Les accruals ont une valeur informative particulièrement élevée, à l'inverse des cash-flow	IFRS 4 : suppression de la provision pour égalisation, transformée en réserve non distribuable.
Longueur du cycle d'exploitation + adéquation actif/passif	Les variations de prix à court terme des actifs détenus jusqu'à maturité n'ont pas de pertinence économique. Le portefeuille de titres obligataire doit pouvoir tourner en fonction de l'évolution des risques du passif, sans effet de seuil liés à la déclassification de lignes entières de titres d'une catégorie à une autre.	IAS 39 : conditions d'accès à la catégorie HTM trop restrictives.
Adéquation actif/passif	Cohérence des principes comptables régissant actif et passif.	Phase 1 : IFRS 4 + IAS 39 = mismatch comptable.
Liaisons actif/passif	La valeur des provisions techniques dépend du rendement des actifs de l'assureur.	Phase 2 : quel taux d'actualisation pour les provisions techniques ?
Mutualisation des passifs	Cohérence des principes comptables entre les passifs.	Répartition arbitraire des contrats d'assurance vie en IFRS 4 (coût historique) ou IAS 39 (juste valeur).

Annexe C

Écart de rendement rétrospectif (1977-2003) pour l'actionnaire de divers sociétés d'assurances



Méthode :

Ce graphique présente l'évolution sur 25 ans du taux interne de rendement moins le taux sans risque, pour un investisseur achetant ses titres à la date n portée en ordonnée, encaissant les dividendes et les revendant au max de {n+10 ou 2004 (cours de janvier)}. Cet écart de rendement rétrospectif est la prime de risque ex post des actions.

Source :

Cours et dividende par action Datastream. Taux Datastream et séries longues Arbulu.

Commentaire : Le secteur vient de se redresser en bourse, au-delà de l'évolution de l'indice. Un investisseur rentré en 2003 et sorti début 2004 a obtenu un rendement spectaculaire. Ce qui n'est pas le cas des investisseurs rentrés à partir de 1998 pour les titres français et de 1992 pour les deux autres titres. Pour toutes les années depuis 1995, l'investisseur rentré sur le titre AGF obtient le meilleur rendement, comparé aux autres titres de l'échantillon. La prime de risque « historique » de 4 % n'est atteinte que pour 39 points des 90 années/société.

4.

Chroniques

Droit

■ Georges Durry

Transactions consécutives à un accident de la circulation : ouragan ou simple coup de vent ?

Économie - Social

■ Gilles Bénéplanc

Fusion Sanofi/Aventis : un mariage forcé ?

Transactions consécutives à un accident de la circulation : ouragan ou simple coup de vent ?

Georges Durry

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

Tous les premiers commentateurs de la loi du 5 juillet 1985 sur la réparation des dommages consécutifs à un accident de la circulation, plus connue sous le nom de « loi Badinter », ont souligné la place que tenait dans ce texte le souci d'accélérer les procédures d'indemnisation des dommages corporels provoqués par ce type d'accident. À cet égard, on ne rappellera jamais assez l'intitulé complet de cette loi « tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation ». C'est dans cette perspective qu'il a été décidé de privilégier la conclusion d'un accord sur le montant de l'indemnisation entre la victime, ou ses représentants, et l'assureur chargé de régler son préjudice, accord préférable à un procès qui souvent s'éternise et dont la multiplication encombre les prétoires. C'est toute une section du premier chapitre de la loi soit seize articles – il s'agit des articles 12 à 27, que l'on trouve aujourd'hui aux articles L211-9 à 211-24 du Code des assurances, complétés par les dispositions réglementaires des articles R211-29 à 211-44 du même code – qui a donc été consacrée à l'offre d'indemnité que, dans le cas de survenance d'un dommage corporel, l'assureur est tenu de présenter à la victime. Cette offre est le prélude à la conclusion d'une transaction (ce dernier terme est utilisé expressément dans trois articles, les articles L211-10, L221-15 et L211-16) qui arrêtera définitivement le montant de l'indemnisation de la victime.

Pourtant ce mode de règlement n'avait pas toujours eu bonne presse, par suite d'abus commis par certains assureurs dont les inspecteurs parvenaient parfois à arracher à des victimes, éblouies par la perspective de recevoir très vite ce qui leur semblait un pactole, des accords sur une somme dérisoire par rapport à ce qu'eussent accordé les tribunaux s'ils avaient été saisis. En 1985, ces pratiques n'avaient plus guère cours, car les esprits les plus lucides, au premier rang desquels il faut citer le toujours regretté Henri Margeat, avaient dénoncé le tort considérable qu'elles causaient à la profession tout entière. Mais leur souvenir restait encore assez vivace pour que le législateur ait, tout en favorisant le règlement conventionnel, multiplié les précautions afin de tenter de mettre les victimes à l'abri d'accords trop désavantageux.

Rappelons les précautions les plus importantes :

- l'obligation, à peine de nullité de la transaction à intervenir, pour l'assureur, dès sa première correspondance à la victime, de l'informer qu'elle a la faculté, non seulement d'obtenir sur simple demande la copie du procès-verbal de police ou de gendarmerie, mais encore, et surtout, de se faire assister d'un avocat et, dans le cas fréquent d'un examen médical, du médecin de son choix (article L211-10) ;
- l'obligation, toujours pour l'assureur, de respecter des délais assez brefs pour présenter une offre, au moins provisionnelle, d'indemnisation, sous peine cette fois de devoir verser des intérêts au double de l'intérêt légal pour toute la période séparant l'expiration du délai de la date de la fixation définitive de l'indemnité (article L211-13) ;
- une pénalité, au bénéfice du Fonds de garantie et pouvant s'élever jusqu'à 15 % du montant de l'indemnité, à l'encontre de l'assureur qui présenterait une offre manifestement insuffisante (article L211-14) ;

- si la victime est incapable, parce que mineure ou majeure sous protection, l'obligation, là encore à peine de nullité, pour l'assureur de soumettre, pour autorisation, le projet de transaction au juge des tutelles ou au conseil de famille, selon le cas (article L211-15) ;
- une fois la transaction conclue, la faculté pour la victime de la dénoncer, donc de revenir sur son accord, dans les quinze jours qui suivront (article L211-16) ;
- enfin la possibilité, d'ordre public, toujours pour cette même victime d'introduire, nonobstant la transaction, une nouvelle demande en cas d'aggravation, c'est-à-dire d'apparition postérieure à l'accord initial d'un préjudice nouveau, ultérieure de son dommage (article L211-19).

Si l'on ajoute, d'une part, que la jurisprudence a appliqué ces dispositions dans toute leur rigueur aux assureurs, spécialement dans le domaine des offres tardives ou manifestement insuffisantes , et, d'autre part, qu'il n'a jamais été contesté sérieusement que la procédure d'offre, si elle était impérative pour l'assureur, ne s'imposait nullement à la victime qui a toujours le droit de préférer s'adresser, soit avant toute offre, soit pendant la période des négociations, à la justice – et spécialement au juge des référés pour lui demander une provision – on peut avoir le sentiment que tout était bien en place pour la protection des victimes contre la tentation d'accepter des offres par trop éloignées de ce à quoi elles auraient pu prétendre. Cela explique certainement que la proportion des accidents corporels avec IPP réglés par voie transactionnelle aille toujours croissant puisqu'elle est passée en dix ans (1993-2002) de 89,6 %, chiffre déjà respectable, à 92,8 % des dossiers.

Cependant, malgré le luxe de précautions rappelé ci-dessus, il ne saurait être exclu que des abus puissent être, ici ou là, encore constatés. Alors le droit commun de la transaction (article 2044 et suivants du Code civil) offrait encore quelques possibilités de mise à néant du règlement conventionnel du préjudice. En effet, si la transaction a « entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort (article 2052, al. 1) », ce qui signifie qu'elle ne peut en principe être remise en cause, quelques soupapes de sécurité n'en existent pas moins. Le Code civil admet notamment celui qui a conclu une transaction par trop désavantageuse à invoquer aussi bien l'erreur sur l'objet de la convention, que ces deux vices du consentement que sont le dol ou la violence (article 2053). En revanche, il est exclu de pouvoir se prévaloir d'une simple lésion, en l'espèce d'une évaluation insuffisante de l'indemnité, pour prétendre à sa révision (article 2052, al. 2). Cette dernière règle peut surprendre et paraître trop rigoureuse. Elle est en réalité totalement justifiée. Toute évaluation est sujette à discussion et spécialement celle d'un préjudice corporel . Chacun sait que, malgré l'existence d'une publicité – de consultation aisée (par minitel : 3614 AGIRA) – des décisions rendues en ce domaine à travers tout l'hexagone, dont on espérait que, à brève échéance, elle conduirait à une unification, des différences importantes subsistent entre cours d'appels. Si l'on autorisait la remise en cause d'une transaction sous prétexte d'évaluation insuffisante, il ne resterait plus rien du caractère en principe définitif des transactions. Et les assureurs seraient contraints de laisser ouverts des dossiers que, sous la réserve déjà importante d'une possible aggravation justiciable des dispositions de l'article L211-19 du Code des assurances, ils pouvaient s'estimer en droit de clore.

Ce que l'on croyait être une certitude ne vient-il toutefois pas d'être remis en cause par un arrêt de la Cour d'Aix en Provence, dont la décision est apparue suffisamment novatrice pour lui valoir aussitôt les honneurs de la presse et de la radio ?

En lisant l'arrêt, on apprend qu'un adolescent avait été victime, en 1985, d'un accident de la circulation, aux conséquences dramatiques, puisqu'il avait subi un traumatisme crânien avec atteinte du tronc cérébral. Invalide à 100 %, aphasique, incontinent, souffrant de crises d'épilepsie, son état était, définitivement, tel qu'il avait besoin d'une surveillance constante. Au début de 1989, une première transaction fut conclue entre l'assureur et les parents, prévoyant une indemnisation en capital pour l'incapacité

temporaire, le pretium doloris et le préjudice d'agrément, ainsi qu'une rente mensuelle, indexée de 20 000 francs. Puis, l'état séquellaire s'étant aggravé, la rente fut élevée par une seconde transaction, en 1993, à 29 000 francs. Un avocat avait assisté les parents et la transaction avait été soumise au juge des tutelles qui semble n'avoir fait aucune objection. Quelques années plus tard, cette rente fut jugée encore insuffisante, parce que, semble-t-il, le père de l'invalide étant décédé entre-temps, la mère avait de plus en plus besoin de l'assistance d'une tierce personne. L'assureur ayant refusé une nouvelle réévaluation, l'affaire fut portée en justice. Il était demandé aux tribunaux, à titre principal, de constater la nullité des transactions de 1989 et 1993 pour « violation de l'ordre public, défaut de concessions réciproques, défaut de cause, vice de consentement et dol » ; à titre subsidiaire « de rétablir l'équilibre du contrat, de tenir compte de l'aggravation de la situation (de la victime) et de l'indemniser de ses postes de préjudices professionnel et sexuel non compris dans la transaction ».

Il est clair que les rédacteurs de l'arrêt ont considéré que l'accord de 1993 comportait, au détriment de la victime et de ses parents, des insuffisances. On n'en citera ici qu'une seule, parce que visiblement la plus grave à leurs yeux : le petit nombre d'heures d'assistance d'une tierce personne, étrangère à la famille, que l'assureur avait accepté de prendre en compte, parce que la mère consacrait tout son temps à son enfant. Or, une jurisprudence bien établie décide qu'il n'y a pas lieu de diminuer l'indemnité pour recours à une tierce personne, au prétexte qu'un membre de la famille accepte d'assurer cette fonction, ingrate entre toutes. La Cour en conclut que les parents avaient, de leur côté, fait des concessions qu'elle qualifie de majeures, alors que, du sien, l'assureur n'en avait fait aucune. D'où elle déduit, et cela seul est vraiment important, que les transactions de 1989 et de 1993 n'en sont en réalité pas. Ces transactions ne sauraient dès lors jouir de l'irrévocabilité de la chose jugée et peuvent être remises en cause. Pour la Cour, que l'on tient à citer in extenso pour être certain de ne pas trahir sa pensée, ce serait simplement des contrats ayant pour objet « un règlement échelonné de soins qu'il convient de qualifier de "provisions" et non de règlement définitif et comme tels ne peuvent être attaqués sur le fondement de l'absence de cause, de violence économique ou de dol ». En conséquence, la Cour s'estime en droit de fixer l'indemnisation définitive, donc de réviser la transaction conclue. Ayant ainsi décidé sur le fond, elle sursoit à statuer dans l'attente de conclusions qu'elle invite l'assureur à déposer et qui devront concerner « tous les chefs de préjudice ».

La position de la Cour est d'une très grande habileté technique, car elle ne fait que tirer parti de la théorie générale de la transaction. Il n'est en effet aujourd'hui contesté par personne que, même si le Code civil ne souffle mot de cette exigence, l'existence de concessions réciproques des deux parties soit une condition de la transaction . La Cour de cassation le rappelle fréquemment . Si cette condition fait défaut, la convention ne saurait être qualifiée de transaction et ne saurait en avoir le régime, et notamment l'irrévocabilité.

Sera-t-il cependant permis de faire observer combien ce schéma général est loin d'être toujours adapté au système de règlement conventionnel institué par la loi Badinter ? D'ordinaire, une transaction suggère certes des discussions préalables, un rapprochement de positions antagonistes et, donc, tout naturellement des concessions de chacun. Si l'une des parties reste arc-boutée sur son point de vue initial, ce n'est pas parce que l'autre se résigne et signe l'accord que celui-ci constitue une transaction. Or, dans l'hypothèse d'un accident de la circulation, rien n'exclut que l'assureur, contraint de prendre l'initiative d'une offre, en présente, dès l'origine, une qui, peut-être inférieure à ce qui est en moyenne accordé dans un cas analogue paraisse à la victime assez satisfaisante pour qu'elle juge utile de l'accepter – probablement après s'être, comme en l'espèce, renseignée auprès d'un avocat. Dans un tel schéma, qui n'a rien d'imaginaire, il n'y a pas la moindre place pour une concession de l'assureur. Or, dans le système retenu par la Cour d'Aix, cela suffirait pourtant à exclure que l'on soit en présence d'une

transaction et autoriserait le juge à réviser l'accord, réintroduisant ainsi le jeu de lésion là où l'article 2052 du Code civil l'exclut. Si la validité d'une telle construction devait être admise, on en serait réduit à conseiller aux assureurs – qui voudraient être certains de parvenir à un accord qui ne puisse être remis en question – de faire délibérément une première offre totalement insatisfaisante, pour susciter ainsi à coup sûr une réaction négative de la victime, et de ne présenter que dans un second temps une offre plus importante, réalisant ainsi l'indispensable concession. Ce serait tout de même les enfermer dans une situation paradoxale : présenter une offre manifestement insuffisante, et encourir la non négligeable pénalité rappelée ci-dessus, à seule fin d'être certains de conclure ensuite une transaction inattaquable !

Nous pensons donc pour notre part que, lorsqu'il s'agit de la transaction des articles L211-9 et suivants du Code des assurances, transaction d'ailleurs très dérogatoire au droit commun – que l'on songe à la faculté de dénonciation offerte par l'article L211-16 – il conviendrait d'entendre la notion de concessions réciproques avec souplesse, si l'on veut éviter d'introduire en la matière de larges possibilités de révision pour lésion. Est-ce à dire pour autant que nous soyons le défenseur des transactions excessivement désavantageuses pour la victime ? En aucun cas ! Mais nous estimons que le droit commun offre à la victime assez d'armes pour faire valoir ses droits, sans qu'il soit besoin d'en ajouter une, dont l'effet sera la faculté de remettre en cause toute transaction fondée sur une offre de l'assureur acceptée sans discussion par la victime, parce que, des années plus tard, des juges du fait auraient le sentiment, tout subjectif, qu'elle a été insuffisamment indemnisée.

Revenons à l'espèce jugée par la Cour d'Aix. Nous n'avons aucune qualité pour contester l'appréciation qu'elle a faite de la grave insuffisance, à ses yeux, de ce que l'assureur avait versé. N'était-il pas possible, dès lors, de faire appel à ce vice du consentement qu'est la violence, sous sa forme moderne de la théorie de la contrainte économique ? Et si certains chefs de préjudice n'avaient pas du tout été réparés, l'article 2049 du Code civil selon lequel « les transactions ne règlent que les différends qui s'y trouvent compris », n'ouvrait-il pas la possibilité de les indemniser encore, quelque généraux qu'aient été les termes de la transaction ? Mais ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est de contredire la règle fondamentale qui exclut de revoir les termes d'une transaction uniquement pour cause de lésion. Même les assureurs ont droit à un minimum de sécurité juridique !

Concluons : si l'arrêt d'Aix qui a suscité cette chronique n'est qu'une décision d'espèce, œuvre de magistrats choqués par une transaction que – contrairement à l'avocat consulté et au juge des tutelles qui n'avaient à l'époque rien trouvé à y redire – ils ont considérée comme exagérément lésionnaire, il ne constitue qu'une péripétie. Mais si sa justification, par trop systématique selon nous, devait faire des émules, ce qui est loin d'être acquis à l'heure actuelle , les assureurs auraient quelque raison de trouver la situation préoccupante.

Fusion Sanofi/Aventis : un mariage forcé ?

Gilles Bénéplanc

Directeur général, Mercer Human Resource Consulting

À première vue, le rapprochement entre Sanofi-Synthélabo et Aventis recèle l'essentiel des ingrédients classiques des OPA et renvoie des images de déjà vu : un secteur en forte concentration, des rumeurs persistantes sur les marchés financiers, une attaque préparée de longue date, une riposte juridique et financière, la recherche d'un chevalier blanc, une campagne de presse et la médiatisation des présidents.

Toutefois, en y regardant de plus près, cette fusion est différente par sa nature et son déroulement. En effet, ce regroupement apporte un éclairage intéressant sur deux questions de politique économique et d'organisation industrielle : la notion de nationalité d'origine des entreprises internationales et le rôle et les moyens de l'État. Cette opération de rapprochement permet aussi de tirer des enseignements sur la gestion des risques au sein des entreprises.

La volonté constante du gouvernement – même si, nous le verrons plus loin, elle fut exprimée de façon fluctuante – a été de favoriser l'émergence d'un champion français de l'industrie pharmaceutique. La première question est celle de la définition de ce qu'est un champion français, la seconde est de savoir comment l'on peut favoriser leur création et leur développement.

Force est de constater que définir le champion français s'avère difficile. Comment se placer au niveau de la structure du capital, alors que des non résidents détiennent aujourd'hui plus de 40 % du CAC 40 ? Pour le nouveau groupe constitué, cette quotité devrait être proche de 50 %. De la même façon, les critères basés chiffres d'affaires sont de peu d'utilité car les très grandes entreprises réalisent majoritairement leurs revenus à l'étranger ; il en va de même de la localisation du siège social.

Les traits communs de ces groupes français sont ancrés dans l'histoire et la culture des entreprises, la nationalité des dirigeants et leurs liens étroits avec le pouvoir politique. Pourtant, ces caractéristiques ne sont pas figées ; en effet, il est clair que les groupes français qui souhaitent devenir ou rester un acteur mondial devront internationaliser leurs équipes dirigeantes et, par là même, leur culture.

La recherche d'une définition est donc une tâche bien ardue. Pourtant, il serait faux de sous-estimer l'importance de ces leaders industriels qui jouent, par-delà le volet économique sur lequel nous reviendrons, un rôle fort dans la fierté d'un pays ayant ainsi le sentiment d'exister à l'heure de la mondialisation. Au moment où les médias ont popularisé le terme de guerre économique, l'existence de champions nationaux donne l'impression de pouvoir gagner quelques batailles.

Il est sans doute plus facile d'identifier quels sont les facteurs favorables au développement de groupes français leaders. Sans que la liste soit exhaustive, citons ce qui semble primordial : d'abord, la formation de l'ensemble de la collectivité, mais aussi celle des élites de la recherche et du monde des affaires, l'accès à un marché de capitaux performant, la souplesse et le dynamisme du marché du travail et enfin la qualité des infrastructures.

L'énoncé de ce qui peut créer un environnement favorable à l'émergence de leaders français dans des groupes français montre clairement combien le rôle de l'État est fondamental ; mais, il apparaît tout aussi nettement que ces facteurs se travaillent dans la durée et les effets d'une telle politique ne peuvent apparaître que sur le long terme. Remarquons enfin que cette politique n'a que peu d'influence sur la situation

conjoncturelle de l'emploi et n'est pas suffisante pour prémunir contre les risques de délocalisation.

Tout au long de ce feuilleton, le gouvernement a plus ou moins fermement pris parti pour une fusion entre Sanofi et Aventis au détriment du chevalier blanc pressenti : Novartis. Les commentaires sur cet engagement ont été vifs ; à grands traits, si la classe politique a, dans son ensemble, soutenu cette intervention au motif de l'intérêt national, les dirigeants économiques ont regretté cette entrave aux règles du marché, considérant que cela pouvait nuire aux futurs développements à l'étranger des champions français. Paradoxe en apparence, puisque créer un leader semble nuire au futur développement des autres. Les opposants à l'implication de l'État ont avancé un autre argument : favoriser la solution Sanofi a lésé les actionnaires d'Aventis en les privant de la possibilité d'une surenchère de Novartis ou d'un autre chevalier blanc.

Durant cette opération, le gouvernement a exprimé sa position assez tôt, même si au fil du temps les déclarations de certains de ses membres semblaient nuancer ou amoindrir celles des autres, comme si au fond demeurait un doute sur sa légitimité pour agir dans cette affaire de politique industrielle.

Pourtant, une intervention de ce type n'est pas un cas isolé et il faut noter que plusieurs États, au premier rang desquels les États-Unis, ont par le passé entravé les règles du libéralisme lorsqu'ils considéraient l'intérêt national en jeu. Les mesures de protection de la sidérurgie américaine au mépris des règles de l'OMC en sont une illustration récente.

Ainsi lorsqu'il s'agit réellement de l'intérêt général, ce patriotisme économique peut se justifier. Certains commentateurs ont moqué la référence au bioterrorisme alors que cette menace est loin d'être virtuelle et la capacité de produire des vaccins en cas d'attaque serait stratégique. Il s'agit d'une forme de gestion des risques, auxquels est exposé la collectivité, qui entre par nature dans la mission de protection qui incombe à l'État. De la même façon, dans le domaine de la politique étrangère, la fourniture de médicaments peut constituer un des axes majeurs des relations avec les pays en voie de développement. Enfin, l'industrie pharmaceutique est bien sûr un rouage clé de la politique de santé publique dont on connaît les enjeux et les défis notamment au plan financier.

Le secteur pharmaceutique semble donc bien un secteur tout à fait sensible et stratégique ; pour la France et l'Europe, il relève pour partie de l'intérêt général et l'intervention du pouvoir politique, dans un domaine de cette importance, n'est pas illégitime sur le fond même si, en l'espèce, les motivations et la forme de l'intervention peuvent être discutées.

Le déroulement de cette opération a aussi montré que le gouvernement semblait parfois manquer des moyens d'actions adaptés pour véritablement influencer de façon efficiente le cours des événements. La communication, les tête-à-tête avec les dirigeants, le spectre de l'arme réglementaire ont été cette fois-ci efficaces mais auraient-ils suffi face à un chevalier blanc davantage motivé ?

Dans une perspective légèrement différente – c'est-à-dire en se plaçant du point de vue des sociétés industrielles – ces événements illustrent bien l'absolue nécessité d'inclure le risque politique et réglementaire dans une démarche intégrée de gestion des risques. L'actualité récente recèle d'exemples où des projets économiques n'ont pu être menés à bien du fait d'une décision des autorités de tutelle comme la Commission européenne. Les entreprises vont devoir apprendre, d'une part, à mieux identifier et chiffrer ces menaces et, d'autre part, à communiquer sur ces risques avec les marchés financiers.

Bien plus que le feuilleton classique d'une OPA, l'opération Sanofi/ Aventis conduit à s'interroger sur le rôle de l'État dans la politique industrielle, qui est légitime uniquement s'il s'agit de l'intérêt général ou des outils de la politique extérieure. L'émergence de grands groupes aptes à la compétition mondiale doit non seulement être favorisée pour l'impact de ces groupes sur l'économie nationale mais, bien davantage encore, parce qu'ils renforcent le sentiment d'appartenance et de fierté de la collectivité. L'existence et le développement de ces champions français requièrent, nous l'avons vu, un environnement favorable qui mérite une politique volontariste et résolument orientée sur le long terme. Ce qui, malheureusement, semble le plus difficile.

5.

Études

CHEA

■ Johaquin Pinheiro

Assurance-vie : rentabilité et segmentation clientèle

ÉTUDES

■ Michel Bisch

Risque et responsabilité : science, foi et mauvaise foi

■ Pierre Martin

L'histoire du groupe Azur (1819-2000)

■ Henri Schwamm

Le système de transit douanier TIR et sa chaîne de garantie internationale

Assurance-vie : rentabilité et segmentation clientèle

Johaquin Pinheiro
Directeur Général, GMF Vie

Au terme d'une longue période de croissance régulière, bon nombre d'analystes s'accordent à dire que le marché français de l'assurance vie entre dans sa phase de maturité. Cette évolution structurelle s'effectue dans un contexte de détérioration forte de l'environnement économique et financier : effondrement continu des marchés actions de 2000 à 2002, baisse structurelle des taux d'intérêts à long terme, collecte nette qui a connu ces dernières années un ralentissement certain.

Autant de facteurs qui conduisent à s'interroger sur la viabilité de la rentabilité d'une telle activité. Or, toutes les conditions sont réunies pour tester les capacités de résistance et d'adaptation des assureurs vie français. Autrement dit, la question de la rentabilité n'est plus uniquement une question de performance mais se situe davantage comme un élément clé de la pérennisation de l'activité, notamment parce qu'elle permet d'alimenter les fonds propres des assureurs.

C'est à ce niveau que la prise en compte de certaines caractéristiques liées à la rentabilité des assureurs vie conduit à identifier la nécessité du développement de politiques de « segmentation » clientèle tant en fidélisation qu'en recrutement de nouveaux clients.

Les facteurs d'optimisation du résultat

Les facteurs d'optimisation du résultat d'une société d'assurance vie sont au nombre de trois.

a) la performance de la gestion financière

Il s'agit ici du facteur primordial dans l'optimisation du résultat. En effet, ce facteur joue à la fois sur le rendement des fonds propres ainsi que sur le montant des produits financiers non distribués au niveau de l'activité épargne qui alimente directement le résultat.

Ainsi, si cette performance constitue un effet levier fort, elle entraîne également un contexte de fragilité pour les entreprises qui restent soumises aux aléas des marchés boursiers.

b) La capacité de rétention des produits financiers

Au-delà de la performance financière qui impacte directement cette capacité de rétention, deux autres leviers peuvent contribuer à maximiser cette capacité.

Le premier concerne les conditions contractuelles associées aux produits distribués. Plus les taux de participation aux bénéfices sont proches de 85 % (minimum fixé par l'article A331-4 du Code des assurances) et plus l'assureur renforce sa capacité de rétention de produits financiers, tout en se préservant une certaine flexibilité tant en matière de politique de taux servis que de dotation en matière de provision pour participation aux excédents.

Le deuxième levier permettant d'améliorer la capacité de rétention de produits financiers réside dans le maintien à l'équilibre du résultat de gestion. Celui-ci est égal à la différence entre les recettes prélevées par l'assureur (notamment frais de souscription et frais de gestion) et la totalité des charges de fonctionnement qu'il doit supporter pour assumer la commercialisation et la gestion de ses contrats (frais généraux).

L'impact du résultat de gestion sur cette rétention est important mais s'effectue de manière totalement indirecte. En effet, si ce résultat de gestion est déficitaire, ce déficit sera comblé par les produits financiers distribués et cela réduira d'autant les produits

disponibles pour fixer notamment le taux servi. Aussi, si l'assureur souhaite neutraliser l'effet du déficit de gestion sur le niveau du taux servi, il devra soit avoir recours à une reprise de la provision pour participation aux excédents, soit augmenter le volume des produits financiers distribués et donc réduire la part de ceux qu'il conserve pour alimenter son résultat.
Il est donc impératif que les assureurs soient en mesure d'équilibrer ce résultat de gestion, car seul cet équilibre permettra de neutraliser les effets négatifs d'un déficit sur la capacité de rétention des produits financiers et laissera toute latitude à l'assureur de maximiser son résultat au travers de l'application du taux minimum contractuel de participation aux bénéfices.

c) La performance de la relation clients et de la distribution
La performance de la relation clients et de la distribution est à la base de la rentabilité des activités épargne et prévoyance.
Au niveau des produits d'épargne, la performance de la relation clients et de la distribution génère le montant d'actif à gérer. Pour que cette masse soit en constante augmentation, il faut veiller à fidéliser les clients (donc maintenir leurs contrats et les provisions mathématiques associées, et au final la rétention de produits financiers). Mais il faut également faire en sorte que ces derniers aient envie de confier une épargne de plus en plus importante.
En prévoyance, il s'agit avant tout d'atteindre une certaine taille critique en termes de nombre de contrats ou de clients assurés pour asseoir un résultat prévoyance et assurer la mutualisation des risques.
On voit donc apparaître clairement ici les liens forts entre l'assurance vie et la nécessaire fidélisation des assurés. En effet, cette dernière constitue à la fois une source directe de résultat pour les sociétés et représente une condition sine qua non de l'amélioration de la rentabilité des opérations d'assurance vie.
Ainsi, au-delà des performances financières, l'optimisation du résultat en assurance vie conduit donc inévitablement à placer le client au cœur de la stratégie de l'entreprise, ce qui nécessite de développer une approche ciblée en matière de politique de fidélisation et donc, de manière implicite, en matière de recrutement de nouveaux clients.

Un exemple concret vaut mieux qu'un long discours…

Pour illustrer de manière concrète les synergies existantes entre amélioration du résultat et politique de segmentation de la clientèle, la présentation d'un cas concret me semble être beaucoup plus pertinente qu'une longue démonstration théorique. Ce cas sera donc celui de la GMF Vie, filiale du groupe AZUR-GMF.
Pour mieux appréhender cet exemple, un bref rappel historique apparaît nécessaire.
Soucieuse de fidéliser davantage ses sociétaires, la GMF (Garantie mutuelle des fonctionnaires) a créé en 1979 une filiale d'assurance vie : la GMF Vie.
À l'origine, cette société ne disposait que d'un seul produit d'épargne à cotisation unique (Ticket 1000), destiné à être distribué uniquement par vente à distance.
Cette dimension originelle (et originale) de « structure de fidélisation par vente à distance » constitue une caractéristique majeure de la culture de cette société, même si aujourd'hui la distribution ne se limite plus à la vente à distance.
En effet, l'activité s'est développée fortement au fil des années en s'appuyant d'abord sur l'élargissement de la gamme de produits distribués (contrats d'épargne à versement libre en euros et en unités de compte, contrats d'assurance décès).
Parallèlement, la société a voulu conforter sa position de leader en vente à distance de contrats d'assurance vie en s'appuyant fortement sur une stratégie de distribution multicanaux dont le réseau GMF Conseil constitue aujourd'hui le fer de lance (réseau d'agences avec pour vocation à l'origine la distribution des produits IARD).

Politique de fidélisation et segmentation clientèle

La spécificité du canal de distribution originel permet de mieux comprendre les origines de la stratégie actuelle de la société basée sur une politique de fidélisation systématique. Ainsi, au-delà du taux de

satisfaction client (98 %), d'autres indicateurs permettent de mieux cerner les impacts de cette stratégie :
- un taux de rachat annuel extrêmement faible au regard des autres sociétés, variant entre 2,8 et 3 % des encours gérés ;
- une structure de chiffres d'affaires basée à plus de 90 % sur la fidélisation (reversements sur des contrats d'épargne à versements libres déjà ouverts et extensions de garanties pour les contrats de prévoyance) ;
- une politique de recommandation ou de parrainage de nouveaux clients par les anciens, qui constitue environ 15 % des volumes de recrutement annuel.

Le développement de cette politique de fidélisation s'appuie sur la mise en œuvre d'une véritable segmentation clientèle. Cette dernière, basée pendant longtemps sur un modèle purement RFM, a été revue ces dernières années, afin de combiner la vision prédictive du chiffre d'affaires pour une année « n » et l'estimation du potentiel de ce même chiffre d'affaires pour les années « n+1 » et « n+2 ». L'objectif recherché était de pouvoir répartir les clients existants en segments de potentiel de chiffre d'affaires et permettre ainsi une optimisation du traitement client.

Pour aboutir à ce résultat, on a repris pour chaque client son comportement de versement sur ces contrats d'assurance vie pour une année n, que l'on a essayé de modéliser à partir de données signalétiques (données IARD, activité canal), mais surtout à partir de données relatives à son comportement de versement sur les trois années précédentes.

Cette approche a alors permis de classer les clients détenant un contrat actif en deux grandes catégories, à savoir ceux ayant effectué au moins un versement sur les trois dernières années et ceux n'ayant eu aucune activité (tableau n° 1).

Pour le premier groupe, on a alors cherché à modéliser le niveau de cotisation versée ainsi que la probabilité de versement. Ce groupe a donné naissance à trois segments (E, D, C) qui se caractérisent par un potentiel décroissant de chiffre d'affaires.

Pour le groupe des non verseurs, deux segments (A et B) ont été identifiés en fonction du niveau de la valeur acquise de leur portefeuille qui est apparue comme la variable la plus discriminante pour estimer le potentiel de chiffre d'affaires.

Le segment D constitue le segment de référence (pression classique) par rapport auquel sont déterminés les sur ou sous-investissements associés aux autres segments. Ainsi, au-delà du nombre de contacts différents

Tableau n° 1 : résultats par segment au 31/12/2002 (tous produits confondus)

Segments	Répartition clients	Indice Taux de verseurs	Indice Cotisation moyenne	Nombre de contacts clients	Indice budgétaire clients
A	30	0,42	74	2	21
B	26	0,44	164	6	75
C	15	1,32	35	6	67
D	14	1,67	73	9	168
E	15	2,24	143	10	271
	100	**1**	**100**	**5,8**	**100**

Les clefs de lecture sont les suivantes :
- première colonne : pour 100 clients, 14 se situent dans le segment « D » ;
- deuxième colonne : si l'on considère que le taux moyen de versement tous segments confondus est de 1, alors chaque client « D » verse en moyenne 1,67 fois plus ;
- troisième colonne : si l'on considère que la cotisation moyenne tous segments confondus est de 100, alors celle du segment « D » est de 73 ;
- quatrième colonne : nombre réel de mailings adressés à chaque client de chaque segment avec pour total le nombre moyen de contacts par client tous segments confondus ;
- cinquième colonne : si en moyenne l'investissement commercial par client tous segments confondus est de 100, alors l'investissement moyen par client du segment « D » est de 168.

par segment, la nature des contacts adressés à chacun des segments fait également l'objet de variations importantes. C'est notamment le cas du segment E, où le positionnement de la relation se fait clairement sur un axe beaucoup plus qualitatif que pour les autres segments.

Rentabilité et politique de fidélisation

Mais, au-delà de cette segmentation et de son efficacité commerciale, est apparu rapidement un besoin complémentaire de prise en compte de la notion de rentabilité dans le pilotage de la politique de fidélisation et par répercussion de recrutement.

Par pilotage, on entend :

- affiner les objectifs de chiffre d'affaires par segment et les objectifs de nouveaux clients,
- déterminer les niveaux de budgets et leurs allocations par segment,
- enrichir la classification des clients et prospects,
- contrôler les résultats.

Ce besoin complémentaire s'est traduit par la construction d'un modèle appelé « modèle de rentabilité » et dont l'un des principes fondateurs est qu'il se devait d'être le plus complet possible et qu'il devait intégrer tous les types de coûts et de recettes. L'objectif final était de pouvoir mettre en place un modèle économique de la société non seulement réaliste, mais également suffisamment précis pour permettre d'identifier les leviers opérationnels.

L'élaboration du modèle, qui s'est portée en priorité sur l'activité épargne et qui combine à la fois une vision client et une vision contrat (on étudie les clients détenant une catégorie de contrat donnée), s'est effectuée au travers de différentes étapes qui sont détaillées ci-après.

◆ Analyse du résultat de base

Il s'agissait dans un premier temps d'identifier ce que serait le résultat annuel dégagé par le portefeuille existant (pour chaque catégorie homogène de contrat d'épargne) sans aucune action de fidélisation. Pour calculer ce résultat (désigné sous le vocable « résultat de base »), on a tenu compte des recettes et des charges suivantes.

- Au niveau des recettes de base

Elles sont constituées d'abord par les frais de gestion prélevés sur le stock de provisions mathématiques, estimées en tenant compte de lois de sorties et revalorisées selon un taux de rendement équivalent à 85 % du taux de rendement de l'actif des années précédentes adossé aux contrats analysés. L'autre source de recette est constituée par les revenus financiers générés par le portefeuille, le taux de rendement de l'actif pris en compte étant le même que précédemment.

- Au niveau des charges de base

Il s'agissait de prendre en compte la globalité des charges afférentes à la gestion des contrats (ressources humaines, informatique, coûts de structure, etc..). Un coût moyen de gestion des clients a donc été établi à partir de modèles analytiques permettant de procéder à l'affectation des frais généraux par destinations légales.

Le portefeuille de clients a été alors décomposé par tranche de valeur acquise. En tenant compte des éléments précédents, on a calculé pour chacune des tranches, un résultat de base partiel, la somme de ces résultats constituant le résultat de base du portefeuille étudié.

- Les résultats de base (tableau n° 2)

De manière générale, l'établissement d'un tel modèle a permis de s'assurer dans un premier temps de l'existence d'un résultat de base total bénéficiaire. Le lien entre ce résultat de base et celui de l'entreprise n'est pas direct, puisque le résultat dégagé ici est redistribué soit aux assurés sous forme de complément de taux de rendement ou de participation aux bénéfices, soit à l'entreprise sous forme de produits non distribués.

Dans un second temps, l'analyse du résultat de base a permis de mettre en lumière quelques caractéristiques structurelles au niveau du portefeuille.

Ainsi, en termes de répartition de celui-ci, près de 60 % des clients se situent en dessous de la valeur acquise d'équilibre estimée à 9 000 € et qui correspond à la valeur acquise qui permettait à un client de générer des recettes équivalentes à son coût de gestion moyen.

Le modèle a permis également d'identifier le résultat moyen d'un client par tranche de valeur acquise (résultat unitaire par client). Ainsi, si l'on considère que le résultat unitaire moyen par client est de 100 (toutes tranches confondues), on constatait une dispersion importante par

Tableau n° 2 : résultats de base par tranche de valeur acquise

Tranches Valeur Acquise	Nombre de clients	Résultat unitaire par client	Résultat de base par tranche
< 2 000 €	35	-106	-37
2 000/4 000 €	11	-78	-9
4 000/8 000 €	13	-40	-5
8 000/15 200 €	13	30	4
9 000 €		0	0
15 200/30 000 €	12	164	20
30 000/50 000 €	8	386	29
50 000/100 000 €	6	785	45
> 100 000 €	3	1991	53
	100	**100**	**100**

Les clefs de lecture sont les suivantes :
- première colonne : pour 100 clients, 35 se situent dans la tranche de valeur acquise inférieure à 2000 € ;
- deuxième colonne : si l'on considère que le résultat unitaire moyen par client toutes tranches confondues est de 100, alors chaque client situé dans la tranche de valeur acquise inférieure à 2 000 € possède un résultat unitaire moyen de –106 ;
- troisième colonne : si on considère que le résultat de base pour la totalité des tranches est de 100, alors le résultat de base pour la tranche inférieure à 2000 € est de -37.

tranche, avec des tranches générant un résultat unitaire négatif compensé par des tranches à fort résultat unitaire bénéficiaire.

Le résultat de base total pouvait également se décomposer en résultat de gestion de base et un résultat financier de base. Le résultat de gestion de base visait à définir la marge sur la gestion pure du portefeuille indépendamment de tout impact financier (c'est pour cela que l'on avait volontairement limité le taux de rendement du portefeuille en tenant compte du taux minimum légal de distribution des produits financiers, à savoir 85 %).

Le résultat de gestion de base correspondait à la différence entre les recettes de base (uniquement les frais de gestion) et la totalité des frais d'exploitation des clients.

Au final, l'analyse du résultat de gestion de base permettait d'une part de constater qu'il était bien positif et d'autre part d'évaluer le poids de ce dernier dans le résultat total de base (41 %). Par différence, nous étions en mesure d'évaluer l'impact du résultat financier de base qui était croissant avec le montant de tranche de valeur acquise.

◆ Impact de la politique de fidélisation

À ce niveau, il s'agissait d'intégrer les impacts de la mise en œuvre de la politique de fidélisation, tant au niveau des recettes que des coûts (*cf* schéma méthodologique).

L'objectif de cette démarche visait bien évidemment à s'assurer que, compte tenu des coûts engagés et des recettes générées, le résultat avec fidélisation (désigné par le terme de « résultat final ») restait positif. La comparaison avec le résultat de base, pouvait aboutir à deux cas :

- soit le résultat final était supérieur au résultat de base, ce qui signifiait que la politique de fidélisation contribuait à augmenter la richesse partageable entre assurés et assureur,
- soit le résultat final, tout en restant positif, se dégradait par rapport au résultat de base et dans ce cas une analyse complémentaire devait permettre d'identifier les leviers d'action pour aboutir à ce que le résultat final soit au moins équivalent au résultat de base.

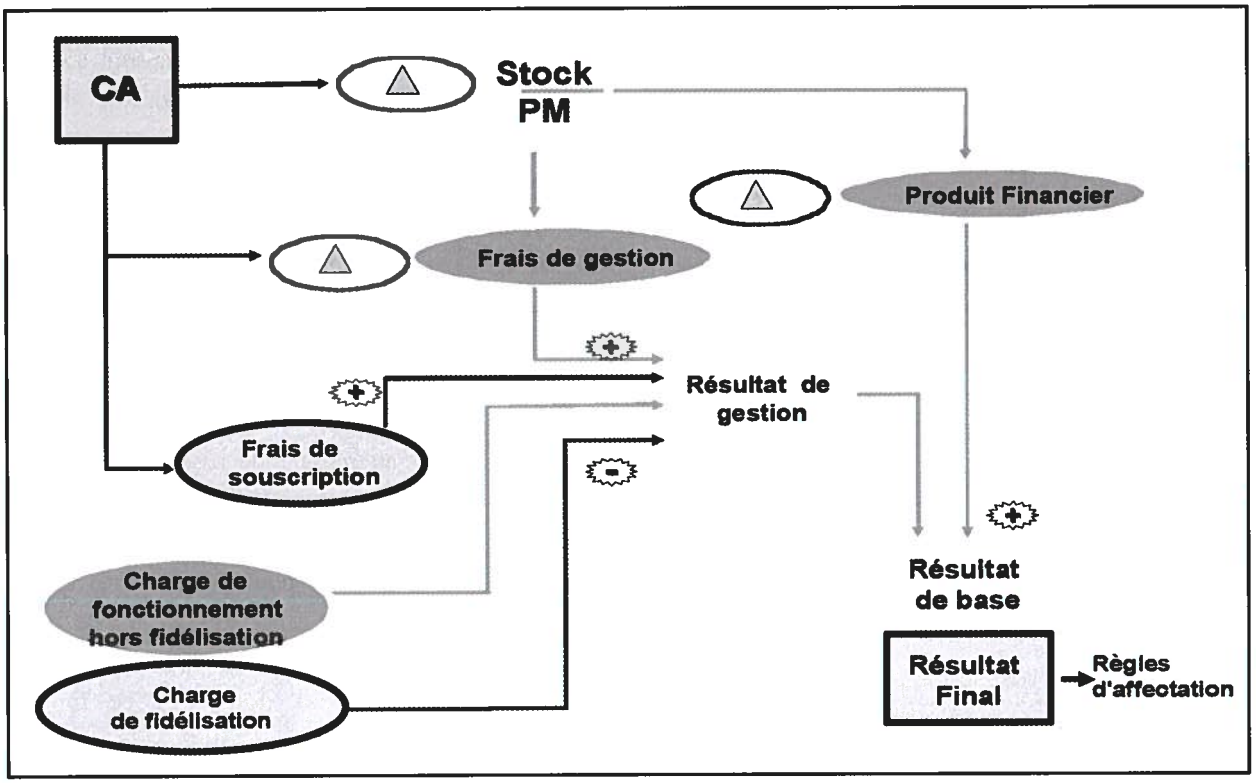
On voit donc que ce modèle pouvait contribuer de manière significative à l'amélioration de la rentabilité des opérations sachant que, comme pour le résultat de base, on pouvait décomposer le résultat final en résultat de gestion final et résultat financier final.

De plus, pour assurer la cohérence avec la politique de fidélisation, l'analyse du résultat final a été effectuée non seulement par tranche de valeur acquise mais également par segment de clientèle exploitée (segments A, B, C, D, E).

- Au niveau des recettes finales

La mise en œuvre de la politique de fidélisation conduit à générer des recettes complémentaires aux recettes de base analysées précédemment. Ces recettes complémentaires, calculées par segment de clientèle et tranche de valeur acquise, ont pour origine trois sources distinctes : les frais de souscription générés par le chiffre

Schéma méthodologique par segment de clientèle et par tranche de valeur acquise



d'affaires réalisé, les frais de gestion complémentaires issus du *delta* des provisions mathématiques, et enfin, les produits financiers issus des actifs financiers venant en présentation du *delta* précédent.

- Au niveau des charges finales

Les charges finales sont équivalentes aux charges de base auxquelles s'ajoutent les charges de fidélisation. Ces charges de fidélisation se décomposent tout d'abord en un forfait de fidélisation : il s'agit de toutes les charges fixes associées aux structures concourant à la fidélisation (ressources humaines, informatique, etc.). C'est à ce niveau notamment que l'on prendra en compte le commissionnement du réseau physique relatif aux activités de fidélisation. Par ailleurs, les charges finales intègrent également des charges directes : il s'agit du coût direct des actions de fidélisation et notamment du coût relatif aux actions de marketing direct.

Pour chaque segment identifié, on a pu alors établir une comparaison intégrant le résultat de base et le résultat final.

◆ Résultats globaux du modèle de rentabilité

Au-delà des analyses possibles par tranche de valeur acquise au sein d'un même segment, le modèle développé permet d'établir des analyses plus globales et d'orienter la stratégie en matière de fidélisation mais aussi de recrutement.

Le premier niveau d'analyse possible est celui qui vise à étudier le résultat final au niveau des cinq segments majeurs (tableau n° 3).

Le résultat final apparaît légèrement supérieur au résultat de base, ce qui dans un premier temps valide les orientations prises en matière de segmentation et de pression commerciale associée.

Néanmoins, le modèle a permis de mettre en évidence l'impact de frais de structure trop importants (forfait de fidélisation) et la nécessité de les stabiliser, voire de les réduire.

Par ailleurs, pour chacun des segments étudiés, trois variables d'ajustement apparaissent. Il s'agit du budget (charges de fidélisation directe), du taux de souscription et enfin de la cotisation moyenne. En fonction de la situation relative à chaque segment et du niveau de chacune de ces variables d'ajustement pour le segment considéré, on peut alors envisager différentes tactiques pour améliorer le résultat final obtenu.

Tableau n° 3 : résultats finaux par segment

Segment	Nombre Clients	Cotisation moyenne	Taux de souscription	Budget	Résultat total de base	Résultat total final (1)
A	27	74	0,42	21	-39	-65
B	26	164	0,44	75	145	139
C	15	35	1,32	67	-24	-48
D	15	73	1,67	168	132	131
E	17	143	2,24	271	337	419
	100	**100**	**1**	**100**	**100**	**101**

(1) Base 100 : résultat total de base

On voit ainsi se dessiner clairement différentes stratégies de fidélisation pour chacun des segments.

- Concernant le segment A, celui-ci est condamné à être déficitaire, l'objectif étant alors de faire en sorte que ce déficit soit le plus faible possible (résultat final = résultat de base). Il faut donc envisager de réduire au strict minimum tout contact avec ce segment (limité aux engagements contractuels) et de ne pas allouer un euro de fidélisation sur ce segment.
- Sur le segment B, la problématique est totalement différente car il y a là matière à améliorer le résultat final. Sur ce segment, les actions de fidélisation à mettre en œuvre doivent donc être orientées vers un objectif de déclenchement de l'acte de souscription, notamment en générant un contexte relationnel différenciant où les souscripteurs regagneraient en confiance. La limite de l'exercice se situera au niveau du budget puisqu'en parallèle une politique d'optimisation des coûts directs de fidélisation devra aussi être menée.
- Sur le segment C, la situation est inverse par rapport au segment précédent puisque le taux de souscription est relativement élevé mais est associé à une cotisation moyenne faible (la plus faible de tous les segments). L'objectif sera donc de réduire le budget alloué de telle sorte que cette réduction n'ait pas d'impact négatif sur les deux autres paramètres.
- Sur le segment D, les marges de manœuvre sont réduites car l'équilibre étant atteint, toute tentative d'évolution positive sur l'un des paramètres peut entraîner une évolution négative sur l'un des deux autres. Une politique de statu quo semble être la plus pertinente.
- Sur le segment E, le résultat final obtenu doit nous conforter dans la poursuite d'une politique de fidélisation intense. La société cherchera à faire croître notamment le niveau de cotisation moyen qui n'est pas le plus élevé de tous les segments, tout en maintenant le budget à son niveau actuel.

L'existence d'un résultat de gestion final positif permet de faire le lien entre politique de fidélisation et politique de recrutement.

En effet, si l'on tient compte du fait que le coût de recrutement d'un nouveau client ne s'étale pas dans le temps mais qu'il impacte dans sa totalité le résultat de l'année, on peut alors piloter la politique de recrutement en considérant que la totalité des coûts annuels liés à l'acquisition de nouveaux clients doit être financée par le résultat de gestion final dégagé sur les clients existants.

Pour ce faire, il convient de définir le coût moyen maximum d'acquisition client à ne pas dépasser (CACL). Là encore le modèle peut être utilisé, notamment pour simuler les marges dégagées dans le futur par tout nouveau client recruté. À ce niveau, un certain nombre d'hypothèses doivent être formulées : fixation de la cotisation moyenne et du taux de frais de souscription à l'ouverture du contrat, fixation du profil du client recruté (comportement d'un profil type « segment D ») et enfin fixation d'une durée maximale d'obtention du point mort. Ces éléments étant déterminés, on peut alors calculer un coût d'acquisition maximal à ne pas dépasser.

En tenant compte du résultat de gestion final précédemment calculé, on peut évaluer le volume du recrutement à effectuer.
Le volume du recrutement ainsi défini peut alors être comparé au volume nécessaire pour assurer le renouvellement du portefeuille. Dans le cas où ce dernier lui est inférieur, on a alors la capacité de mettre en œuvre une politique de recrutement maîtrisée, assurant une croissance du portefeuille et la rentabilité de ce dernier. Bien évidemment ce résultat ne sera obtenu qu'à partir du moment où les hypothèses fixées sont respectées, ce qui implique leur contrôle a posteriori.

Enfin, il est toujours possible dans l'absolu de définir des niveaux de recrutement dépassant ce volume calculé. Cette situation implique simplement que le financement de ces recrutements se fera en partie sur les résultats financiers. Là encore, le modèle pourra être exploité pour évaluer la quote-part de produits que l'on accepte de destiner au financement de cette activité et, le cas échéant, permettra de piloter le volume de recrutement.

Conclusion

Au final, l'existence de ce modèle permet une analyse réelle de la rentabilité de la politique de fidélisation et fixe les marges de manœuvre pour l'activité de recrutement. Il présente comme tout modèle des limites, la principale étant qu'il possède un caractère relativement statique (peu de variables d'ajustement) et qu'il propose une vision actuelle et non prédictive de la rentabilité.
Il n'en reste pas moins qu'il autorise un pilotage précis de l'activité et surtout de sa rentabilité, ce qui constitue dans le contexte actuel un outil puissant d'allocation des ressources et de réactivité dans la définition des politiques commerciales.

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)*

Études

Risque et responsabilité : science, foi et mauvaise foi

Michel Bisch

Président de la société ALSASS

Si l'histoire offre bien une continuité, en matière de responsabilité, nous retrouvons en ce début de 21e siècle certains principes connus dans la loi franque : le vergeld et l'ordalie.

Notre conception de la responsabilité oscille ainsi entre ce que nous croyons être l'exacte mesure du dommage et le choix judicieux du coupable, selon l'humeur et le hasard, une sorte de jugement de Dieu. Le vergeld des Francs, forme déjà évoluée de la loi du talion, puisqu'elle prévoit des paiements compensatoires aux dommages, fait partie du versant scientifique de notre connaissance du dommage et sa réparation. Dans le doute, au moins sur l'auteur du dommage, l'ordalie – consistant à courir sur un lit de braises, pieds nus, pour se retrouver (selon que l'on soit indemne ou non) coupable ou innocent – procède de l'acte de foi, avec un référent extérieur, pour déterminer la responsabilité.

En matière d'assurance, et donc de responsabilité, nous avons ajouté à la foi que connaissaient déjà nos ancêtres, la mauvaise foi du choix du coupable d'opportunité, généralement désigné par sa solvabilité.

Le développement de la science, au sens du savoir des causalités directes, a longtemps servi de trame à la notion juridique de responsabilité. Est en effet responsable, celui qui connaît le lien direct entre ses actes et les conséquences évidentes. Il y a là un élément de conscience et de connaissance scientifique. Cette responsabilité est évidemment aggravée par la mauvaise intention.

Nous assistons à un mouvement très net qui, peut-être, rencontre sa limite économique, d'une part vers l'extension de responsabilité, sans intention, sans cause, sans savoir, voire sans présence, et d'autre part, dans le sens où la victime est de moins en moins une personne considérée comme raisonnable, en pleine possession de ses moyens d'évaluation et de raisonnement : on passe du citoyen éclairé du droit romain, confirmé en bon père de famille dans le Code civil, au simplet puisant dans son insondable faiblesse des trésors de droit à réparation.

Le chef d'entreprise – ou le professionnel, ou l'automobiliste – est responsable, a priori, au-delà de toute délégation de pouvoir et de toute connaissance scientifique accessible à un décideur formé au moment de sa décision. La responsabilité est définie et indéfinie, elle est une fonction dérivée de la fonction principale. À l'opposé, le statut enviable et souvent profitable de victime est né du dommage, indépendamment de toute cause, voire de la virtualité du dommage.

Si une telle extension de la responsabilité – « si ce n'est toi, c'est donc quelqu'un des tiens » – est possible, cela tient tant à l'évolution de savoirs complexes qu'au règne de l'émotion. Il est vrai que le développement des dommages d'abord invisibles, comme certaines maladies ou pollutions, ne peut être compris qu'avec une formation scientifique et une pertinence de recherche et d'information hors du commun. À l'opposé, l'émotion est accessible à tous, se partage bien et son prolongement souvent pénal permet de cumuler le vergeld des Francs, la réparation, et la loi biblique du talion avec les raffinements moraux et matériels que permet notre civilisation. Il est fort probable que l'assurance, à la fois

conséquence et obligation en vue d'une mise en responsabilité, soit également la cause de ces mêmes mises en responsabilité. L'assureur, être abstrait, solvable et généralement incompris, a en effet toutes les vertus du coupable civil par destination. Le prolongement pénal aura donc la mission complémentaire de parachever la vengeance du faible au fort ; il est d'ailleurs amusant sur un plan de stratégie et de tactique judiciaires, d'observer combien les avocats, dans les échanges de conclusions adverses, recherchent avec imagination et talent le rôle envié et prometteur de victime pour leur client. Le magistrat, tirant sa légitimité d'un concours professionnel passé juste à la fin de ses études, se trouvera dans la position de juger des prises de risque dont il ne connaît le vécu que par des récits, se plaçant lui-même de manière institutionnelle à l'abri du risque professionnel (les prises à partie auprès des cours d'appels et les recours devant les tribunaux administratifs pour mauvaise administration de la justice étant rarissimes).

La distance à l'égard du risque est, dans ce cas, on ne peut plus grande, noyée encore dans la collégialité des décisions. La qualité de la décision provient-elle de l'ignorance du vécu du risque et de l'abri personnel à cet égard, ou bien, grâce à cette ignorance, à une sensibilité aux courants d'opinions ?
Dans ce dernier cas, la sentence pourrait être conforme au bon sens populaire. Mais, dans une redoutable interaction, ce bon sens a été tellement flatté par la recherche de responsabilité sur le fondement, souvent de la seule solvabilité, que les biais introduits ouvrent la voie à une dangereuse mauvaise foi.

Un des risques de la mauvaise foi, souvent retraduite par une requalification par le juge des termes du contrat, voire par une interprétation autoritaire et de pure circonstance de la volonté des parties, est de vider le contrat de sa force de loi entre les parties. Dès lors, la rédaction même du contrat devient un exercice quasi impossible. S'agit-il d'un contrat constitué de clauses-types habituellement acceptées, il reste exposé à la déclaration d'incompréhension par la victime, déclaration facile. S'agit-il d'un contrat soigneusement rédigé pour une circonstance précise, on lui reprochera de ne pas ressembler au contrat habituel. La dictature du court terme, observée en matière de résultats financiers d'entreprise, se retrouve ainsi dans les horizons contractuels par l'incertitude absolue de la jurisprudence.
Une des conséquences de cette évolution est, pour le contrat d'assurance, le passage d'un contrat de confiance entre les parties à un contrat d'obligations réciproques très strictement délimitées.

Par ailleurs, le besoin de sécurité et de réparation, cause de fond des réinterprétations surprenantes de contrats d'assurances, peut aboutir à une sévère restriction de l'offre. Les normes IAS actualisant fortement les expositions aux risques futurs, tant d'actif que de passif, et induisant une volatilité des résultats des sociétés d'assurances, induiront également une restriction de l'offre.
Nous notons, de manière étrange, un double mouvement contradictoire. D'une part, le principe de réparation à l'individu, de plus en plus déconnecté de la notion de faute, s'accompagne de fonds d'indemnisation spécialisés et de garanties individuelles de type garantie des accidents de la vie ; d'autre part, l'extension des assurances de responsabilité civile professionnelle obligatoires fait de l'assureur un acteur majeur du droit d'exercer ou non un métier.

Le développement du risque, par la conscience, par la valeur des biens exposés, par la capacité à nuire même involontairement (dans le cas de dommages à l'environnement par exemple), font de l'assurance un secteur non plus accessoire à l'activité économique, mais central ; c'est probablement la raison de fond de l'accroissement de sa part dans le PNB de tous les pays développés.
Il est dommage, mais peut-être inévitable, que le chemin de la couverture et de la réparation passe par la mauvaise foi de circonstance dans l'interprétation des contrats.

Est-il légitime de, systématiquement, faire le mal pour faire le bien en lieu et place de moyens plus positifs. L'intérêt de la victime ne peut être contradictoire avec celui de l'assureur que tant qu'il existe un assureur.
Le principe de précaution inscrit dans nos textes et dans notre jurisprudence atteint une limite naturelle et évidente : ne rien faire est aussi une décision et un risque, comme le souligne Pascal, et, de fait, nul ne peut « sortir de la vie ».

Dès lors, le discours critique sur les dévoiements du principe de précaution commence à influencer des décisions de praticiens. La création d'une sorte de « chambre des risques » à la Cour de cassation est à cet égard un signal important ; tout comme l'est le développement de l'enseignement des sciences du risque dans l'enseignement supérieur et son analyse dans les entreprises.

Le principe de réparation d'un dommage ou de solidarité avec une victime de l'évolution technologique, ou tout simplement du malheur, mérite mieux que le passage par la mauvaise foi. Celle-ci ne saurait être durablement une monnaie de change à cours fixé par les tribunaux.

Les mauvais procédés, récompensés par la surprise, ne constituent pas longtemps une réponse viable.

Intuitivement, les futures victimes éventuelles craignent la politique de terre brûlée des anciennes victimes. La pratique du droit n'est pas dissociable longtemps du sentiment d'équité.

L'histoire du groupe Azur (1819-2000)[1]

Pierre Martin

agrégé d'Histoire, Docteur en Histoire

Quel intérêt à l'histoire d'Azur ?

Azur, à l'image de l'assurance française et contrairement à son homologue d'outre-Manche, est une branche aussi dynamique que mal connue des historiens. La difficulté d'accéder aux sources explique sans doute ce qui est une méconnaissance plus qu'un désintérêt. Cette étude a pu s'appuyer sur les archives privées de la société ainsi que sur divers papiers des archives historiques des AGF[2] ou de la direction du contrôle des sociétés d'assurances du ministère de l'Économie et des finances pour la période postérieure à 1940[3]. Ce travail a un triple statut : c'est à la fois l'histoire parallèle d'« entreprises » qui finissent par se croiser, l'histoire d'« assurances » incendie, grêle et accidents, enfin l'histoire de « mutuelles ». Il s'agit d'une micro-histoire qui, chaque fois que possible, a été replacée dans un cadre macroéconomique afin d'éclairer la genèse et le fonctionnement de la profession. Histoire économique et juridique, histoire de stratégies et de fusions, de produits et de clients, de pratiques et de problèmes inhérents à l'assurance, c'est l'histoire de conjonctures et de cycles, mais aussi d'hommes et d'idées, qui prend d'autant plus sens qu'elle s'inscrit dans une durée épaisse de deux siècles. On oublie trop souvent, en effet, que les entreprises françaises d'aujourd'hui, notamment les plus grandes, sont parfois fort anciennes, singulièrement dans l'assurance. Qui sait ainsi que l'ancêtre fondateur d'Axa, société cousine d'Azur et à bien des égards comparable, était la modeste Compagnie d'assurances mutuelles contre l'incendie dans les départements de la Seine inférieure et de l'Eure, fondée le 2 juin 1817 ?

L'histoire de trois sociétés

L'histoire d'Azur est celle de la gestation d'un groupe dont il a fallu reconstituer la généalogie : l'Assurance mutuelle de la Seine et de la Seine-et-Oise, société incendie parisienne née en 1819, la Cérès, société grêle, sise à Paris depuis 1822, La Beauce et les Travailleurs français, sociétés incendie et accidents, nées à Chartres en 1874 et 1882. Ces trois sociétés ont été étudiées de façon parallèle et synthétique afin de faire ressortir la logique comme la dynamique commune de cette histoire. L'ensemble des bilans et des rapports d'assemblées générales annuelles a été harmonisé[4] en tableaux de bord : des ratios permettent de suivre les données en longue durée[5]. Le dépouillement raisonné des conseils d'administration et l'analyse exhaustive de divers documents isolés, comme le double de la correspondance départ de la direction de l'Amsso (1840-1856) ou un registre clients de la même entreprise de 1877, complètent cette base déjà fort riche.

L'Amsso constitue le gène noble et urbain d'Azur. C'est une société incendie lancée par le grand banquier Laffitte, régent de la Banque de France, à l'assise financière très solide, promoteur de l'assurance à la Restauration comme président du conseil d'administration (1820-1830) de la Compagnie royale d'assurances – aïeule du Gan – actionnaire le plus important du Phénix, puis ministre de Louis-Philippe et initiateur de la Caisse générale du commerce et de l'industrie (1837). Les 181 premiers sociétaires de l'Amsso assurent plus de 6 millions de francs en valeurs 1913, soit 34 000 francs par tête : cela correspond à la valeur moyenne par succession à Paris à l'époque, certes pas la richesse, mais une

aisance relative. Pour les trois-quarts, ces fortunes sont sises dans la Seine – Paris excepté au départ car occupée par la Mutuelle de la ville de Paris, lancée en 1816. L'Amsso connaît un XIXe siècle brillant : le portefeuille atteint 14 milliards de francs en 1914, quand sa réserve de 15 millions de francs or représente alors deux années et demie de cotisations. Pas d'ombre à sa croissance continue, de simples paliers dans un très « beau » XIXe siècle.

La Beauce incendie appartient manifestement à la roture et à la terre. La Beauce incendie naît en 1874 sur des bases financières et géographiques modestes : 165 000 francs de valeurs assurées et une aire de fonctionnement restreinte à l'Eure-et-Loir. C'est une société voulue par des propriétaires terriens soucieux de protéger des biens, des fermes, des granges contre l'incendie. La culture terrienne, parfois « terre à terre », est révélatrice du culte de l'épargne omniprésente dans la bourgeoisie du XIXe siècle, qui est comme décuplée chez le paysan beauceron. Le lancement de cette société incendie correspond à une stratégie agrarienne plus ample visant à intégrer l'agriculture beauceronne, irriguée par un réseau dense de chemin de fer à partir de 1850, dans un circuit capitaliste. Les administrateurs sont des notables locaux, bien implantés dans les mairies et les comices agricoles, souvent conservateurs en politique mais ouverts à l'innovation. Ces propriétaires créent ainsi une chaire d'agriculture (1883), un syndicat agricole (1886), la Caisse régionale de crédit de Beauce et Perche (1899), deuxième caisse régionale de crédit en France en 1914.

La Cérès est une petite société assise sur un risque très spécifique et calamiteux, la grêle. En 1822, une centaine de propriétaires, dont 40 % ont un domicile en Ile-de-France, assure des récoltes dans onze départements du bassin parisien. La belle noblesse qui peuple le premier conseil ne doit pas faire illusion. Il s'agit d'un comité de parrainage prestigieux destiné à rassurer pour assurer : rassurer l'État monarchique qui distille alors au compte-gouttes les autorisations d'exercer aux sociétés d'assurances, rassurer les premiers sociétaires par des membres fondateurs « propres à inspirer la confiance auprès des propriétaires et habitants »[6]. À partir des années 1860, les propriétaires agricoles, clientèle exclusive de la Cérès, accaparent logiquement les postes d'administrateurs.

Les techniques, les marchés et la stratégie des entreprises au XIXe siècle

En incendie, il s'agit de se constituer un portefeuille homogène, de belle qualité, à la sinistralité faible. L'Amsso recherche les « risques bourgeois », châteaux, demeures de maître, propriétés cossues et solides fermes franciliennes. Il s'agit souvent de belles maisons de campagne de résidents parisiens qui y viennent en villégiature ou de biens de familles nobles qui apprécient de s'assurer « entre eux ». Les familles, La Rochefoucauld ou Breteuil siègent ainsi au conseil général de l'Amsso de père en fils comme plus forts assurés pendant plus d'un siècle. La Beauce pratique une stratégie de niche à l'échelle d'un micromarché, jouant la carte de la proximité, voire d'un certain nationalisme régional, seul moyen pour s'implanter dans ce qui constitue une marge du sanctuaire des Mutuelles incendie du Mans, qui ont pour elles l'antériorité (1828) et la solidité de leur garantie. La filiale accidents, les Travailleurs français accidents, végète jusqu'à la mise en place de la loi de 1898 sur les accidents du travail. C'est en grêle que les techniques de la Cérès sont plus complexes, liées à des déclarations saisonnières d'assolement. C'est en grêle également que toute prévention est impossible. Les tarifs pratiqués, jusqu'à vingt fois plus élevés, et l'irrégularité des résultats trop souvent désastreux, constituent un facteur durable de faiblesse et de dissolution de la mutualité. Société schismatique de la Cérès en 1855, la Garantie agricole est lancée par de grands propriétaires lassés par la « lèpre des réclamations insignifiantes ». Las. Pour survivre, la société fille doit s'adosser à la société mère dès les années 1860.

La question stratégique majeure de ces mutuelles est de savoir s'il faut quitter le sanctuaire départemental pour le marché national. Les administrateurs y répugnent bien plus que les directeurs qui y voient une source future de

prospérité. Les directeurs qui afferment en quelque sorte leur fonction ne sont certes pas désintéressés. Ils endossent néanmoins des risques, ce qui explique l'obligation contractuelle qu'ils ont de fournir une fortune personnelle à titre de gage prudentiel. L'Amsso décide finalement de passer au marché national en 1881, en même temps que les Mutuelles du Mans (1882), après l'ancêtre d'Axa[7] (1856), à peu près en même temps que la Beauce incendie (1888), quand les Travailleurs français accidents attendent 1924 pour être solidement installés.

Les ruptures de la Grande Guerre de 1914/1918

L'irruption de la guerre casse la croissance. Les flux de cotisations sont grippés par les événements comme par l'application d'un moratoire instauré par l'État. La solidité financière des sociétés s'en ressent durablement : les niveaux de solvabilité de 1913 constituent des records parfois longs à battre. À titre d'exemple, la garantie de l'Amsso était couverte par trois années de cotisations d'avance en 1913, par une seule année en 1938. Rupture dans la conjoncture, rupture dans la tenue des marchés. L'arrêt des relations habituelles d'échanges de risques dans le cadre du marché européen de réassurance ampute certains assureurs d'une partie de leur couverture, comme il pose des problèmes de règlement. Rupture tenant aux relations qu'entretiennent les sociétés avec la sphère du politique, jusque-là plutôt exclusives l'une de l'autre. Jusqu'en 1914, les conseils étaient muets sur la vie politique, fût-elle mouvementée (1830, 1848, 1851, 1870). Pendant la Grande Guerre, les assureurs et les politiques sont obligés de prendre langue. En revanche, l'hypothèse d'une rupture dans la structure des portefeuilles des sociétés incendie, qui auraient accepté des « gros risques » d'« industries de guerre » pour maintenir leur production, est démentie à l'Amsso. Par patriotisme et par intérêt, l'Amsso assure bien des « usines de guerre ». Mais leur part rapportée au portefeuille reste stable, marginale en termes de capitaux assurés, sans doute conséquente en termes de cotisations afférentes. La Cérès et la Garantie agricole n'échappent pas au déclin puisque leurs volumes respectifs de cotisations représentent en 1938 respectivement 60 et 80 % de ceux de 1913.

L'entre-deux-guerres : les Travailleurs français - Beauce à l'heure des temps modernes

Le brasseur chartrain Georges Hornung, le nouveau patron des Travailleurs français - Beauce, impose une réorganisation radicale dans les années 1920. Raymond Senly, un assureur parisien aguerri acquis aux idées de Taylor, professionnel reconnu de la branche et administrateur d'autres sociétés d'assurances, est son bras séculier. Audit, remise à plat, réforme et investissements, tels sont les quatre côtés du carré de la mue qu'il insuffle à l'entreprise. Un nouveau siège très bien équipé et « automatisé » pour son temps, des embauches massives, une vision résolument novatrice du métier sont les marques visibles de sa révolution des « temps modernes ». « Des cadres, des manœuvres, des machines » : son credo est déjà celui de la société de l'information qu'il préfigure également lorsqu'il avance dès 1930 « qu'une pièce doit toujours suivre une voie rotative et ne jamais faire de mouvement en sens inverse ». Cette année-là, les Travailleurs français affichent une situation financière particulièrement saine : quatrième mutuelle de France par l'encaissement, c'est la deuxième par le montant des réserves pour risques en cours et sinistres. Exemple de management moderne autofinancé, prudemment provisionné et habilement amorti : la culture beauceronne de l'épargne se trouve finalement confortée par la dépense. En regard, l'Amsso, qui n'innove pas, se sclérose. Elle lance tardivement une société accidents en 1927 à l'initiative d'un groupe d'agents parisiens qui se croit dès lors autorisé à cogérer la stratégie. Butte témoin de sa grandeur passée, seul l'encaissement permet à l'Amsso de rester en 1937 la deuxième mutuelle incendie de France derrière la Mutuelle du Mans. En 1939, les injonctions du Contrôle imposent la fusion en raison du manque de provisions de la filiale accidents. L'Amsso Iard est

pour quelques années une vieille dame endormie sous surveillance du Contrôle.

Le vingtième siècle : la naissance du groupe Azur…

La deuxième guerre mondiale pose des problèmes conjoncturels et accentue les faiblesses structurelles des sociétés. Signe des temps, la Garantie agricole fusionne dans la Cérès en 1944, la Beauce incendie se fond dans les Travailleurs français en 1947 pour donner une société Iard. Les mutuelles paraissent bien petites et sentent d'autant plus le besoin de se rapprocher qu'elles sont concurrencées par un secteur nationalisé puissant depuis 1946, mais aussi par des sociétés mutuelles sans intermédiaire innovantes et plus nombreuses, la Macif de Jacques Vandier, ancien commissaire contrôleur, s'implantant par exemple sur le marché de l'assurance automobile déjà pratiqué depuis 1934 par la MAIF et la GMF. L'accord Hatinguais de l'Amsso avec Hornung des Travailleurs français de décembre 1963 lie donc le destin des mutuelles dans le cadre du Groupe d'assurances mutuelles de France, GAMF, rebaptisé Azur au cours des années 1980[8]. Chacune des deux sociétés désigne six administrateurs pour respecter la parité du nouveau conseil « mixte ». L'accord, qui débouche sur la fusion de 1981, agit comme un révélateur des cultures d'entreprises, tous comptes faits compatibles.

L'Amsso est une société urbaine, parisienne, dirigée par des nobles, de grands bourgeois, juristes, élus et hommes d'affaires. Elle a construit sa fortune et sa mémoire sur un très beau XIXe siècle qu'elle a du mal à dépasser. Elle souhaite depuis tenir son rang. Sa réputation lui permet de conserver un beau portefeuille d'entreprises et de collectivités, parfois très grandes, qu'elle garantit depuis les débuts de la IIIe République au moins. Culture prégnante du travail, souci d'en avoir pour son argent et d'en avoir de côté, culture commerciale et de management dès la Belle Époque sont sans doute les traits qui, en longue durée, caractérisent le moins mal les Travailleurs Français - Beauce. La Cérès demeure une société monobranche dédiée à la grêle depuis 1822. Cette assise étroite la rend d'autant plus fragile que la nature intrinsèque du risque grêle, difficilement modélisable, l'empêche de se doter de réserves techniques durables. Administrée dès le milieu du XIXe siècle par de grands propriétaires, la place qu'elle occupe sur un marché déserté la met à part et explique qu'elle se soit abritée dans le GAMF en 1968[9].

…[10]dans un contexte de croissance spectaculaire

À lire les conseils des diverses sociétés de 1914 à nos jours, la conjoncture n'aurait cessé d'être maussade voire calamiteuse. De 1913 à 1980, le montant cumulé des cotisations de l'Amsso et des Travailleurs français a été multiplié par douze environ en volume, c'est-à-dire en défalquant l'effet de loupe de l'inflation. Ce rythme correspond à peu près à l'augmentation du PIB de la France de 1913 à nos jours. C'est que les Français assurent un patrimoine matériel (assurances dommages…), immatériel (assurances responsabilité…) – qui s'est étoffé – ou bâtissent un patrimoine à l'aide de produits d'assurance (vie). Le volume des cotisations des Travailleurs français et de l'Amsso correspond en 1913 à un total de 10 millions de francs environ. En 1995, les sociétés pèsent environ 200 millions de francs constants de cotisations, vingt fois plus ! En 1972, la collecte de cotisations représentait 3,2 % du PNB de la France, deux fois plus qu'en 1945, environ 10 % aujourd'hui. L'un des aspects les plus visibles de l'augmentation du niveau de vie des Français est celui du parc automobile : un million de véhicules en 1946, quinze millions en 1975 (cf. note 10, Michèle Ruffat…). Englués dans les difficultés du quotidien, les assureurs n'ont pas eu le loisir de prendre la hauteur qui leur aurait permis de mesurer les progrès de la genèse de la « société assurantielle », comme Adam Smith n'avait pas vu les débuts de la révolution industrielle.

Notes

1. Cet article est le résumé de la thèse d'Histoire économique intitulée Histoire du Groupe Azur : les mutations d'un groupe d'assurances mutuelles (1819-2000), *soutenue en décembre*

2003 à Paris I Sorbonne, déposée au CDIA à l'Enass, rue Chaptal, Paris, 9e.

2. Archives historiques des AGF, place Boïldieu, 75002 Paris.

3. En 1940, le ministère du Travail abandonne la tutelle qu'il exerçait sur les sociétés d'assurances au profit du ministère des Finances.

4. Le premier plan comptable concernant l'assurance ne s'applique qu'à partir de l'exercice 1940 et ne devient obligatoire qu'à partir de 1942.

5. Cinq indicateurs ont logiquement été retenus : le montant des sinistres, des cotisations c'est-à-dire le chiffre d'affaires, le résultat, le montant de la réserve, en quelque sorte les fonds propres, celui des valeurs assurées. De là, on a tiré plusieurs ratios qui évitent de déflater : le ratio sinistres sur cotisations qui mesure la profitabilité du marché, le résultat sur cotisations qui mesure la performance, le ratio réserve sur cotisations qui est un indicateur de solvabilité, le ratio cotisations sur valeur assurées qui reconstitue un tarif moyen, sachant que les tables de tarification sont lacunaires ou inutilisables.

6. Conseil d'administration de la Cérès du 13 mai 1824.

7. Devenue l'Ancienne Mutuelle de Rouen

8. Assemblées générales extraordinaires du 19 décembre 1963 aux Travailleurs français, du 20 décembre 1963 à l'Amsso.

9 . La Cérès entre dans le GAMF le 10 janvier 1968, suivie par la Mutuelle de Seine-et-Marne (grêle) le 29 mars 1971, qui fusionne dans la Cérès le 2 juin 1972. Il ne reste guère que l'Étoile, société toujours vivante née en 1834, qui a par exemple accueilli la Société de Toulouse (grêle) en 1959, et qui continue à être dirigée par la famille Régnault de Beaucaron depuis 1843. Source : 1834-1984. Cent cinquantenaire de l'Étoile, société d'assurances à forme mutuelle contre la grêle, album anniversaire, 48 pages, 1987, p.13, exemplaire aimablement fourni par l'actuel directeur général, Arnaud de Beaucaron.

10. Michèle Ruffat, Édouard-Vincent Caloni et Bernard Laguerre, l'UAP et l'Histoire de l'assurance, Lattès, 1990, p.122.

Le système de transit douanier TIR et sa chaîne de garantie internationale

Henri Schwamm

Professeur honoraire d'économie
Université de Genève

La plaque TIR (Transport international routier) bleue et blanche apposée sur les innombrables camions et semi-remorques qui sillonnent les routes européennes, en utilisant le système de transit douanier TIR, est familière à tous les automobilistes. Mais, savent-ils que ce système ingénieux, qui permet un transport rapide et efficace à travers les frontières, et dont une convention internationale – élaborée il y a plus de cinquante ans à Genève sous les auspices de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe – constitue la base juridique, ne pourrait pas fonctionner sans une chaîne internationale de garantie assurée par un *pool* d'assureurs conduit depuis près de dix ans par le groupe Zurich Financial Services ? C'est beaucoup moins certain.

◆ Rappel des fondements

Même si ce système original d'assurance internationale retiendra surtout l'attention ici, force est de préciser, au préalable, que le régime TIR repose sur cinq piliers :

1) la sécurité des véhicules ou des conteneurs
Les marchandises autorisées doivent être transportées dans des véhicules ou des conteneurs offrant à la douane toutes les garanties de sécurité physique, grâce notamment aux scellés.

2) une assurance internationale
Les droits et les taxes exigibles par la douane en cas d'irrégularité commise à l'occasion d'un transport sous régime TIR (vol, attaque à main armée, fraude, contrebande) doivent être garantis pendant toute la durée du transport, ainsi que pendant une période de notification pouvant aller jusqu'à deux ans, à la faveur d'une garantie reconnue internationalement.

3) le carnet TIR (manifeste de marchandises)
Les marchandises autorisées doivent être accompagnées d'un document douanier accepté internationalement, ouvert dans le pays de départ et devant servir de document de contrôle dans les pays de départ, de transit et de destination ; considérés comme trop dangereux, les carnets TIR tabac et alcool ont été exclus de la garantie en 1994.

4) la reconnaissance mutuelle des contrôles douaniers
Les mesures de contrôle douanier prises dans le pays de départ doivent être acceptées par tous les pays de transit et de destination.

5) l'accès contrôlé par les autorités compétentes au système pour, d'une part, les associations nationales affiliées à l'Union internationale des transports routiers (IRU, International Road Transport Union), organisation non gouvernementale dont le siège est à Genève, et, d'autre part, les transporteurs individuels agréés.

À ce jour, la Convention TIR, dont l'ONU est le dépositaire, compte soixante-cinq parties contractantes, y compris l'Union européenne (qui ne forment plus qu'un seul et unique territoire du point de vue de l'application de la convention). La convention couvre la totalité de l'Europe et s'étend jusqu'à l'Afrique

du Nord, au Proche et au Moyen-Orient, en Amérique du Nord et en Amérique du Sud. L'IRU a imprimé et délivré en 2003 plus de 3 millions de carnets TIR à ses associations nationales. Chaque association délivre à son tour des carnets TIR aux transporteurs de son pays.

◆ Une garantie financière internationale

Le contrat d'assurance qui lie l'IRU (agissant tant en son nom propre qu'aux noms de ses associations membres) et les assureurs couvre la responsabilité et les engagements pécuniaires résultant de tous les carnets TIR émis par l'IRU et pris en charge par la douane d'un pays, partie contractante à la Convention TIR. Par « carnet TIR émis », aux fins de ce contrat, on entend tout carnet TIR facturé par l'IRU à l'association nationale assurée ; le carnet TIR comporte une page de couverture et une série de volets et souches blancs et verts groupés par deux. Chaque pays qui effectue une opération TIR utilise un jeu de deux volets et de deux souches. La présentation d'un carnet TIR valable, portant les noms, timbres et signatures de l'IRU et de l'association nationale affiliée, et dûment rempli par le transporteur, constitue en soi une preuve de l'existence et de la validité de la garantie. Le carnet TIR demeure valable jusqu'à l'achèvement du transport TIR au bureau de douane de destination finale, pour autant qu'il ait été pris en charge au bureau de douane de départ dans le délai fixé par l'association émettrice. L'IRU est chargée de la gestion de l'émission, de l'usage et du contrôle des carnets TIR, ce qui comporte toutes mesures propres à faciliter autant que faire se peut, avec l'aide des douanes, l'élimination des risques. Par exemple, si un transporteur ne peut pas respecter les délais impartis pour le voyage ou les itinéraires suivis pour des raisons diverses (inondations, neige, panne du véhicule, etc.), il doit pouvoir se justifier. Dans les cas les plus graves (rupture des scellés, obligation de transborder la marchandise sur un autre véhicule, destruction partielle ou totale du chargement), il doit faire établir un procès-verbal par toute autorité locale disponible sur les lieux. L'IRU et/ou ses associations membres suivent ces mouvements. Si, de son côté, un bureau de douane a des soupçons de fraude, trouve des scellés en mauvais état ou craint que le carnet TIR n'ait été falsifié, il devra contrôler la marchandise et pourra, si besoin est, interrompre l'opération TIR.

La garantie par carnet TIR est limitée à concurrence de 50 000 dollars. La limite maximale assurée par année d'assurance est de 300 millions de francs suisses. Les assureurs n'appliquent aucune franchise. La sinistralité annuelle totale est d'environ 20 millions de dollars.
Le fonctionnement pratique de la garantie du système de transit douanier TIR est relativement simple : chaque association membre de l'IRU (représentant à ce titre les intérêts des transporteurs routiers) établie dans un pays dont l'administration douanière accepte qu'elle se porte caution, garantit dans ce pays les droits et taxes que la douane pourrait exiger en cas d'irrégularité commise à l'occasion d'un transport sous régime TIR, et ce, pour autant que le transporteur TIR ait enfreint les règles de la Convention TIR, qu'il soit incapable ou refuse d'acquitter ces droits et taxes.

Chaque pays signataire de la Convention TIR dispose ainsi pour tous les transports TIR effectués sur son territoire d'une garantie établie dans ce territoire. Il y a donc toujours dans le pays un partenaire national auquel les autorités douanières peuvent s'adresser en cas d'irrégularité, et ce, indépendamment du fait qu'elle ait été commise par un transporteur national ou étranger. Le système de transit TIR peut donc être considéré comme une succession de mouvements de transit national qui reposent sur des garanties internationales plutôt que nationales. Toutefois, les mesures régissant la mise en place de la garantie se fondent sur la juridiction nationale et sont énoncées dans un accord passé entre les autorités douanières nationales et les associations nationales affiliées à l'IRU.
Lorsque la garantie doit être mise en jeu (notamment en raison de l'insolvabilité du transporteur directement redevable), c'est toujours l'association garante du pays où l'irrégularité a été constatée qui est mise en cause par les autorités

douanières de ce pays ; cela permet de régler l'affaire à l'intérieur du pays en accord avec la législation nationale. Mais, cette association garante demandera le remboursement de ses dépenses par l'intermédiaire de la chaîne internationale de garantie.

L'ensemble des associations nationales garantes constitue donc une chaîne de garantie unissant tous les pays TIR. Cette chaîne de garantie est administrée par l'IRU (qui en est responsable), assurée par plusieurs grandes sociétés d'assu-rances dont le chef de file est le groupe Zurich Financial Services et supervisée par la Commission de contrôle TIR. Cette commission est composée de neuf représentants des parties contractantes, élus pour deux ans à titre personnel par les gouvernements signataires de la Convention TIR. Elle est chargée également de surveiller l'impression et la distribution centralisées des carnets TIR. Ses activités sont financées par une taxe prélevée sur chaque carnet émis.

◆ Vers une sécurisation électronique du système

En 1994, à la suite de difficultés considérables dans l'application de la Convention TIR découlant des activités du crime international organisé utilisant frauduleusement les facilités offertes par la convention, les parties contractantes concernées, à savoir le secrétariat de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe et l'IRU, ont pris un certain nombre de mesures à court terme pour sauvegarder le système. En particulier, l'IRU a mis en place, par un échange de données informatisées, un système de contrôle international des carnets TIR appelé SAFETIR et utilisé conjointement par les autorités douanières nationales, les associations nationales de transport, ainsi que par elle-même. Aujourd'hui, près de 90 % des opérations de transport TIR sont enregistrées dans un fichier central et analysées par ce système qui ne peut toutefois pas se substituer aux procédures nationales de transit routier.

Afin de stabiliser le régime TIR à long terme, l'utilisation généralisée des mécanismes modernes de traitement électronique des données s'impose. Il s'agit avant tout de parer aux techniques de fraude de plus en plus élaborées. Dans ce contexte, l'actuel carnet TIR, qui est un support papier, constitue un moyen inefficace de saisie et de contrôle des données. Le temps est venu de le remplacer par un carnet électronique. Il prolongerait utilement le système SAFETIR. Ensemble, ils constitueraient, pour l'industrie du transport et la chaîne internationale de garantie, des outils précieux de gestion des risques dans le fonctionnement commercial du régime TIR.

N°	Thème	Prix euros France	Prix euros Export
Numéros disponibles			
2	Les visages de l'assuré (1re partie)	19,00	19,00
3	Les visages de l'assuré (2e partie)	19,00	19,00
6	Le risque thérapeutique	19,00	19,00
7	Assurance crédit/Assurance vie	19,00	19,00
11	Environnement : le temps de la précaution	23,00	23,00
13	Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	23,00	23,00
14	Innovation, assurance, responsabilité	23,00	23,00
15	La vie assurée	23,00	23,00
16	Fraude ou risque moral ?	23,00	23,00
18	Éthique et assurance	23,00	23,00
19	Finance et assurance vie	23,00	23,00
20	Les risques de la nature	23,00	23,00
21	Assurance et maladie	29,00	29,00
22	L'assurance dans le monde (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
37	Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000. Les concentrations dans l'assurance	29,00	33,54

N°	Thème	Prix euros France	Prix euros Export
Numéros disponibles			
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
53	L'état du monde de l'assurance. Juridique. Économie	31,50	35,00
54	Industrie : nouveaux risques ? La solvabilité des sociétés d'assurances. L'assurabilité	31,50	35,00
55	Risque systémique et économie mondiale. La cartographie des risques. Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ?	31,50	35,00
56	Situation et perspectives. Le gouvernement d'entreprise : a-t-on progressé ? L'impact de la sécurité routière	31,50	35,00
57	L'assurance sortie de crise. Le défi de la responsabilité médicale. Le principe de précaution	31,50	35,00
58	La mondialisation et la société du risque Peut-on réformer l'assurance santé ? Les normes comptables au service de l'information financières.	31,50	35,00

Numéros épuisés

1 Les horizons du risque
4 La prévention
5 Age et assurance
8 L'heure de l'Europe
9 La réassurance
10 Assurance, droit, responsabilité
12 Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?
17 Dictionnaire de l'économie de l'assurance

	Prix euros France
Numéros hors série	
Responsabilité et indemnisation	15,24
Assurer l'avenir des retraites	15,24
Les Entretiens de l'assurance 1993	15,24
Les Entretiens de l'assurance 1994	22,87

BON DE COMMANDE DE LA REVUE RISQUES

À découper et à retourner accompagné de votre règlement à
Seddita - 9, rue d'Enghien - BP 67 - 75462 Paris cedex 10
Tél. (33) 01 40 22 06 67 - Fax : (33) 01 40 22 06 69 - Courriel : info@seddita.com

❑ Abonnement (4 numéros/an) année 2004 n° 57 à n° 60 France 120 € Export 136 €

❑ Je commande ..... ex. des numéros .....

Nom et prénom .....

Institution ou entreprise .....

Fonction exercée et nom du service .....

Adresse de livraison .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Nom du facturé et Adresse de facturation .....

.....

Pays ..... Tél. .....

E.mail ..... Fax .....

❑ Je joins le montant de :..... par chèque bancaire à l'ordre de Seddita
❑ Je règle par virement en euros sur le compte CCF Poissonnière – FR76 3005 6000 6600 6628 0968 018

Où se procurer la revue ?

Vente numéros disponibles et abonnement :

Seddita
9, rue d'Enghien
75010 Paris
Tél. 01 40 22 06 67
Fax 01 40 22 06 69
Courriel : info@seddita.com

En librairie :

Librairie Editions juridiques associées
20 rue Soufflot
75005 Paris
Tél. 01 46 33 89 85
Fax 01 40 51 81 85

Librairie le Moniteur
17 rue d'Uzès 75002 Paris
Tél. 01 40 13 33 80
Fax 01 40 13 30 13

Risques
Les cahiers de l'assurance

Directeur de la publication
Marc Maillefer

Responsable de la rédaction
Jean-Hervé Lorenzi

Rédaction
Tél. [33] 01 42 47 93 56
Fax [33] 01 42 47 91 22
Courriel : Risques@ffsa.fr

Diffusion

Seddita
9, rue d'Enghien
75010 Paris
Tél. [33] 01 40 22 06 67
Fax [33] 01 40 22 06 69
Courriel : info@seddita.com

Abonnement

Prix de l'abonnement (4 nos) Année 2004

France	120 €
Étranger	136 €

Vente au numéro

Prix au numéro

France	31,50 €
Étranger	35,00 €

Photocomposition, photogravure, impression
Imprimerie Frazier
33, rue de Chabrol - 75010 Paris

CPPAP : 1107 T 82453
Dépôt légal : Juin 2004
ISSN : 1152-9253

Risques

Les cahiers de l'assurance

1. Société
La mondialisation et la société du risque

2. Techniques
Peut-on réformer l'assurance santé ?

3. Analyses
Les normes comptables au service de l'information financière

4. Chroniques
Transactions consécutives à un accident de la circulation : ouragan ou simple coup de vent ?
Fusion Sanofi/Aventis : un mariage forcé ?

5. Études

ISSN : 1152-9253
ISBN : 2-912916-65-8
Prix : 31,50 €