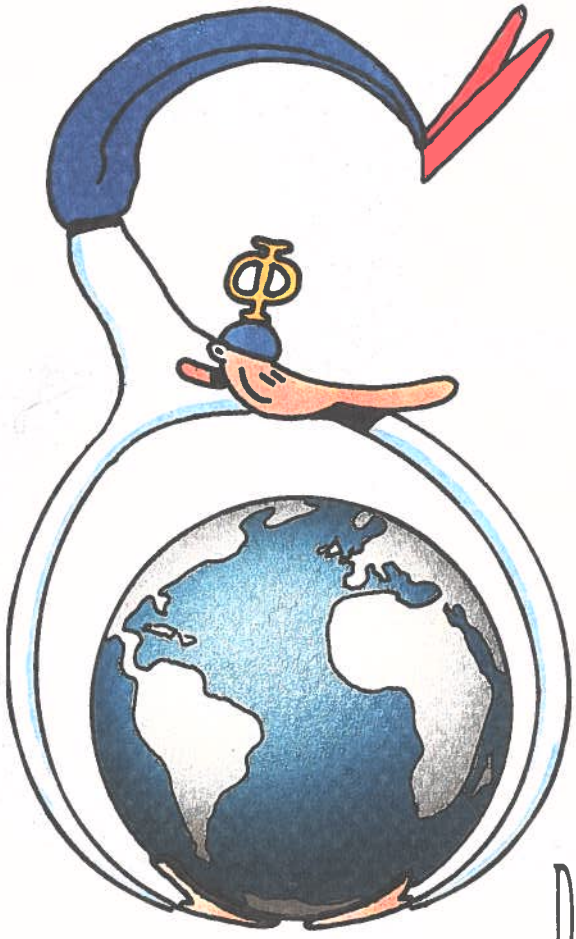
RISQUES

« COMMENT VA LE MONDE, MÔSSIEU ? IL TOURNE, MÔSSIEU ! »
FRANÇOIS BILLETDOUX



GENDROT

N° 23

L'ASSURANCE DANS LE MONDE

2e partie

JUILLET-SEPTEMBRE 1995

LES CAHIERS DE L'ASSURANCE

RISQUES

JUILLET-SEPTEMBRE 1995 — N° 23

© SCEPRA - 1995

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du copyright, 6 bis, rue Gabriel-Laumain, 75010 Paris.

L'ASSURANCE DANS LE MONDE

2e partie

Présentation 6

Marchés développés et émergents d'assurance hors Europe et Amérique du Nord :
Amérique latine ..... Patrick Chevrel 11
Chili ..... Alain Muller 19
Asie ..... Éric Boutitie, François Haitaian 27
Chine ..... Thierry Mathou 39
Corée du Sud ..... Gilles Dufresne 49
Japon ..... Jean-François Estienne 57
Vietnam ..... Daniel Bucheton, Duc Cominh 63
Australie ..... Nicolas Burgard 69
Afrique du Sud ..... Patrick Warin 77

L'assurance vie dans les pays en voie de développement ..... Jean-François Outreville 85

Fonds de pension et mesures d'incitation fiscale ..... Edward Whitehouse 101

30 systèmes de bonus-malus ..... Jean Lemaire 119

Stratégies de croissance externe dans le monde de l'assurance ..... Stéphane Guinet 131

Rubriques

Risk management

Action distribuée et risque ..... Gilles Hériard Dubreuil 141

Environnement

Environnement, réglementation et assurance ..... Paul K. Freeman, Howard Kunreuther 153

Chroniques

Responsabilité

Contaminations par transfusion sanguine : responsabilité et assurance après les récents arrêts de la Cour de cassation et du Conseil d'État ..... Claude Delpoux 177

Vieillissement

Le risque de vie ..... Michel Bisch 183

Livres

• « *Averting the Old Age Crisis* », par André Babeau • « *L'État, la logique du pouvoir politique* », d'Anthony De Jasay, par Michel Lutfalla 187

Communiqués

COMITÉ DE RÉDACTION

François-Xavier Albouy
André Babeau
Claudie Bernheim
Pierre Bollon
François Bourguignon
Éric Briys
Claude Delpoux
Jean-Jacques Duby
Georges Durry
François Ewald
Lucien Faugères
Christian Gollier
Georges-Yves Kervern
Denis Kessler
Michel Lutfalla
Jacques Mistral
Jean-Pierre Moreau
Patrick Picard
Martine Rémond-Gouilloud
Pierre Rosanvallon
Pierre Sonigo
Dominique Steib
Robert Teyssier
Patrick Thourot
Dominique Vastel
Patrick Warin

COMITÉ SCIENTIFIQUE

André Babeau
Anton Brender
Éric Briys
Francis Calcoen
Thierry Chauveau
Henri Debruyne
Georges Dionne
Georges Durry
Louis Eeckhoudt
Denis Kessler
Marc Lauwers
Michel Levasseur
Michel Lutfalla
Jacques Marseille
Jean-Claude Milleron
Pierre Pestieau
Jacques Plassard
André Renaudin
Jean-Charles Rochet
Régis de Laroullière
Harold D. Skipper
Göran Skogh
Jean-Marc Suret
Pierre Tabatoni
Peter Zweifel

SCEPRA — 9, rue d'Enghien — 75010 Paris
Téléphone : 42 47 93 56/40 22 06 67
Télécopie : 42 47 94 25/40 22 06 09

L'ASSURANCE DANS LE MONDE

Présentation de la 2e partie

Marchés développés et émergents d'assurance hors Europe et Amérique du Nord

Patrick Chevrel
Amérique latine

Alain Müller
Chili

Éric Boutitie, François Haitaian
Asie

Thierry Mathou
Chine

Gilles Dufresne
Corée du Sud

Jean-François Estienne
Japon

Daniel Bucheton, Duc Cominh
Vietnam

Nicolas Burgard
Australie

Patrick Warin
Afrique du Sud

Jean-François Outreville
L'assurance vie dans les pays en voie de développement

Edward Whitehouse
Fonds de pension et mesures d'incitation fiscale

Jean Lemaire
30 systèmes de bonus-malus

Stéphane Guinet
Stratégies de croissance externe dans le monde de l'assurance

Dossier préparé en collaboration avec Patrick Lefas

L'ASSURANCE DANS LE MONDE

(2e partie)

Cette livraison de Risques contient la seconde partie du dossier ouvert dans le numéro précédent sur l'assurance dans le monde. Elle est principalement consacrée aux continents asiatique et sud-américain, ainsi qu'à l'Océanie. Si le marché le plus important dans ces régions du monde est évidemment le Japon, qui représente plus du cinquième du chiffre d'affaires mondial de l'assurance, l'accent est mis ici sur ce que l'on peut appeler, à l'exemple des financiers internationaux, les marchés « émergents » d'assurance. En effet, si les marchés européen, nord-américain et japonais ont encore fait preuve dans le passé récent d'un certain dynamisme, notamment dans le domaine de l'assurance vie, il est clair que le développement futur du marché international de l'assurance reposera avant tout sur une croissance formidable de ce secteur dans les pays émergents, à savoir les plus dynamiques des pays en développement. Un consultant britannique estimait récemment qu'à l'horizon de 2020 ces États représenteraient globalement à peu près la moitié du marché mondial, contre à peine 20 % à l'heure actuelle. Bien entendu, cela ne signifie pas pour autant que des marchés plus mûrs dans ces mêmes régions soient sans attrait dans des stratégies de diversification internationale. L'Australie, mise en avant dans l'actualité récente de la profession, est à cet égard exemplaire.

Figurent ainsi en tête de cette seconde partie du dossier des fiches pays résumant, comme précédemment, les principales caractéristiques des marchés développés ou émergents situés en dehors de l'Europe et de l'Amérique du Nord et considérés parfois comme des entités régionales, et parfois de façon spécifique pour les marchés les plus importants ou ceux qui offrent des caractéristiques particulièrement originales (le Chili ou la Chine, par exemple). Les marchés passés en revue dans ce numéro et les auteurs des fiches correspondantes sont les suivants : l'Amérique latine dans son ensemble, par Patrick Chevrel, direction internationale de la FFSA ; le Chili, par Alain Muller, direction internationale ; l'Asie dans son ensemble, par Éric Bouititie et François Haitaian, direction des études économiques et financières de la banque Paribas ; la Chine, par Thierry Mathou, attaché commercial à l'ambassade de France en Chine, PEE de Pékin ; la Corée du Sud, par Gilles Dufresne, attaché commercial à

l'ambassade de France en Corée ; le Japon, par Jean-François Estienne, Maison franco-japonaise ; le Vietnam, par Daniel Bucheton, adjoint au secrétaire général de la Commission de contrôle des assurances, et Duc Cominh, conseiller à la FFSA ; l'Australie, par Nicolas Burgard, chargé d'études à la FFSA, et l'Afrique du Sud, par Patrick Warin, membre du directoire et directeur des assurances collectives de la CNP.

La fin du dossier est consacrée à quelques thèmes transversaux qui permettent de juger, mieux que sur la base des fiches pays, le degré de convergence ou de divergence qui peut exister entre pays dans les pratiques et les réglementations assurancielles. Vu la diversité des thèmes possibles, des choix étaient nécessaires. Ceux qui ont été retenus concernent, d'une part, l'assurance vie et les fonds de pension et, d'autre part, l'assurance automobile.

L'article de Jean-François Outreville, secrétaire exécutif de l'assurance mutuelle des Nations unies à Genève, offre une perspective comparative du secteur de l'assurance vie dans les pays en voie de développement, émergents et non émergents. En illustration à ce qui était dit plus haut sur le potentiel de croissance du marché assurancier dans cette partie du monde, il montre que l'élasticité de la demande d'assurance vie en fonction du revenu national y est très forte. Cependant, au-delà d'un certain automatisme de ce développement, il insiste sur le rôle majeur des structures socio-économiques et de certains facteurs politiques spécifiques à chaque pays sur la libéralisation progressive et donc la croissance de ces marchés.

C'est à un aspect particulier de l'assurance vie, cette fois-ci dans les pays développés, que s'intéresse Edward Whitehouse, chargé d'études à la direction des affaires fiscales de l'OCDE. Il procède dans son article à une comparaison détaillée des mesures d'incitation fiscale associées aux fonds de pension dans les pays de l'OCDE, et notamment l'exonération totale ou partielle des cotisations et des revenus financiers. Il trouve plusieurs raisons à ces choix de politique fiscale et aux différences observées d'un pays à un autre. Cependant, de façon assez surprenante, il doute que ces mesures constituent finalement un moyen efficace d'encourager l'épargne ou les économies en prévision de la retraite.

Jean Lemaire, professeur à la Wharton School de l'université de Pennsylvanie, procède également à une comparaison internationale de mesures incitatives, mais celles-ci concernent le risque moral dans l'assurance automobile. A partir des barèmes observés, il définit les caractéristiques incitatives des systèmes de bonus-malus dans une trentaine de pays, caractéristiques qu'il résume dans un indice global de sévérité du système. Outre l'intérêt purement méthodologique de cet indice, le classement des divers systèmes qu'il en tire est instructif à plusieurs

égards. S'il montre d'assez grandes disparités internationales, il révèle également des tendances convergentes. Il apparaît en effet que tous les pays qui ont récemment réformé leur système bonus-malus se sont uniformément rapprochés des pays où l'indice de sévérité est le plus élevé.

L'article final de ce dossier concerne les stratégies de diversification internationale, ou de croissance externe des assureurs. Stéphane Guinet, chef de projet à la direction des études stratégiques et du développement du groupe Axa, y étudie les diverses stratégies qui ont pu être observées récemment dans le monde de l'assurance, et tente d'en cerner la logique et la particularité par rapport à d'autres secteurs économiques. Au total, les stratégies de croissance externe des assureurs lui semblent devoir répondre à un objectif de diversification et d'allocation optimale des fonds propres garantissant la sécurité et la croissance de la richesse des actionnaires plutôt qu'à des choix a priori d'expansion géographique ■

Avertissement

Les idées exprimées dans les articles de *Risques* n'engagent que leurs auteurs et non les institutions auxquelles ils appartiennent.

Marchés développés et émergents d'assurance hors Europe et Amérique du Nord

Amérique latine
Patrick Chevrel

Chili
Alain Muller

Asie
Éric Boutitie, François Haitaian

Chine
Thierry Mathou

Corée du Sud
Gilles Dufresne

Japon
Jean-François Estienne

Vietnam
Daniel Bucheton, Duc Cominh

Australie
Nicolas Burgard

Afrique du Sud
Patrick Warin

PATRICK CHEVREL*

Le marché de l'assurance EN AMERIQUE LATINE

Au cours des dernières années, la majorité des pays d'Amérique latine a connu un développement économique clairement orienté vers la libéralisation des marchés. Les principales caractéristiques de ce processus ont été la dérégulation de la plupart des activités, l'ouverture commerciale et la privatisation des entreprises publiques.

Beaucoup de ces pays ont ainsi réussi, à des degrés divers, à retrouver le chemin de la croissance et de la stabilisation économique, particulièrement en ce qui concerne l'inflation. L'ensemble de la région a un taux de croissance annuel moyen de 3 % (source Cepii) et les perspectives 1995-1998 étaient, avant la crise du peso, encore plus favorables (+ 3,8 %, contre + 7 % pour les quatre économies les plus dynamiques d'Asie).

En revanche, les marchés financiers, malgré un développement rapide depuis le début des années 90, n'ont pas atteint le niveau de celui des Bourses d'Asie. Les Bourses de Buenos Aires, Mexico, Rio de Janeiro, Santiago et Sao Paulo avaient une capitalisation boursière des actions nationales (cote officielle et marchés parallèles) de 386,5 milliards de dollars à la fin de 1993, soit le niveau de Hongkong, avec toutefois un volume de transactions sur actions supérieur (151,3 milliards de dollars en 1993)[1].

La crise monétaire engendrée par l'effondrement du peso mexicain a démontré l'extrême fragilité des économies latines récemment stabilisées ; des pays comme l'Argentine ont ainsi été amenés à instaurer un plan de rigueur pour éviter toute dévaluation et rassurer les investisseurs étrangers.

Les politiques d'ouverture commerciale ont été combinées avec des accords de libre-échange entre pays voisins cherchant à organiser des espaces économiques régionaux. Outre l'Alena, les grands accords de cette zone sont le Pacte andin (Colombie, Venezuela, Équateur et Pérou), le Mercosur (Argentine, Brésil, Uruguay et Paraguay), le Groupe des trois (Mexique, Venezuela et Colombie), sans compter les nombreux accords bilatéraux.

Signalons l'invitation faite par le président américain Bill Clinton, lors du sommet des Amériques qui s'est tenu à Miami, au Chili, d'adhérer à l'Accord de

* *CSNE, direction internationale à la FFSA.*

1. *Source Fibu (Fédération internationale des Bourses de valeurs), citée dans la « Revue d'économie financière », n°30, automne 1994, p. 68-69.*

libre-échange nord-américain (Alena). Les négociations, qui ont débuté en février 1995, devront tenir compte des accords bilatéraux déjà passés par le Chili, ce qui risque de poser des problèmes de compatibilité avec le cadre préférentiel de l'Alena.

L'équilibre général est encore loin d'être acquis, comme en témoignent les récentes tensions de décembre 1994 qui ont opposé le Mexique aux autres pays de l'Aladi. Cette course à la signature des accords de libre-échange démontre que la prolifération des traités commerciaux crée de véritables tensions dans la région.

On pourrait donc voir progressivement l'Amérique latine s'organiser en deux parties séparées : le cône sud, tourné vers l'Europe, et la zone nord, liée aux États-Unis. C'est dans ce cadre que s'inscrit la proposition que la Commission européenne vient de transmettre au Conseil sur la négociation d'un accord de libre-échange avec le Mercosur. Le Chili occupe une position stratégique très favorable avec une forte implantation européenne et un processus de rapprochement avec les États-Unis.

I. LES CARACTÉRISTIQUES DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE

Comme pour d'autres secteurs de services, les assureurs étrangers se heurtent à un certain nombre d'obstacles en matière d'accès au marché et de traitement national que le processus de libéralisation engagé au sein de l'OMC (Organisation mondiale du commerce) devrait permettre de réduire progressivement.

Au premier rang de ces obstacles figurent les limites des investissements étrangers dans le capital des entreprises d'assurances (le Venezuela est désormais libre ; le Brésil, le Mexique et la République dominicaine acceptent 49 % ; tandis que le plafond est de 20 % au Salvador). L'aspect qui préoccupe ces pays est que la taille et la capacité des sociétés étrangères pourraient leur permettre d'absorber une part importante des marchés nationaux avec un faible niveau de risque. Gageons que leur manque d'expérience dû à une dérégulation récente saura vaincre leurs réticences et qu'ils solliciteront l'arrivée des structures techniques et logistiques étrangères.

Il est difficile de donner les caractéristiques générales du marché de l'assurance en Amérique latine, tant les disparités sont importantes d'un pays à l'autre. Il est toutefois possible de dégager des traits communs vraiment spécifiques à cette région.

Globalement, le secteur de l'assurance est un secteur très récent ; les monopoles d'État prédominaient encore ces dernières années en assurance directe et surtout en réassurance. Ainsi, les sociétés implantées depuis longtemps s'apparentaient plus à des sociétés de courtage qu'à de véritables entreprises d'assurances ; les grands principes basiques tels que le provisionnement ou l'étude des cadences de règlements n'ayant donc pas de raison d'être.

Depuis la dérégulation, les compagnies apprennent ces techniques, mais leur faible expérience est un handicap difficile, notamment dans l'élaboration des ta-

rifs. La concurrence s'est accrue, et les assureurs, soucieux de maintenir leur part de marché, ont pratiqué des tarifs trop bas au détriment de leur marge de solvabilité. Ils ne peuvent plus à présent tenir leurs engagements.

Ce manque d'expérience se reflète également dans les taux de sinistralité : que ce soit en risque automobile ou en accident du travail, la sinistralité est bien supérieure à la réalité de leur tarif (mauvais réseaux routiers, peu ou pas d'actions de prévention, vétusté des locaux dans les PME, non-respect des règles de sécurité).

Le règlement des sinistres est souvent lui-même un gouffre pour les entreprises : les coûts judiciaires sont très élevés et les règlements s'étendent sur de nombreuses années.

Cependant, la plupart de ces marchés sont en pleine expansion et l'introduction de nouveaux produits devrait permettre encore une croissance élevée pour les années à venir. L'importance des besoins de protection non satisfaits et l'émergence d'une « culture d'assurance » telle qu'elle existe dans les grands pays industrialisés sont, dans un contexte de croissance économique, des gages de développement des marchés d'assurance.

L'émergence du secteur vie est également une caractéristique commune et nombreux sont les pays séduits par l'exemple des fonds de pension chiliens.

Ces traits communs aux pays d'Amérique latine confèrent à cette zone un potentiel énorme mais non sans risque pour les investisseurs étrangers, souvent attirés par les perspectives de croissance mais inquiets de la fragilité des places financières.

Pays	Croissance moyenne du PIB (en %) 1991-1994(1)	Inflation 1994(1) (en %)	Population 1994(1) (en milliers)	PIB par habitant 1993(1) (en dollars)	Densité de l'assurance (en dollars) 1993(2)	Pénétration de l'assurance (en % du PIB) 1993(2)	Part de la France 1993(3) (en % volume de primes)
Argentine	7,7	3,5	34 000	7 532	116,6	1,54	1,4
Brésil	2,7	929,0	159 000	2 957	34,9	1,18	3,1
Chili	7,3	11,4	14 026	3 167	104,2	3,29	26,34
Colombie	4,1	22,0	34 500	1 427	30,7	2,15	0
Équateur	5	20,0	11 226	1 305	15,4	1,18	0
Mexique	2,7	7,1	88 431	3 956	63,3	1,60	0
Pérou	4,6	23,7	23 381	1 831	14,1	0,77	0
Uruguay	4,1	45,0	3 167	4 181	94,5	2,26	0,3
Venezuela	3	70,8	21 051	2 901	73,4	2,53	0

Sources : (1) Banque interaméricaine de développement ; (2) Sigma ; (3) FFSA.

II. RÉGLEMENTATION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE

L'hétérogénéité de l'Amérique latine se retrouve également dans le secteur de l'assurance. En général, on peut diviser les pays en cinq groupes selon le type de législation en vigueur et leur degré d'ouverture :

– le premier groupe correspond aux pays où les marchés sont administrés directement par l'État. C'est le cas du Costa Rica, de Cuba et du Nicaragua (le Nicaragua met en place actuellement un processus de libéralisation) ;

– le deuxième groupe est celui où l'État possède le monopole de la réassurance comme au Brésil, où opère l'Institut de réassurance du Brésil (IRB) ;

– le troisième groupe représente les pays qui ne possèdent pas de monopole de la réassurance mais où l'État est propriétaire d'entreprises d'assurances. Ces pays sont la Colombie et le Pérou, qui ont éliminé les monopoles exercés antérieurement par ces entreprises publiques ;

– le quatrième groupe comprend les pays connaissant un processus de libéralisation et de dérégulation, où est étudié un régime de liberté de polices, de tarifs et d'intermédiation. Ces pays où existent des projets de réforme pour libérer le marché sont l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Paraguay, le Salvador, la République dominicaine, l'Uruguay et le Venezuela ;

– le dernier groupe représente les pays où les marchés sont libres. Il s'agit de l'Argentine, de la Bolivie, du Chili, de la Colombie et du Pérou. Le Chili, précurseur de ce groupe, a mis en œuvre la libéralisation du secteur au début des années 80, de telle sorte que les assureurs locaux ont réussi la consolidation de leurs opérations dans un contexte de concurrence ouverte avec les compagnies étrangères. La Colombie a entamé ce processus de dérégulation en 1990 et le Pérou en 1991. Le Mexique vient de privatiser les sociétés d'assurances. Sous la contrainte de la faillite de l'Inder, qui n'a pas encore fini d'avoir des répercussions sur les entreprises d'assurances, l'Argentine a décidé en 1992 de mettre un terme au monopole de la réassurance que l'État détenait au travers de cet organisme, permettant le libre accès aux investisseurs étrangers. Les polices, les tarifs ainsi que les commissions sont librement fixés par les assureurs et doivent simplement être approuvés par les instances de contrôle.

Face à ces formes d'intervention de l'État différentes, la législation en vigueur est également très variée selon le pays concerné. Aussi semble-t-il utile de résumer schématiquement les réglementations des principaux pays d'Amérique latine dans le tableau suivant.

III. LÉGISLATION RÉGISSANT LE SECTEUR DE L'ASSURANCE DANS LES PAYS MEMBRES DU FIDES

	Argentine	Bolivie	Brésil	Chili	Colombie	Equateur	Guatemala
Autorisation libre des tarifs et polices	non	non	non	non	non	non	oui
Libre commissionnement des courtiers	oui	oui	oui	oui	oui	non	non
Accord d'échanges en assurance directe	non	non	non	oui	non	non	non
Accord d'échanges en réassurance	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui
Monopole d'Etat en assurance directe	non	non	non	non	non	non	non
Marge de solvabilité réglementée	oui	non	non	non	oui	non	non
Capital minimum en millions de dollars	0,6	0,08	*	1	2,5	0,1	1
Participations étrangères acceptées en %	100	100	49	100	100	100	100
Législation sur l'assurance	1977	1978	1968	1980	1990	1965	1966

* Différents suivant l'Etat d'implantation et les activités poursuivies.

	Honduras	Mexique	Panama	Paraguay	Pérou	Rép. dominic.	Salvador	Vénézuéla
Autorisation libre des tarifs et polices	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui
Libre commissionnement des courtiers	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	non
Accord d'échanges en assurance directe	non	non	non	non	oui	non	non	non
Accord d'échanges en réassurance	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui
Monopole d'Etat en assurance directe	non	non	non	non	non	non	non	non
Marge de solvabilité réglementée	oui	oui	oui	non	non	non	non	*Projet*
Capital minimum en millions de dollars	0,4	2,9	1	0,4	1	0,05	0,4	0,2
Participations étrangères acceptées en %	100	49	100	100	100	49	20	100
Législation sur l'assurance	1963	1989	1984	1947	1991	1971	1970	1975

Source : Fasecolda, Union de Aseguradores Colombianos.

IV. INFORMATIONS STATISTIQUES SUR L'ASSURANCE EN AMÉRIQUE LATINE

■ *Volume des primes émises*

Le total des primes directes émises en 1993 par l'ensemble de l'Amérique latine a été de 128,5 milliards de francs (soit 21,8 milliards de dollars), ce qui représente à peine 1,3 % du total mondial. L'activité internationale de la France dans cette région s'élevait (hors réassurance) à 5,3 milliards de francs (soit 894 millions de dollars) en 1993.

V. ÉVOLUTION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE EN AMÉRIQUE LATINE

Primes brutes d'assurance directe (en millions de dollars)					
Année	1989	1990	1991	1992	1993
Volume de primes émises	7 072	9 428	14 861	19 364	21 818
Croissance annuelle (en %)	– 17,9	33,3	57,6	30,3	12,7

VI. CONCENTRATION DU MARCHÉ (1993)

Ce faible volume s'accompagne d'une distribution très hétérogène ; trois pays – Mexique, Brésil, Argentine – concentrent près de 70 % du total des primes émises *(voir tableau ci-dessous)*.

Pays	Volume de primes (en millions de dollars)			Part du total (en %)
	Vie	Non-vie	Total	
Mexique	1 943	3 830	5 773	25,49
Brésil	573	4 989	5 562	26,45
Argentine	673	3 266	3 939	18,05
Venezuela	65	1 455	1 520	6,97
Chili	836	603	1 439	6,59
Colombie	160	884	1 044	4,78
Pérou	22	296	318	1,45
Uruguay	19	278	297	1,36
Autres	512	1 414	1 926	8,86
Amérique latine	4 803	17 015	21 818	100

VII. CROISSANCE ANNUELLE (1993)

Assurances non-vie : 11,6 %.
Assurance vie : 20,8 %.

Répartition par branche 1993 (en %)					
	Argentine	Brésil	Uruguay	Chili	Pérou
Automobile	49	40	40	16	18
Vie	17	12	20	52	4
Incendie	6	–	8	15	25
Accidents du travail	11	–	10	2	18

Structure des coûts et résultats techniques 1993 (en %)					
	Argentine	Brésil	Chili	Pérou	Uruguay
Sinistres	56	60	87	50	107
Coûts de production et d'exploitation	54	25	24	25	37
Résultats techniques	– 10	15	– 11	– 25	– 44

Source : Arthur Andersen Argentine.

VIII. PERSPECTIVES

Sur ces marchés, si les tendances actuelles de développement économique et politique se poursuivent, on peut s'attendre à la création de marchés ouverts dans le cadre de processus d'intégration régionale (Pacte andin, Mercosur, Groupe des trois...).

En matière de commercialisation, le développement des marchés permettra l'introduction de systèmes de ventes massives et de pratiques de type bancassurance, tandis que l'activité d'intermédiation devrait connaître des changements radicaux en matière de professionnalisation, d'introduction de nouvelles technologies et de stratégies de vente et de services.

Les exigences en matière de marge de solvabilité, ainsi qu'en terme de patrimoine et de capital minimal, devraient s'accroître et entraîner l'augmentation des capacités de rétention des compagnies locales.

Dans ce contexte, alors que les sociétés de petite taille et celles qui opéraient avec des marges bénéficiaires réduites sont en crise, les grandes entreprises locales, tout comme celles qui présentent une certaine solidité financière, doivent impérativement mettre en œuvre des processus de restructuration afin de pouvoir s'adapter à la nouvelle réalité.

Ce phénomène implique la tendance croissante à favoriser l'arrivée de capitaux étrangers dans le capital d'entreprises locales.

Outre la croissance de la production d'assurance accompagnant le développement économique, l'une des opportunités les plus attractives est la privatisation de la Sécurité sociale en ce qui concerne principalement les pensions, la santé ainsi que les accidents du travail et les maladies professionnelles ; il faut toutefois garder à l'esprit qu'une grande partie de la population atteint à peine le seuil minimal de subsistance.

Il en est de même de l'assurance vie, du développement de l'obligation d'assurance automobile et du développement des besoins de protection en assurances multirisques habitation et risques industriels.

Dans le cadre de ces évolutions, les compagnies multinationales devraient pouvoir profiter d'avantages concurrentiels importants par rapport aux entreprises locales. Pour ces dernières, les perspectives à moyen terme semblent donc prometteuses ■

ALAIN MULLER*

Le marché de l'assurance AU CHILI

Le Chili est un nouveau pays industrialisé, riche en ressources naturelles. Avec un secteur industriel sophistiqué, ce pays apparaît comme l'un des plus développés d'Amérique latine. Ces dernières années, le Chili affichait la plus forte croissance de la zone (6,1 % en moyenne sur les dix dernières années) ainsi que l'un des plus faibles taux d'inflation (11,4 % en 1994) et de chômage (4,7 % en 1993). Après avoir connu une croissance de 10 % en 1992, le Chili semble connaître un atterrissage en douceur autour de 6 %. Cette bonne tenue de l'économie chilienne lui a permis de ne pas ressentir les effets de la crise du peso mexicain. Le Chili est un exemple, depuis de longues années, pour les autres pays de la région, en matière d'ouverture de son économie. Il avait été parmi les premiers à lancer des programmes de conversion de dettes en actifs et autorisé très tôt le développement des activités des non-résidents sur son territoire.

La politique libérale des Chicago boys du général Pinochet fait encore recette. La politique menée ces dernières années a ainsi eu pour objectif de maximiser les exportations et les produits de substitution aux importations, d'augmenter l'épargne publique et privée et de maîtriser l'évolution de la dette extérieure. La dépense sociale est sans aucun doute l'une des grandes priorités du gouvernement, qui a consacré 6 milliards de dollars à ce secteur en 1993. Cependant, le contrôle de la dépense publique totale reste un enjeu important pour les autorités chiliennes, dans un contexte de maintien des grands équilibres et de maîtrise de l'inflation.

Le système financier du Chili est aujourd'hui relativement sophistiqué par rapport à la taille de l'économie. Ainsi, en addition de la modernisation de son système bancaire, le pays a assuré le développement de nombreuses activités dont certaines entièrement nouvelles. Les fonds de retraite et les sociétés d'assurances font partie des principaux exemples de cette dynamique.

I. RÉGLEMENTATION

L'activité de l'assurance au Chili a été entièrement contrôlée par l'État jusqu'en 1980, date à laquelle un nouveau cadre légal est apparu rendant applicables les principes de libre concurrence et d'ouverture aux capitaux étrangers. Sans

* *CSNE, direction internationale de la FFSA.*

aucun doute, la libéralisation de l'assurance chilienne a été un facteur fondamental qui, lié à d'autres facteurs comme la modernisation de l'économie et l'avancée technologique, a induit le développement du marché de l'assurance local ces dernières années et a servi, dans une certaine mesure, de modèle pour certains autres pays latino-américains qui se sont engagés sur le même chemin.

1. Réglementation des sociétés d'assurances

Jusqu'en 1980, la structure juridique du marché, fondée sur la loi de 1931, reposait sur 2 critères :

– contrôle total de la Surintendance (autorité de contrôle) sur les acteurs du marché : tarifs, élaboration des polices... ;

– approche nationaliste de l'activité d'assurance. La loi précise que les deux tiers au moins des actions des entreprises d'assurances appartiennent à des investisseurs publics (individus ou sociétés). Les sociétés doivent obligatoirement se réassurer auprès de la Caja Reaseguradora de Chile.

En 1980, changement de cap et déréglementation du marché avec l'adoption d'un nouveau décret sur l'activité d'assurance :

– tarifs : fixation libre par les sociétés, les ententes entre elles sont interdites ;

– réassurance : possibilité pour les entreprises de se réassurer auprès de la société (locale ou étrangère) de leur choix ;

– intermédiaires : liberté d'établissement des courtiers et des agents ;

– ouverture totale du marché aux investisseurs étrangers, pour l'assurance et la réassurance ;

– fin du monopole du SSI (State Insurance Institute) pour l'assurance des biens publics et libre concurrence sur le marché ;

– plus grande flexibilité accordée aux investisseurs ;

– hausse du capital minimal requis pour les sociétés d'assurances et de réassurance. Environ 1 million de dollars pour l'assurance et 1,3 million pour la réassurance.

L'assurance est divisée en 2 groupes, vie et non-vie, mais les branches accidents domestiques et santé peuvent être souscrites indifféremment par des sociétés opérant en vie ou en dommages. La séparation entre les activités vie et non-vie n'est pas obligatoire pour les entreprises de réassurance. Cette réglementation qui régit le secteur est très stricte et des sanctions sévères sont prévues (et appliquées) en cas de non-respect.

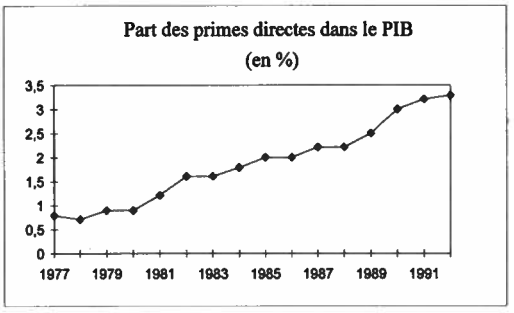
2. Réglementation des intermédiaires

Les intermédiaires d'assurance doivent être accrédités par la Superintendance des valeurs et assurances (organisme de contrôle du marché). Pour ce faire, la réussite à un examen préliminaire est indispensable. Une assurance erreurs et omissions est requise.

II. INFORMATIONS ÉCONOMIQUES ET FINANCIÈRES

1. L'assurance dans l'économie chilienne

Le graphique ci-dessous illustre la croissance de la pénétration de l'assurance depuis la fin des années 70.



Densité et pénétration de l'assurance au Chili en 1993				
	Non-vie	Vie	Total	Rang mondial
Densité d'assurance (en dollars)	43,7	60,6	104,2	38
Pénétration de l'assurance (en %)	1,38	1,91	3,29	32

Source : Sigma 1994.

Volumes de primes encaissées (en millions de dollars 1993)				
	1990	1991	1992	1993
Non-Vie	351,91	379,36	463,91	589,20
Vie	522,42	641,20	716,35	807,56
Total	877,33	1 020,56	1 180,26	1 396,75

Source : Asociacion de Aseguradores de Chile.

Après avoir connu une croissance que l'on peut qualifier d'exponentielle, passant de 87 millions de dollars, en 1974, à 214 millions en 1980, année d'entrée en vigueur de la loi, puis dépassant la barre du milliard de dollars en 1991, le secteur poursuit sa croissance et continue de faire l'objet de prévisions favorables.

La législation chilienne établit une distinction entre les assurances générales (qui correspondent à l'assurance non-vie) et les assurances vie, une même compagnie ne pouvant pratiquer les deux activités.

La croissance du marché de l'assurance vie provient en grande partie de la réforme du système de retraite ; elle est également significative du développement commercial qu'ont enregistré les assurances vie non obligatoires, tant individuelles que collectives. Le phénomène correspond également à la stabilisation qu'a connue l'économie chilienne et à l'indexation des contrats. Tout semble indiquer que cette croissance devrait se poursuivre dans les prochaines années.

Les assurances non-vie enregistrent une progression certaine depuis une ving-

taine d'années, mais à un niveau moindre que celle qu'a connue l'assurance vie. Cette croissance est la conséquence directe du développement du pays. A l'exception de la phase récessive qu'a subie l'activité durant les années 1982 et 1983, la croissance annuelle des assurances générales a été invariablement supérieure au taux de croissance du PIB chilien. Le dynamisme du marché et la modernisation du secteur des services (activité financière, assurances, marché de capitaux...) ont tenu un rôle décisif dans la stratégie suivie par les sociétés d'assurances afin de répondre aux exigences croissantes du pays.

2. Structure de l'offre

■ *Concentration de l'offre*

Le nombre de sociétés opérant en assurance vie a suivi la croissance des encaissements de primes passant de 16 en 1979 à 27 à l'heure actuelle.

Le tableau ci-dessous donne les parts de marché des 5 premières sociétés vie en 1993 :

	Société	Parts de marché (en %)	Cumul (en %)
1	Consorcio Nacional SA	14,39	14,39
2	La Construccion SA	10,60	24,99
3	Santander SA	8,95	33,94
4	La Chilena Consolidada SA	7,49	41,43
5	Aetna Chile	7,38	48,81

Source : Asociacion de Aseguradores de Chile.

En assurance non-vie, la tendance est inverse, puisque le nombre de sociétés opérant sur ce marché est passé de 85 en 1979 à 20 en 1991. Ce phénomène est dû aux changements survenus dans la législation en vigueur, en particulier pour ce qui est des exigences en matière de capital minimal.

En 1993, on comptait toutefois 22 sociétés non-vie.

Le tableau ci-dessous donne les parts de marché des 5 premières sociétés non-vie en 1993 :

	Société	Parts de marché (en %)	Cumul (en %)
1	Cruz del Sur SA	15,62	15,62
2	Aetna Chili SA	12,63	28,25
3	Consorcio General SA	11,26	39,51
4	La Republica SA	9,40	48,91
5	Euroamerica SA	9,04	57,95

Source : Asociacion de Aseguradores de Chile.

■ *Place des sociétés étrangères*

La stratégie des gouvernements qui se sont succédé depuis 1980 de favoriser l'accueil des services financiers étrangers explique l'importance des entreprises d'assurances étrangères dans le pays.

En effet, selon certaines estimations, les trois quarts des encaissements seraient détenus par des assureurs étrangers. Les États-Unis, l'Espagne et la France sont particulièrement présents sur ce marché. Ainsi, les sociétés françaises implantées localement (les AGF, l'UAP et les Mutuelles du Mans) cumulent plus de 25 % des encaissements du secteur.

■ *Réassurance*

La Caja Reaseguradora de Chile, ancien monopole d'État de la réassurance, privatisée dès 1980 et détenue actuellement à 100 % par la société espagnole Mapfré, et American Ré (Chili) sont les deux réassureurs implantés localement. Les grands réassureurs mondiaux ainsi que les principaux courtiers internationaux (en particulier londoniens) ont ouvert des bureaux de représentation ou des succursales au Chili.

Le taux de cession en réassurance est de 52 %. A l'heure actuelle, les réassureurs opérant au Chili cherchent à récupérer leurs pertes sur le court terme en réduisant les conditions des contrats proportionnels et en augmentant les coûts des couvertures non proportionnelles. Cette situation a amené le marché de l'assurance directe à améliorer les risques souscrits et à baisser les commissions tout en augmentant les primes.

3. Répartition par branches

Alors qu'en 1980 l'assurance vie ne représentait que 18,3 % des encaissements d'assurance contre 81,7 % pour l'assurance non-vie, leurs poids respectifs étaient de 57,8 % et 42,2 % en 1993.

■ *Les assurances vie*

Le tableau ci-dessous donne la répartition des encaissements de l'assurance vie en 1993 :

Branche	Répartition des encaissements (en %)
Vie individuelle	9,47
Vie collective	10,25
AFP / Invalidité-décès(1)	10,66
Rente individuelle(2)	69,62
Total	100,00

Source : Asociacion de Aseguradores de Chile.

A l'heure actuelle, les contrats complémentaires au système de retraite privé sont à l'origine de 80 % des encaissements de l'assurance vie. Ces contrats sont constitués des assurances invalidités-décès souscrites par les administrations des fonds de pension pour le compte de leurs affiliés(1) et des rentes viagères souscrites au moment du départ en retraite(2).

■ *Les assurances non-vie*

Le tableau ci-dessous donne la répartition des encaissements de l'assurance non-vie en 1993 :

Branche	Répartition des encaissements (en %)
Incendie	18,99
Assurances auto	37,72
Catastrophes naturelles	12,40
Maritime et transport	13,92
Autres	16,97
Total	100,00

Source : Asociacion de Aseguradores de Chile.

L'assurance automobile obligatoire ne couvre que les risques d'accidents personnels, l'ensemble des assurances responsabilité civile n'offrant qu'une couverture limitée. Ainsi, seul 21 % du parc automobile chilien (1 450 000 véhicules) souscrit une assurance volontaire.

L'importance relative des branches catastrophes naturelles et maritime et transport s'explique par la situation géographique du pays.

4. Situation actuelle et perspectives

Après treize années de libéralisation du marché de l'assurance au Chili, les changements structurels les plus importants se sont déjà produits. La qualité du cadre légal et la privatisation du système de retraite au début des années 80 ont sans aucun doute été des facteurs déterminants dans la croissance du secteur.

Le développement du marché est réel et se reflète non seulement dans les montants de primes encaissées et la diversification des protections offertes aux assurés, mais également dans la professionnalisation et la modernisation de l'activité.

A l'heure actuelle, le marché doit faire face à d'importantes restrictions en matière de réassurance et relever le défi de continuer à développer des produits nouveaux et d'augmenter la demande pour ce service.

Alors que les perspectives de croissance de l'économie chilienne sont prometteuses, tout semble indiquer que celle de l'assurance devrait se poursuivre ces prochaines années.

En assurance vie, des mesures sociales devraient permettre le développement des assurances vie collectives tandis que l'assurance vie individuelle, tout juste naissante, devrait se trouver favorisée par des facteurs externes comme la montée en puissance d'une classe moyenne.

En assurance non-vie, de telles perspectives sont associées à l'amélioration des modalités de couvertures du risque automobile, à la croissance des échanges commerciaux, au flux d'investissements destinés au développement des structures productives du pays et à l'amélioration des ressources des personnes.

III. ASSURANCE VIE ET FONDS DE PENSION AU CHILI

Le système de retraite privé en vigueur au Chili depuis 1980 est cité en exemple à l'étranger et sert de référence non seulement à un grand nombre de ses voisins d'Amérique latine, mais également en Espagne, au Portugal et dans certains pays de l'Est.

La mise en œuvre de ce régime de retraite par capitalisation individuelle a entraîné une croissance exponentielle du marché de l'assurance vie et a attiré vers le Chili un certain nombre de sociétés d'assurances multinationales de tout premier ordre.

En 1993, les contrats complémentaires à ce système de retraite privé sont à l'origine des 80 % des 800 millions de dollars d'encaissements de l'assurance vie.

1. Principales caractéristiques du système

Le système actuel de retraite chilien est un système de capitalisation individuel, universel et uniforme. Chaque participant au système choisit une AFP (société d'administration de fonds de pension) à laquelle il apporte ses contributions destinées à son compte personnel de capitalisation (qui représente 10 % de son salaire de base de cotisation) et à financer les pensions d'invalidité et de survie (qui représentent, elles, 3,44 %) que les AFP doivent obligatoirement contracter pour le compte de leurs affiliés.

Les fonds sont administrés par des sociétés anonymes à caractère privé (les AFP) pour lesquelles la séparation patrimoniale est de rigueur.

Le système assure à chaque retraité une pension minimale. Le choix de l'administratrice de fonds de pension (AFP) et celui du programme de retraite sont libres.

Le rôle de l'État dans le fonctionnement du système est triple. Il consiste à :
- contrôler et fiscaliser les AFP ;
- garantir financièrement la retraite minimale ;
- garantir que le fonds de retraite obtienne la rentabilité minimale établie par la loi.

2. Les pensions

Le système de retraite chilien dispense trois catégories de pensions :
- la retraite vieillesse ;
- la retraite invalidité ;
- la pension décès (versée aux composants du groupe familial).

Le capital accumulé sur le compte individualisé, les « bons de reconnaissance », les transferts réalisés à partir de comptes d'épargne volontaire et les éventuels apports additionnels correspondant aux assurances invalidité et décès constituent les quatre sources principales de financement des pensions.

Au moment de prendre sa retraite, le travailleur chilien peut choisir entre trois modalités pour obtenir sa pension vieillesse :

– la rente viagère immédiate ;
– la retraite programmée ;
– la rente temporelle avec rente viagère différée.

La comparaison entre ces modalités de retraite vieillesse est donnée dans le tableau ci-dessous :

	Rente viagère	Retraite programmée immédiate	Rente temporelle avec rente viagère différée
Montant de la pension	Fixe	Variable, année par année	Variable puis fixe
Unité de rajustement	UF*	UF*	UF*
Possibilité de changer les modalités de pensions	Non	Permanente	La rente viagère peut être avancée
Responsable du paiement des pensions	Société d'assurances	AFP	AFP et société d'assurances
Hérédité	Non	Oui	Partielle
Jouissance des fonds	Société d'assurances	Affilié	Affilié et société d'assurances
Administration des fonds	Société d'assurances	AFP	AFP et société d'assurances
Garantie de l'État	Pension minimale Faillite sociétés d'assurances	Pension minimale Rentabilité minimale	Pension minimale Rentabilité minimale

*UF : unité de développement, unité monétaire corrigée de l'inflation.

ÉRIC BOUTITIE – FRANÇOIS HAITAIAN*

Le marché de l'assurance EN ASIE

La disparité du développement de l'assurance dans les différents pays d'Asie est très forte : le montant total de primes collectées par habitant s'élève à plus de 2 500 dollars au Japon contre seulement 3,5 en Chine. L'assurance non-vie est relativement peu développée sur ce continent en dehors du Japon. Toutefois, les taux de croissance annuels que connaît l'ensemble du secteur de l'assurance sont très élevés : plus de 15 % en valeur réelle durant la dernière décennie. Les marchés japonais et coréens se ressemblent, par leur concentration et la propension que les autorités ont montrée à les protéger. En revanche, le cadre réglementaire à Singapour est très favorable à l'implantation de sociétés étrangères. Le marché chinois est le plus prometteur en termes de croissance mais il est peu probable que la part de marché des sociétés étrangères puisse dépasser 5 % à l'horizon de l'an 2000.

Le total des cotisations d'assurance encaissées sur le marché mondial de l'assurance s'est monté à près de 1 500 milliards de dollars en 1992. L'Amérique du Nord est le marché le plus important (38 % du total), devant l'Europe (31 %) et l'Asie (27 %). Cependant, l'Asie est le premier marché de l'assurance vie avec 37 % des cotisations, les États-Unis et l'Europe ne représentant chacun qu'environ 30 % de ce marché.

Les économies asiatiques hors Japon se caractérisent par une faible diffusion des produits de l'assurance, particulièrement pour la non-vie. Même au sein des économies dynamiques d'Asie, les cotisations d'assurance non-vie par habitant sont 4 à 6 fois inférieures, en dollars, à celles des principaux pays européens. En revanche, le Japon dispose de la deuxième densité d'assurance (cotisations par tête) au monde, derrière la Suisse, en raison d'une forte diffusion des assurances vie. L'examen des taux de pénétration, obtenus à partir des ratios cotisations/PIB, qui permettent de neutraliser les effets de change, confirme cette analyse. Néanmoins, la Corée du Sud dispose d'un taux de pénétration très élevé pour l'assurance vie (9,8 %), ce qui lui permet d'occuper la deuxième place au niveau mondial en termes de pénétration, toutes primes confondues, derrière l'Afrique du Sud *(voir tableaux 1 et 2)*.

Ces chiffres ne doivent pas masquer la tendance de ces dix dernières années, qui est à une forte croissance de l'activité d'assurance dans les économies asiatiques.

* *Banque Paribas, direction des études économiques et financières.*

Tableau 1 : Densité de l'assurance en 1992 : dix pays d'Asie et d'Europe (cotisations en dollars, par habitant)

Asie			
	Total	Vie	Non-vie
Japon	2 576,2	1 902,6	673,5
Corée du Sud	825,7	657,8	167,9
Singapour	590,9	368,6	222,3
Taïwan	478,7	329,2	149,5
Malaisie	105,9	49,1	56,7
Thaïlande	36,8	19,8	17,1
Philippines	19,3	11,5	7,7
Indonésie	6,5	2	4,5
Inde	5,2	3,5	1,7
Chine	3,5	1,1	2,5
Moyenne (en dollars)	464,9	334,5	130,3

Europe			
	Total	Vie	Non-vie
Suisse	2 923,1	1 692,3	1 230,8
Luxembourg	1 934,5	1 076,3	858,3
Grande-Bretagne	1 769,4	1 142,4	627,0
Pays-Bas	1 715,6	913,4	802,2
France	1 469,5	831,1	638,4
Allemagne	1 329,2	523,5	805,8
Suède	1 316,4	667,4	649
Norvège	1 298,6	547,6	751,1
Danemark	1 264,0	595,0	669,1
Irlande	1 227,3	701,3	526,0
Moyenne (en dollars)	1 624,8	869,0	755,8

Tableau 2 : Pénétration de l'assurance en 1992 : dix pays d'Asie et d'Europe (total des cotisations collectées/PIB, en %)

Asie			
	Total	Vie	Non-vie
Corée du Sud	12,3	9,8	2,5
Japon	8,6	6,3	2,2
Taïwan	4,8	3,3	1,5
Malaisie	3,8	1,7	2,0
Singapour	3,7	2,3	1,4
Philippines	2,3	1,4	0,9
Thaïlande	2,0	1,1	0,9
Inde	1,7	1,1	0,5
Indonésie	1,0	0,3	0,7
Chine	1,0	0,3	0,7
Moyenne (en %)	4,1	2,8	1,3

Europe			
	Total	Vie	Non-vie
Grande-Bretagne	11,4	7,3	4,0
Irlande	9,1	5,2	3,9
Suisse	8,6	5,0	3,6
Pays-Bas	8,4	4,5	3,9
Luxembourg	7,9	4,4	3,5
France	6,6	3,8	2,9
Finlande	6,6	4,3	2,3
Allemagne	5,7	2,3	3,5
Suède	5,6	2,8	2,8
Norvège	5,5	2,3	3,2
Moyenne (en %)	7,5	4,2	3,4

Si on excepte les Philippines, l'Asie du Sud-Est a affiché un taux de croissance annuel moyen du volume des primes en valeur réelle de plus de 15 % sur la période 1981-1990.

Au sein de la zone Asie, l'activité d'assurance reste cependant très inégalement développée selon le pays considéré (plus de 12 % du PIB pour la Corée du Sud contre moins de 2 % pour l'Inde).

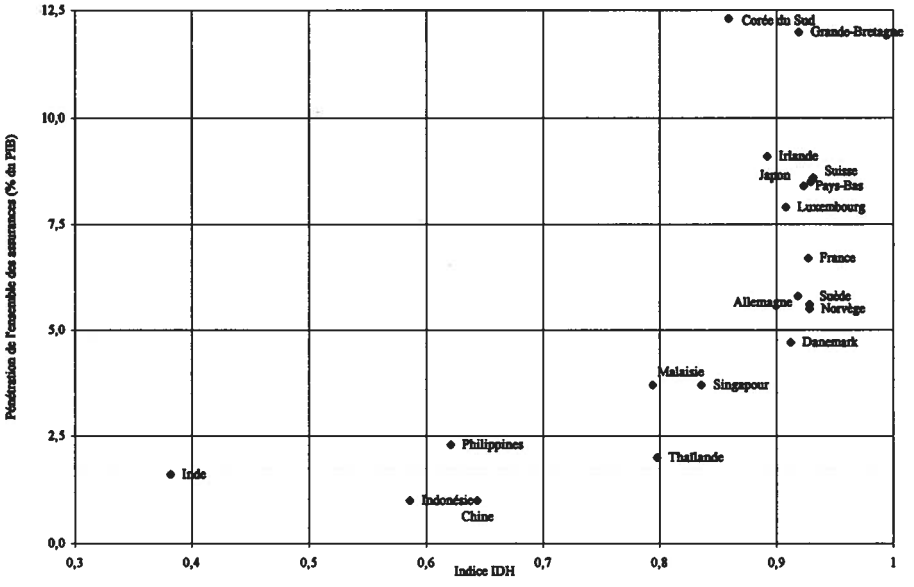
Un pays comme le Japon a vu sa part mondiale passer de moins de 14 % en 1980 à plus de 24 % en 1992.

La différenciation de la pénétration de l'assurance en Asie s'explique par le niveau d'épargne, le niveau de développement, la réglementation ou encore le facteur culturel.

I. ASSURANCE ET NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT EN ASIE

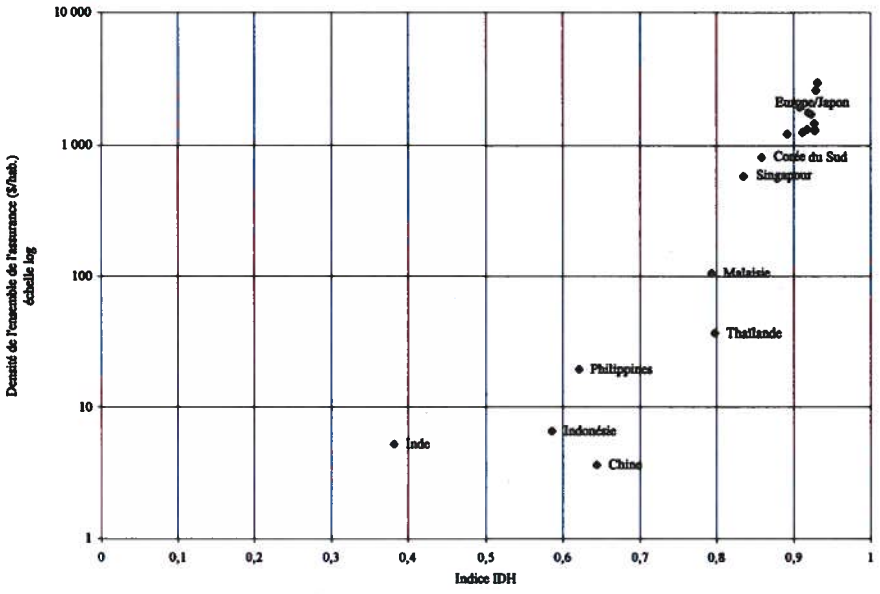
L'importance du secteur de l'assurance dans un pays est naturellement fortement corrélée au niveau de développement *(graphiques 1 et 1a).*

Graphique 1 : Assurance et niveau de développement : pénétration (chiffres 1992)

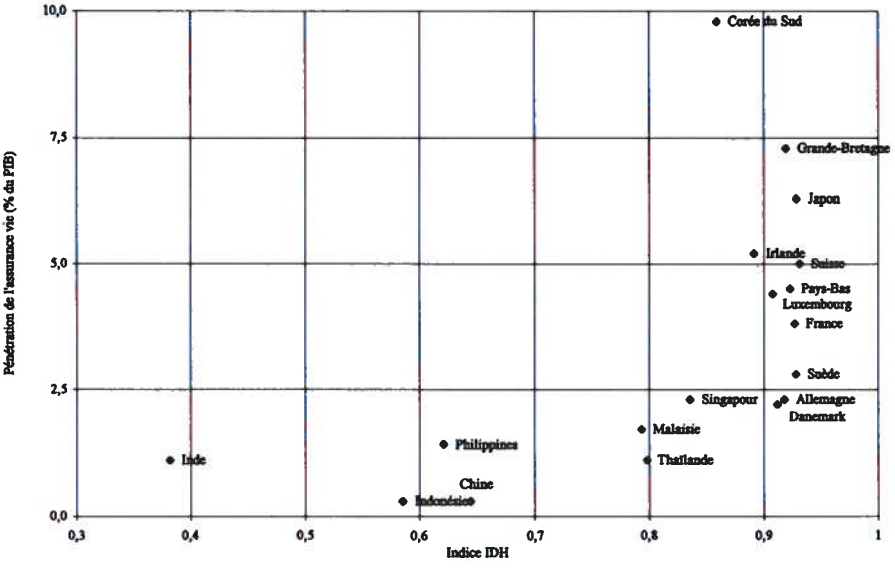


La densité et la pénétration de l'assurance augmentent exponentiellement avec le niveau de l'indicateur de développement humain (IDH[1]). L'Inde, notamment, dont l'IDH est le plus faible de l'échantillon, est aussi l'une des économies où l'assurance est la moins développée. La Corée du Sud, dont le niveau de développement est pratiquement égal à celui des économies européennes, affiche des densités et pénétrations du secteur assuranciel comparables, voire supérieures à celles observées au Japon et en Europe.

Graphique 1a : Assurance et niveau de développement : densité (chiffres 1992)



Graphique 2. Assurance vie et niveau de développement (chiffres 1992)



Cette relation est vérifiée tant au niveau de l'assurance vie que de l'assurance non-vie. Toutefois, le niveau de développement n'explique plus la pénétration de l'assurance vie à partir d'un certain niveau : quand l'IDH avoisine ou est supérieur à 0,9, cas des principaux pays européens, de la Corée du Sud et du Japon, les écarts entre les pays doivent être expliqués par d'autres variables.

Le développement économique a un impact sur l'essor de l'assurance à deux niveaux. Dans un premier temps, la croissance industrielle de ces économies débouche sur une augmentation du nombre d'entreprises demandeuses de produits d'assurance. Ensuite, la croissance économique générale s'est accompagnée, essentiellement dans les économies asiatiques en développement rapide, d'une redistribution égalitaire des revenus. L'enrichissement général de la population, associé à une inflation faible, a favorisé l'accumulation d'épargne et a conduit à l'apparition de nouveaux besoins, particulièrement en assurance vie.

Pour certains pays, néanmoins, la densité et la pénétration de l'assurance apparaissent « anormalement » faibles en regard du niveau de développement atteint. Ainsi, selon ce critère, les marchés d'assurance de l'Indonésie, de la Chine et de la Thaïlande offrent les meilleures perspectives de croissance, surtout dans le segment « vie » *(graphique 2)*. Cependant, ce raisonnement mérite d'être nuancé, compte tenu des autres facteurs qui déterminent l'évolution du marché de l'assurance dans les différents pays.

II. PRÉSENTATION DES SYSTÈMES D'ASSURANCE DE QUELQUES PAYS ASIATIQUES DE RÉFÉRENCE

A l'instar de la plupart des industries dans cette région du monde, l'assurance a bénéficié généralement d'un cadre réglementaire protecteur, où l'État est intervenu massivement. Néanmoins, des économies comme Singapour font exception à ce modèle, le marché de l'assurance dans ce pays s'étant surtout développé au rythme de l'arrivée des sociétés étrangères. Aujourd'hui, en raison de la diversité des mesures d'ouverture et de déréglementation, la zone Asie offre toute la palette des nuances réglementaires pouvant intervenir dans le domaine de l'assurance. En outre, les marchés financiers apparaissent inégalement développés selon le pays concerné. Les différences constatées sur la base de ces critères permettent de compléter l'explication de l'essor de l'assurance en Asie.

Tableau 3 : Principaux marchés de l'assurance en Asie

milliards de dollars chiffres 1992	rang mondial	primes totales	primes non-vie	primes vie
Japon	2	320,1	83,7	236,4
Corée du Sud	6	36,1	7,3	28,7
Taiwan	16	9,9	3,1	6,8
Inde	23	4,5	1,4	3,0
Chine	25	4,1	2,9	1,3
Thaïlande	31	2,1	1,0	1,1
Malaisie	32	2,0	1,1	0,9
Singapour	33	1,7	0,6	1,0
Philippines	36	1,2	0,5	0,7
Indonésie	37	1,2	0,9	0,4

1. Le modèle japonais : un marché très concentré et très protégé mais dont la dérégulation se profile

Deuxième marché mondial de l'assurance directe (320 milliards de dollars de cotisations collectées) derrière les États-Unis, le Japon affiche, avec 2 576,2 dollars par habitant, la densité la plus forte de la zone. Il représente à lui tout seul plus de 80 % du marché de l'ensemble du continent. Pays le plus développé d'Asie, il se caractérise aussi par un niveau d'épargne particulièrement élevé et un marché financier très développé.

Fidèle au concept de l'« industrie naissante », le gouvernement a favorisé, dans un cadre protégé, le développement d'un nombre restreint de sociétés de taille importante, issues d'opérations de concentration. Ainsi, seulement 99 sociétés d'assurances sont recensées au Japon, dont environ la moitié d'entreprises sous contrôle étranger ou de succursales de sociétés étrangères. Les sociétés japonaises sont de très grande taille, avec un total de cotisations collectées localement par entreprise de 6 milliards de dollars contre un chiffre équivalent en France et en Allemagne d'environ 200 millions[2]. Les entreprises sous contrôle étranger ou les succursales de sociétés étrangères au Japon ont une taille moyenne près de 40 fois inférieure aux entreprises japonaises, avec 160 millions de dollars de cotisations collectées par entreprise. Elles ne détiennent que moins de 3 % du marché japonais.

L'activité d'assurance est encore soumise à une série de textes législatifs particulièrement détaillés et conférant un important pouvoir au ministère des Finances. Ce dernier intervient de façon prédominante dans l'ensemble de l'industrie de l'assurance, depuis l'octroi d'une licence (notamment aux étrangers) au retrait de l'agrément, en passant par un contrôle *a priori* des clauses de contrat et des grilles tarifaires correspondantes. Autre caractéristique propre au système japonais, les métiers financiers restent strictement séparés. Au-delà du fait qu'une banque ne peut exercer une activité d'assurance, une société d'assurance vie ne peut commercialiser des produits non-vie. Ce cloisonnement a conduit les assureurs dommages à proposer des produits intégrant une garantie d'épargne, sauf toutefois pour les assurances auto. Ainsi, des garanties individuelles contre les accidents ou la maladie ou encore contre l'incendie sont proposées avec une garantie de capital au terme du contrat. Enfin, en matière de taxation, il n'existe pas de prélèvement direct sur les primes, mais plutôt un système de « droit du timbre » sur chaque police[3].

Conséquence de la pression internationale et de la déréglementation financière, le cadre législatif devrait cependant être assoupli progressivement. On devrait s'orienter vers un renforcement de la concurrence et un décloisonnement général du système[4]. A l'instar de ce qui se fait en Europe, les banques et sociétés d'assurances non-vie pourront exercer des activités vie et vice versa.

Il semble, cependant, que les principaux bénéficiaires étrangers de la dérégulation seront AIG et Cigna, qui dominent le marché des assureurs non nationaux au Japon. AIG détient 60 % du marché des assurances non-vie des sociétés étran-

gères. Cigna en détient 15 %. En effet, les sociétés déjà bien installées disposeront d'importants avantages comparatifs par rapport aux nouveaux entrants. Le ministère des Finances semble vouloir augmenter le montant minimal de capital pour les sociétés étrangères de 10 millions de yens à 300 millions. De plus, la clef de la réussite au Japon repose sur les réseaux de distribution, que AIG et Cigna (respectivement 87 et 50 agences) ont su développer depuis les années 70.

Deux entreprises françaises semblent miser particulièrement sur le marché japonais. Axa tout d'abord, qui entend y consacrer plus de 200 millions de dollars. Elle a reçu en 1994 le feu vert du ministère des Finances pour opérer sur le marché de l'assurance vie et devenir ainsi le deuxième acteur européen avec National Neerlanden. Les AGF ensuite, qui avaient envisagé de s'associer avec un groupe de distribution alimentaire local (DAIEI), qui réalise 50 milliards de dollars de chiffre d'affaires, afin d'éviter le lourd investissement d'un réseau.

2. L'exception singapourienne : une tête de pont pour les marchés offshore

Trente-troisième marché mondial en termes de total des cotisations collectées (dixième sur le continent asiatique), Singapour se caractérise par le troisième niveau de développement de l'assurance de la zone (densité de 590,9 dollars par habitant et pénétration de 3,7 %). Plus de 60 % de l'activité directe porte sur l'assurance vie, laquelle a profité d'un marché financier particulièrement développé. Prise globalement (c'est-à-dire en incluant l'activité de réassurance), l'industrie de l'assurance comptait 140 sociétés au début de 1993, dont 58 dans le secteur direct, 36 dans la réassurance et 46 sociétés « captives » appartenant à des grands groupes internationaux. Le nombre des assureurs non-vie est dix fois supérieur à celui des assureurs vie pour des marchés de taille similaire. En 1993, les étrangers détenaient les trois quarts de l'assurance directe non-vie traitée à Singapour.

Outre le niveau élevé du développement et de l'épargne, l'essor de l'activité d'assurance à Singapour a bénéficié d'un des cadres les plus déréglementés et les plus ouverts d'Asie. A la différence des autres économies de la zone, et en particulier du Japon, le marché singapourien de l'assurance a été très rapidement ouvert aux non-résidants, avec la venue, dès l'indépendance (1965), de nombreux assureurs étrangers. Mais l'activité s'est essentiellement développée au cours de la décennie 80, avec l'arrivée d'importantes sociétés en provenance des États-Unis, de l'Europe et du Japon. Aujourd'hui, le segment de l'assurance non-vie se caractérise par l'existence d'un compartiment offshore représentant plus de 50 % des cotisations versées au titre de l'assurance générale. L'offshore ressort comme le secteur le plus dynamique (taux de croissance d'environ 20 %), alors que le marché local ne croît qu'à un rythme plus modéré (d'environ 8 %), du fait d'une vive concurrence qui a pesé sur les prix.

60 % du marché offshore sont détenus par les réassureurs professionnels. Le marché de la réassurance a en effet connu un très fort développement depuis la

fin des années 80. Singapour est le siège de l'Asean Reinsurance Corporation, qui a pour objet de promouvoir les intérêts des réassureurs régionaux et d'assurer la formation des professionnels locaux.

Le système de taxation incite fortement au développement des activités offshore et des assureurs captifs[5]. L'impôt sur les sociétés est seulement de 10 % sur les activités offshore, contre 32 % pour le taux normal. Dans ces conditions, Singapour apparaît souvent comme une tête de pont permettant de pénétrer dans les économies plus fermées de la zone. Ainsi, 32 % des sociétés d'assurances singapouriennes sont des entreprises captives.

En matière de surveillance, le contrôle de l'autorité de tutelle (Monetary Authority of Singapour) est beaucoup moins lourd qu'au Japon. Les taux de cotisations vie et de couverture dommages en pratique sur le marché sont tout de même surveillés. De plus, il existe un certain nombre de règles concernant le respect de marges de solvabilité. Progressivement, la réglementation prudentielle singapourienne tend à se rapprocher des normes en vigueur sur les grandes places internationales de l'assurance. Néanmoins, il faut toutefois noter que le marché local, et plus particulièrement ses segments rémunérateurs, est réservé par les autorités locales plutôt aux sociétés nationales ou implantées de longue date.

3. La Corée : un marché aussi concentré et aussi réglementé que le Japon

Sixième marché mondial d'assurance directe (en deuxième position sur la zone Asie), la Corée du Sud dispose d'une densité d'environ 825 dollars par habitant et d'une pénétration plus forte que celle du Japon (12,3 %), liée à un très fort développement de l'assurance vie.

A l'instar du modèle japonais, l'industrie de l'assurance coréenne s'est développée dans un cadre protégé et réglementé. Elle a réellement démarré en 1962, date à laquelle le gouvernement a décidé d'en faire une institution d'épargne privilégiée. En 1977, des mesures visant à moderniser et à rationaliser l'activité sont venues redynamiser les assureurs coréens. Au cours des années 80, la concurrence a été intensifiée sur le marché domestique, la Poste et les banques commerciales étant peu à peu autorisées à offrir des produits d'assurance. Sur la fin de la décennie, la Corée a commencé à s'ouvrir à l'étranger, à travers notamment la formation de joint-ventures. Cependant, à l'instar du Japon, le nombre de sociétés est encore faible en regard de la taille du marché. Par ailleurs, la part de marché des sociétés étrangères reste très faible (environ 4 % en assurance vie et 1 % en non-vie).

En effet, le contrôle de l'autorité de tutelle, le ministère des Finances, demeure très strict tant au niveau de la réglementation que de l'octroi des licences, des taux, des produits d'assurance et des réseaux de distribution. Ainsi, les sociétés d'assurance vie étrangères ne peuvent pas investir leurs actifs dans l'immobilier. Dans le secteur de la réassurance, même si le monopole de la Korean Reinsurance Company a été supprimé en 1990, cette dernière détient encore 95 % du marché et fixe les taux. Néanmoins, d'importantes mesures de libéralisation de-

vraient être entreprises d'ici à 1998, avec notamment une ouverture complète du secteur de la réassurance.

4. Le cas particulier de la Chine : un fort potentiel de développement mais une ouverture limitée aux sociétés étrangères

La Chine présente un visage bien différent, en comparaison des économies déjà abordées. L'activité d'assurance apparaît peu développée, tant en termes de densité (3,5 dollars par habitant) que de pénétration (1 % du PIB). Ces faibles niveaux cachent, cependant, une très forte progression depuis la fin des années 80 (le taux de pénétration n'était que de 0,6 % en 1992, et le total des cotisations collectées a progressé de plus de 200 % en dollars, en six ans).

Créée en 1946, la Picc (People's Insurance Company of China) a occupé une position de monopole dès l'origine. En 1985, néanmoins, une loi sur l'assurance a conduit à la création de deux autres sociétés également contrôlées par l'État (la Ping an et la Taipingyang). Ainsi, la situation de monopole de la Picc était remise en cause, au moins en droit. En outre, la compagnie d'assurances américaine AIG (American Insurance Group) a obtenu une autorisation limitée d'exercice sur la place de Shanghai.

Dans les faits, cependant, la Picc continue aujourd'hui de dominer le marché, réalisant 94 % du total de l'activité. Elle bénéficie surtout d'un certain nombre d'avantages comparatifs déterminants. Notamment, en liaison avec la Banque populaire de Chine, elle fixe de façon unilatérale les taux des cotisations d'assurance s'appliquant sur l'ensemble du territoire. En outre, elle reçoit 30 % des revenus de toutes les sociétés, au titre de la réassurance[6]. Le secteur reste, quoi qu'il en soit, particulièrement concentré, avec seulement 18 sociétés locales, 8 pour la vie et 10 pour la non-vie.

Au printemps 1994, un projet de loi a été présenté au Parlement. Dans ses grandes lignes, ce dernier laissait augurer pour l'avenir d'importantes mesures de libéralisation, parmi lesquelles une plus grande facilité d'accès des sociétés étrangères au marché chinois[7] et la création d'une autorité spéciale de supervision (State Insurance Bureau). Mais le capital minimal requis pour intervenir sur le marché de l'assurance pourrait être très supérieur aux règles en vigueur à Taïwan. Ainsi, si le principe de l'ouverture du marché aux sociétés étrangères semble acquis, les conditions d'accès au marché chinois resteront draconiennes et sévèrement contrôlées.

Au-delà du cadre réglementaire, la Chine constitue un cas particulier à deux autres niveaux. Tout d'abord, la faiblesse du besoin d'assurance exprimé a constitué jusqu'à présent une variable clef. En effet, à la différence notamment du Japon, la cellule familiale ne s'est pas encore effritée en Chine, et le sens de l'entraide continue de prévaloir, surtout dans les campagnes, qui regroupent près de 80 % de la population. Ainsi, seulement 40 millions de foyers disposeraient d'une assurance avec garantie dommages et seulement 350 millions de personnes auraient une assurance vie. Le système de distribution, très monolithique, reposant

sur des agents mal formés et vendant des contrats très simples à leur entourage, est très certainement une des causes du faible niveau de développement du marché.

Les experts tablent sur une croissance annuelle moyenne de 20 à 25 % jusqu'en l'an 2000, avec notamment un très fort potentiel pour l'assurance automobile, qui est obligatoire dans 80 % des provinces. De plus, les évolutions démographiques et l'insuffisance probable du régime de pensions de retraite actuel pourraient conduire à un fort développement de l'assurance vie. En effet, son poids dans le total des cotisations (30 % contre 80 % en Corée du Sud) est le plus faible de la zone et le taux d'épargne des ménages est très élevé (30 %). Néanmoins, l'ouverture du marché aux sociétés étrangères restera limitée (probablement pas plus de 5 % du total des primes en 2000).

III. PERSPECTIVES

Globalement, une tendance générale à l'ouverture a été observée ces dernières années dans l'ensemble de la zone. En regard des seuls niveaux de développement et d'épargne, nombre de pays d'Asie constituent un solide potentiel de croissance en matière d'assurance, même si des facteurs culturels ou l'organisation même de la société peuvent être déterminants. Dans un contexte de rattrapage des pays développés, d'occidentalisation des besoins et de couverture sociale étatique souvent insuffisante, de grands marchés se dessinent, aussi bien dans le segment vie[8] que dans le segment non-vie.

La Chine en offre l'illustration parfaite. En effet, selon une association professionnelle réunissant les sociétés d'assurances présentes sur la place de Shanghai, le pays connaîtrait actuellement une importante modification des habitudes de consommation, les ménages tendant de plus en plus à considérer l'assurance comme l'une des formes les plus sûres de l'épargne. A ce titre, on peut d'ores et déjà noter que, dans la province prospère de Shanghai, l'élévation du niveau de vie des employés du secteur privé (sociétés purement locales et joint-ventures avec des sociétés étrangères), lesquels ne bénéficient d'aucune assistance étatique, a favorisé un boom de l'assurance vie.

L'analyse des perspectives d'ouverture de ces marchés aux sociétés étrangères montre toutefois que les conditions d'accès à ces marchés resteront sévères et très contrôlées. Le coût d'entrée sera élevé, que ce soit en termes de capital minimal requis, de durée minimale de présence locale, ou de coût d'un système de distribution performant (coût du foncier). Chaque segment de marché et le cadre réglementaire de chaque pays d'implantation doivent donc être analysés dans le détail pour mesurer les chances réelles de réussite ■

Notes

1. *L'indicateur de développement humain est calculé par le Programme des Nations unies pour le développement depuis 1990. Il s'agit d'un indice composite de l'espérance de vie, du niveau d'instruction (niveau d'alphabétisation pour deux tiers et nombre moyen d'années d'études pour un tiers) et du PIB réel moyen par habitant converti à la partie de pouvoir d'achat (PPA). Les pays sont classés par ordre décroissant pour chaque critère, la note 1 étant attribuée au pays disposant de l'indicateur le plus élevé et la note 0 à celui affichant la valeur la plus basse. L'IDH est la moyenne des trois notes attribuées pour chacun des trois critères.*
2. *Source : chiffres 1992 de l'« Annuaire des statistiques d'assurance », OCDE, 1994.*
3. *A l'exception des charges prélevées sur les cotisations incendie et automobile, destinées à financer les brigades anti-incendie ainsi que les services de sécurité routière.*
4. *Dans le domaine de l'assurance vie, le marché est actuellement saturé, et les sociétés ont besoin de réorganiser leur activité.*
5. *Sociétés d'assurances internes à de grands groupes internationaux.*
6. *En 1994, la loi n'autorisait pas les sociétés non résidantes à offrir directement des services de réassurance sur le marché chinois.*
7. *La loi de 1985 stipule que les sociétés étrangères sont autorisées à constituer des joint-ventures avec des partenaires locaux, à condition de disposer sur place d'un bureau de représentation depuis au moins trois ans. En outre, elles ne peuvent le faire que sur un territoire délimité et dans le cadre d'une activité strictement encadrée.*
8. *Influence essentielle du vieillissement de la population à ce niveau (cf. Japon).*

THIERRY MATHOU*

Le marché de l'assurance EN CHINE

Avec un cinquième de la population mondiale et une économie en pleine expansion, la Chine constitue un marché potentiel considérable pour les sociétés d'assurances, qu'il s'agisse des entreprises locales ou étrangères. Jusqu'à présent, le marché a été dominé par la People's Insurance Company of China (Picc) qui occupe une position de quasi-monopole. Une commission, essentiellement composée de représentants de la banque centrale (People's Bank of China, PBOC) et de la Picc, a été constituée afin de préparer un projet de loi visant à réformer le marché de l'assurance, actuellement régi par un texte de 1985. L'enjeu du nouveau texte, qui devrait être adopté en 1995, est considérable. En 1994, la Picc a en effet collecté des primes d'assurance pour un montant évalué à 6 milliards de dollars, soit une augmentation de 30 % par rapport au résultat atteint en 1993. Selon les observateurs, ce marché pourrait connaître une croissance de 25 % par an d'ici à l'an 2000. Le montant des revenus du secteur pourrait ainsi atteindre 40 milliards de dollars d'ici à cinq ans.

I. LE CONTEXTE

Créée en 1949, la Picc a acquis dès l'origine une position de monopole de fait. Pendant plus de trente ans, le gouvernement chinois, en effet, n'a pas souhaité la création d'autres sociétés d'assurances. Selon les principes du socialisme chinois, l'État était censé, par sa seule existence, apporter aux travailleurs et aux corporations nationales toutes les garanties nécessaires.

1. Le monopole de la People's Insurance Company of China (Picc)

La Picc est devenue un géant à la tête d'une activité particulièrement lucrative. La société est détenue directement par l'État. Elle rend ses comptes au gouvernement par l'intermédiaire de la banque centrale. Bien que d'autres sociétés aient vu le jour depuis lors, la Picc continue aujourd'hui à exercer le contrôle de 80 à 90 % du marché de l'assurance. Elle dispose de 5 000 filiales et succursales à travers tout le pays et emploie 120 000 personnes.

* *Attaché commercial, ambassade de France en Chine, PEE de Pékin.*

En 1993, son résultat net s'est élevé à plus de 2 milliards de Rmb (1F = 1,63 Rmb).

Ses activités les plus profitables concernent les marchés de l'automobile, de l'immobilier, de l'assurance vie, des équipements industriels et du fret. La Picc a cependant considérablement élargi sa gamme de contrats pour couvrir l'ensemble des risques. Elle propose aujourd'hui environ 400 contrats différents dont certains particulièrement typiques, comme l'assurance du porc et de la vache ou l'assurance du vélo. La société propose également des contrats entrant dans le cadre du planning familial (assurance de l'éducation et du mariage, destinée à couvrir les frais engagés à l'occasion de la scolarisation et du mariage de l'enfant unique, si l'un de ses parents disparaît prématurément).

La Picc, en liaison avec la PBOC, joue un rôle déterminant dans la fixation du taux des primes d'assurance. Théoriquement, ces taux sont censés fluctuer en fonction des évolutions du marché. En réalité, ils restent largement administrés par la Picc (officiellement par la PBOC). Or ces taux s'imposent à toutes les sociétés d'assurances, même à celles qui se présentent comme les concurrentes de la Picc. La Picc publie régulièrement les taux pratiqués en matière d'assurance vie. En revanche, elle dispose de tout un ensemble de contrats dont la tarification reste occulte. Dans ces cas, les taux communiqués officiellement par la société servent tout au plus d'indicateurs de tendance. Les taux réels sont calculés selon des méthodes complexes, qui tiennent compte notamment du risque couvert, de la valeur assurée et d'autres paramètres que la Picc se réserve le droit d'apprécier.

La fixation unilatérale des taux n'est pas le seul avantage comparatif dont dispose la Picc. Toutes les entreprises d'assurances doivent déposer 30 % de leurs revenus en réassurance auprès de la société d'État.

2. Les acteurs du changement

En dépit de la position dominante de la Picc, le marché chinois de l'assurance n'en est pas pour autant resté figé. L'appel lancé par Deng Xiaoping en faveur d'une ouverture de la Chine et d'une « économie socialiste de marché » a conduit à la publication, le 3 mars 1985, de la loi sur l'assurance *(provisional insurance law)*, qui a permis la création de nouvelles sociétés d'assurances.

Les principaux concurrents de la Picc (si tant est que ce terme ait actuellement une signification) sont la Ping an Insurance Compagny et la Pacific Insurance Company.

Pacific Insurance, basée à Shanghai, est la deuxième entreprise d'assurances chinoise. Créée en 1992 avec un capital de 500 millions de Rmb, elle est contrôlée par la banque des Communications. Suivant l'exemple de la Picc, qui a cherché à diversifier son activité (automobiles, immobilier, aviation, satellites, navires), la Pacific propose un large éventail de contrats. En 1994, la société, qui disposait de 74 succursales dans l'ensemble du pays, a réalisé un revenu total de 3,2 milliards de yuans (contre 750 millions de yuans en 1992) et compte atteindre 4 milliards de yuans en 1995. Le total des primes reçues a atteint 1,5 milliard de yuans

en 1993. Pacific Insurance contrôle actuellement environ 4 % du marché chinois. Elle dispose de deux bureaux à l'étranger (Hongkong et New York).

Ping an, basée à Shenzhen, a été créée en 1988. La société, qui compte aujourd'hui 35 succursales dans tout le pays et 3 000 employés, a connu un rapide développement. Son activité est essentiellement concentrée sur l'assurance vie (38 % du chiffre d'affaires), l'immobilier (35 %) et le fret (35 %). Dans le domaine de l'assurance vie, 50 % des primes reçues se concentrent sur l'assurance retraite. En 1994, Ping an a enregistré un revenu total de 3 milliards de Rmb, soit une progression de près de 300 % par rapport à 1993. En 1993, la société a créé à Shanghai un joint-venture en coopération avec la Shangai Trust and Investment Corporation (Sitco, 30 %), la branche shanghaïenne de la banque de l'Industrie et du Commerce de Chine (10 %), et la Shanghai Jiu Shi Corporation (10 %).

Parallèlement à ces trois sociétés exerçant une activité commerciale au niveau national et occupant la quasi-totalité du marché, on dénombre une douzaine de petites compagnies à vocation régionale et un certain nombre de départements ministériels qui interviennent de manière ponctuelle sur le marché de l'assurance.

3. Les sociétés étrangères

Officiellement, le marché chinois n'est pas encore ouvert aux entreprises étrangères. Seules deux sociétés exercent une activité commerciale, qui se limite à la municipalité de Shanghai.

- *American International Group (AIG)*

C'est en octobre 1992 que AIG a entrepris une activité commerciale sur la place de Shanghai, grande première en Chine dans le domaine de l'assurance. Aucune société étrangère n'avait en effet été autorisée à intervenir directement sur le marché de l'assurance depuis 1949. AIG a dû déposer à l'origine un capital de 8 millions de dollars auprès de la PBOC. Sa filiale, AIA (American International Insurance Company), s'est spécialisée dans les contrats d'assurance destinés aux joint-ventures sino-étrangers et aux sociétés étrangères. AIA s'adresse également aux touristes étrangers et aux résidents de Shanghai, à qui elle propose des contrats d'assurance vie incluant les accidents et une couverture médicale. La société est habilitée à recevoir des paiements en Rmb et en devises étrangères. L'activité de AIA est cependant limitée à la municipalité de Shanghai.

L'initiative de AIG a constitué à bien des égards une première. La société a non seulement été autorisée à exercer (il est vrai de manière limitée) son métier d'assureur en Chine, mais a également reçu la faculté de conserver la maîtrise de son activité (AIA n'est pas un joint-venture) et de déroger au système des parités duales (aujourd'hui abrogé) en pouvant traiter à la fois avec des étrangers et des Chinois. Seul un long et patient travail de lobbying, engagé dès le milieu des années 80 auprès de la PBOC, a permis à AIA, moyennant d'importants investissements, de pénétrer sur le marché chinois. Après avoir obtenu l'accord de prin-

cipe de la PBOC à Pékin, AIA a dû engager des efforts comparables auprès de la municipalité de Shanghai pour obtenir l'agrément local. Il semble que la société dispose aujourd'hui de relations particulièrement étroites avec la municipalité. A titre d'exemple, AIG a obtenu, au début de l'année 1995, un accord de partenariat avec l'administration des postes de Shanghai pour la distribution de ses produits.

- *Tokyo Fire and Marine Insurance*

Depuis juillet 1994, cette société japonaise a obtenu un agrément afin d'exercer une activité commerciale dans la municipalité de Shanghai. Contrairement à AIG, elle ne couvre pas une large gamme de produits. Tokyo Fire and Marine ne distribue que des produits d'assurance dommages, construction, accident et risque commercial. De plus, la clientèle se limite principalement aux investisseurs japonais et étrangers en Chine. A long terme, les dirigeants de cette société n'écartent cependant pas la possibilité d'étendre le champ de leurs activités à d'autres produits lorsque le marché sera suffisamment ouvert.

Dans l'attente d'une ouverture plus large du marché, les sociétés étrangères (américaines, hongkongaises et taïwanaises, notamment), avec plus d'une cinquantaine de bureaux de représentation, se positionnent en tant qu'observateurs attentifs du marché. Les sociétés japonaises, présentes depuis le début des années 80, se distinguent par leur nombre et leurs implantations en Chine du Nord-Est (Tianjin, Dalian...). Les sociétés britanniques, bien que présentes à Pékin depuis deux ans, sont traditionnellement basées à Hongkong.

Depuis 1994, les assureurs français sont également présents sur le territoire chinois. Le Gan et Axa ont obtenu l'autorisation de la banque centrale d'ouvrir un bureau de représentation à Pékin au mois de juillet 1994. L'UAP, quant à elle, dispose d'un bureau de liaison depuis novembre 1994. Les AGF s'intéressent également à la Chine.

4. Intermédiation

En octobre 1994, on estimait que le nombre d'agents en Chine s'élevait approximativement à 200 000 personnes. En matière de courtage, la législation actuelle reste muette. En l'absence de textes, aucune société n'a été autorisée à pratiquer le courtage, ce qui n'a pas pour autant empêché l'installation en Chine de sociétés étrangères de courtage en assurance qui sont orientées vers les activités de conseil. C'est notamment le cas de la firme britannique Sedgwick and Sedgwick, qui a obtenu une licence dans le domaine du conseil en réassurance, ce qui lui permet de faire de l'intermédiation, forme déguisée de courtage.

II. LE PROJET D'UNE NOUVELLE LÉGISLATION

La loi provisoire sur l'assurance demeure imprécise et très générale. Elle ne constitue pas un cadre suffisant pour le développement du marché de l'assurance.

Face à ces lacunes, la banque centrale a soumis au bureau des affaires légales du Conseil des affaires de l'État un texte censé réformer le cadre général du marché de l'assurance en Chine. Après approbation, le Conseil des affaires de l'État a remis le projet de loi au bureau législatif du Comité permanent de l'Assemblée nationale populaire. Ce texte devrait être adopté par l'Assemblée durant le courant de l'année 1995. Les sociétés étrangères présentes en tant qu'observatrices sur le marché chinois attendent beaucoup de ce nouveau texte. Bien que la PBOC ne soit pas fondamentalement hostile à l'ouverture du marché aux sociétés étrangères, il n'est pas certain que la nouvelle législation clarifie la situation actuelle.

1. L'imprécision des règles

Plusieurs observateurs redoutent un texte flou (à l'instar de nombreuses législations chinoises), qui ne permettrait de régler aucune des incertitudes actuelles. L'imprécision de la nouvelle réglementation donnerait tout loisir aux provinces et aux municipalités d'interpréter le texte à leur guise, rendant ainsi sa lecture particulièrement difficile pour une société étrangère cherchant à accéder au marché. Rien ne servirait en effet de poser un principe général d'accès au marché, si celui-ci n'était accompagné d'un minimum de règles s'imposant aux gouvernements locaux.

L'imprécision du texte pourrait également aboutir au développement d'un marché déséquilibré, caractérisé par des pratiques de concurrence déloyales. Seule une loi-cadre précise permettra en effet d'empêcher le développement anarchique et incontrôlé du marché de l'assurance. A supposer que le texte en préparation réponde à ces critères, seul un ensemble de décrets d'application très précis permettrait d'encadrer les services d'assurance. Il va sans dire qu'un tel processus prendra plusieurs années avant d'être opérationnel.

2. Les orientations du projet de loi

Le texte examiné par le Conseil des affaires de l'État n'est pas encore officiellement disponible. Il devrait théoriquement se présenter sous la forme de 7 chapitres et 226 articles, le premier chapitre définissant les concepts de l'assurance, le deuxième énonçant les termes d'un contrat d'assurance, le troisième étant plus particulièrement consacré à la création d'un organisme suprême ayant pour tâche de réguler le secteur des assurances.

3. La création d'une autorité suprême en charge de contrôler le secteur

Le projet de création d'une institution d'État avait été évoqué dès 1987 et, en 1993, le Premier ministre, Li Peng, avait également rappelé cette nécessité. Cet organisme devrait être un département spécifique au sein de la People's Bank of China plutôt qu'une institution indépendante.

Cet organisme aura pour objet de faire respecter les réserves obligatoires qu'un assureur déposera auprès de la banque centrale (le montant de ces réser-

ves pourra être variable). Cette institution aura bien évidemment une fonction de supervision sur l'ensemble des acteurs du secteur. Ce contrôle ne pourra cependant s'exercer que sous certaines conditions. Suivant les cas, la société incriminée aura la possibilité d'engager des recours. Des précisions devront être apportées sur les modalités de telles démarches.

Dans certains cas d'infractions, des actions pourront être menées par l'organisme de contrôle contre les dirigeants d'une société étrangère. Des modifications devraient cependant être apportées à ce niveau, afin d'assouplir les directives générales et de limiter ce type d'action aux dirigeants qui résident en Chine.

Pour l'instant, aucune disposition ne permet de préciser la composition de cet organisme.

4. La définition des produits et des activités

La loi pourrait établir une distinction entre les activités d'assurance essentiellement commerciales et les opérations ayant un caractère plus social (retraite, chômage...).

Les produits d'assurance vie et non-vie feront désormais l'objet d'activités différentes et dépendront de départements bien distincts au sein des sociétés d'assurances. Malgré tout, la définition des concepts d'assurance vie et d'assurance dommages n'est pas très précise, d'où l'existence de nombreuses zones d'ombre. Un assureur exerçant une activité d'assurance dommages sera dans l'obligation de constituer une réserve spéciale, fondée sur un pourcentage des primes reçues. Cette réserve ne pourra cependant pas être utilisée sans un accord préalable de l'autorité chargée de contrôler le secteur. De manière similaire, la distribution de produits d'assurance vie nécessitera la constitution d'un fonds spécifique.

La nouvelle loi n'évoquera pas précisément l'assurance individuelle accident. La définition des contrats d'assurance individuelle devrait être suffisamment large pour inclure l'assurance accident. Un certain nombre d'imprécisions pourrait également demeurer sur la définition des fonds d'assurance sociale et des produits ou plans d'assurance retraite.

5. La création d'une société indépendante de réassurance

En matière de réassurance, la banque centrale souhaite l'établissement d'une société nationale indépendante de la Picc. Cette société, China Reinsurance Co., sera créée après la promulgation de la loi à partir du département réassurance de la Picc. Les taux des commissions et les procédures de réassurance seront établis par la haute autorité contrôlant le secteur.

6. La volonté de multiplier les acteurs du marché

La loi devrait également évoquer la création de sociétés du type mutuelles, de sociétés d'État et de sociétés par actions. Certains articles devraient formaliser la

notion de « société d'assurances étrangère » ayant une activité commerciale en Chine. Les délais nécessaires à l'obtention d'une accréditation après l'ouverture d'un bureau de liaison pourraient être réduits de trois à deux ans.

Enfin, la banque centrale souhaite développer et légaliser l'intermédiation et les activités de courtage ou de conseil dans l'évaluation de risques. Les associations d'assureurs, comme il en existe à Pékin ou à Shanghai, pourraient également être officialisées.

III. PERSPECTIVES DU MARCHÉ CHINOIS

Tous les créneaux de l'assurance constituent un marché virtuel dont le développement sera exponentiel. La croissance des revenus et le niveau élevé de l'épargne (38 % du PNB) donnent aux Chinois les moyens de consacrer une part grandissante de leurs avoirs à l'assurance, qui devient un concept de plus en plus populaire.

Les perspectives de croissance sont particulièrement importantes dans les domaines qui suivent.

1. L'assurance vie

Selon la Picc, « seulement » 350 millions de personnes disposeraient actuellement d'une assurance vie. Le département spécialisé de la Picc est devenu autonome en juin 1992 et s'est érigé en China Life Insurance Co. Ltd. Les primes versées en 1992 ont atteint 14,7 milliards de Rmb (+ 70 % par rapport à l'année précédente). La concurrence, dans ce domaine, émanait dans le passé récent de cinq sociétés spécialisées, implantées à Chengdu, Changsha, Xiamen, Dalian et Shenyang. Depuis novembre 1992, trois autres concurrents ont été autorisés à s'établir à Xiangtan (Hunan), Zhuhai (Guangdong) et Benxi (Liaoning).

2. L'assurance médicale

Une assurance permettant le remboursement des frais médicaux engagés pour les enfants fonctionne à titre expérimental à Shanghai. La prime annuelle par enfant est de 6 Rmb ! Une expérience à peu près similaire est également en cours dans la province du Guangdong.

3. L'assurance contre les calamités naturelles

L'exemple de la branche du Hunan de la Picc est cité en exemple pour l'aide apportée aux paysans ces dernières années à la suite de périodes de sécheresse et d'inondations.

La forte expansion de l'économie devrait également entraîner une rapide progression des assurances dans le domaine automobile (dans 80 % des provinces, l'assurance automobile est obligatoire), mais aussi dans celui du transport maritime, de l'exploitation pétrolière et de l'industrie aérospatiale.

La croissance du commerce extérieur est également de nature à entraîner une rapide progression des mécanismes d'assurance crédit. Le marché de l'immobilier constitue lui aussi pour le secteur de l'assurance un créneau particulièrement porteur.

Enfin, les différents projets de réforme de la Sécurité sociale (assurance retraite, assurance chômage et assurance santé) peuvent également laisser entrevoir des perspectives intéressantes. En effet, en 1994, « seulement » 80 millions de personnes étaient couvertes par une assurance chômage, mise en place par les collectivités locales et indépendante de leurs entreprises. En matière de retraites, des expériences par capitalisation ont démarré à Shanghai et à Shenzhen : à côté de la contribution patronale, les employés abondent un compte personnel à hauteur de 2 à 3 % de leurs salaires (ce taux sera progressivement porté à 8 %). La réforme devrait donc développer les fonds de pension gérés par les sociétés d'assurances.

APPENDUM

Après deux ans de gestation, la nouvelle loi sur l'assurance a finalement été votée par le Congrès national du peuple le 30 juin dernier. Le texte, qui entre en vigueur le 1er octobre 1995, ne réserve pas de grandes surprises aux professionnels du secteur. Il institue comme prévu la séparation des activités d'assurance vie et d'assurance non-vie, avec interdiction pour une société d'exercer dans les deux domaines. La loi implique donc un démembrement de la Picc, qui occupe actuellement 90 % du marché.

En matière de réassurance, une nouvelle société serait créée, à partir du département réassurance de la Picc. Les sociétés d'assurances opérant en Chine auront l'obligation, à compter du 1er octobre 1995, de reverser à cette nouvelle société 20 % des primes collectées (contre 30 % actuellement versées à la Picc).

Bien que le montage ne soit pas encore officiel, une holding Picc pourrait bientôt chapeauter trois sociétés désormais distinctes d'assurance vie, non-vie et réassurance. La restructuration de la Ping an Insurance Company et de la China Pacific Insurance Company, les deux autres principales sociétés d'assurances, devrait suivre celle de la Picc.

La presse chinoise fait par ailleurs état d'une volonté des autorités d'augmenter le nombre d'acteurs présents sur le marché chinois, mais le nouveau texte ne dévoile pas la place qui sera faite aux sociétés étrangères. La réduction à deux ans (contre trois actuellement) de la période requise pour transformer un bureau de représentation en filiale reste cependant dans les intentions du gouvernement. On attend à ce sujet des réglementations complémentaires de la PBOC sur les sociétés d'assurances étangères, ainsi que des textes sur la profession d'agent d'assurance et sur la constitution d'associations de sociétés d'assurances.

La Fédération française des sociétés d'assurances, menée par son président,

Denis Kessler, a opportunément choisi cette période charnière pour une visite officielle à Pékin, à la fin de juillet 1995. Les entretiens avec le maire de Pékin, le vice-gouverneur de la PBOC et le président de la Picc ont porté sur plusieurs projets de coopération en matière de réglementation, d'assistance technique et de formation à l'assurance et à l'actuariat, domaines où l'expérience française devrait être appréciée des assureurs chinois ■

GILLES DUFRESNE*

Le marché de l'assurance EN COREE DU SUD

La présente note a pour objet, dans un premier temps, de présenter le secteur des assurances en Corée du Sud, en termes d'indicateurs économiques, puis, dans un second temps, de répertorier les obstacles auxquels sont confrontées les sociétés étrangères tant au niveau de leur implantation que de leurs conditions d'activité.

I. CARACTÉRISTIQUES DU DEUXIÈME MARCHÉ D'ASIE

En termes de primes brutes locales, la Corée représentait, pour l'exercice 1993, le deuxième marché asiatique.

Par comparaison avec d'autres pays de la région durant cette période, le montant des primes brutes du secteur des assurances en Corée était équivalent à 11 % de celui du Japon, environ quatre fois supérieur à celui de Taïwan et près de neuf fois plus important que celui de la Chine.

En millions de francs	Primes par pays
Japon	1 762 867
Corée	198 509
Taïwan	54 437
Inde	24 757
République populaire de Chine	22 791
Thaïlande	11 712
Malaisie	10 952
Singapour	9 179

Source : FFSA.

1. Le poids de l'assurance dans l'économie coréenne

Le tableau ci-après met en valeur les caractéristiques suivantes :

– l'assurance occupe une place de premier ordre dans l'économie coréenne. Sur le dernier exercice, les primes brutes et les actifs totaux de ce secteur représentaient respectivement 11,6 % et 22 % du PNB ;

* *Attaché commercial, ambassade de France en Corée.*
Les données sont extraites de la dernière compilation statistique de l'Insurance Supervisory Board, organisme de contrôle placé sous la tutelle du ministère des Finances et de l'Économie (Mofe). Ces chiffres concernent l'exercice 1993, commencé le 1er avril 1993 et échu le 31 mars 1994.

– le montant de primes par habitant exprimé en dollars a plus que doublé entre 1988 et 1993 ;

– bien qu'en fléchissement durant 1993 en raison d'une dérégulation des taux d'intérêt qui a joué en défaveur de l'assurance vie, la croissance de ce secteur est extrêmement dynamique.

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
PNB[1]	172,8	211,2	242,2	280,8	305,7	328,7
PNB/habitant[2]	4 127	4 994	5 659	6 498	7 007	7 470
Montant des primes[1]	16,5	21,4	27,4	31,7	36	38,2
Croissance[3]	28	28,3	35,4	22,8	17,9	8,4
Montant des primes/habitant[2]	393	504	639	732	825	866
Actifs totaux[1]	29	38,7	50	59	66	72
Primes/PNB[3]	9,5	10,1	11,3	11,3	11,7	11,6
Actifs/PNB[3]	16,8	18,3	21	21	21,6	22

1. En milliards de dollars.
2. En dollars.
3. En %.

2. Un marché très largement dominé par l'assurance vie

En croissance moins rapide durant l'exercice 1993, l'assurance vie joue cependant un rôle prépondérant dans les assurances en Corée. La répartition des primes entre les deux grands pôles d'activité se faisait à 78 % pour la vie et à 22 % pour le IARD. La répartition des actifs du secteur traduit également cette prééminence de l'assurance vie.

L'assurance vie se caractérise par une sinistralité très forte, inhérente au mode de fonctionnement de ce secteur en Corée. En effet, à l'instar du Japon, l'importance des réseaux de vendeurs d'assurance commissionnés *(sollicitors)* est un facteur déterminant dans la conquête de parts de marché.

Des effectifs de vente pléthoriques caractérisent les sociétés vie en Corée : la première d'entre elles, Samsung Life Insurance, dispose d'une force de vente de 60 000 personnes, composée en grande majorité de femmes.

Le fait que 60 % de l'ensemble des forces de vente des sociétés ait moins d'un an d'ancienneté au sein de ces dernières explique le fort taux de chute des contrats : selon des sources professionnelles, la persistance des contrats après un an serait de moins de 60 % et après deux ans, d'environ 40 %.

1993	Vie	IARD
Montant des primes[1]	29,8	8,4
Total[2]	78	22
Croissance[2]	+ 6,2	+ 17,3
Sinistres versés[1]	24,5	5,3
Sinistres/primes[2]	82	non significatif
Dépenses de fonctionnement[1]	4,5	1,42
Actifs totaux[1]	62	9,8
Personnel administratif	47 634	21 082
Vendeurs *(sollicitors)*	297 489	72 196

1. En milliards de dollars.
2. En %.

Cette situation implique de lourdes charges financières tant au niveau du personnel que des frais financiers liés aux résiliations des contrats, qui grèvent les résultats techniques des sociétés coréennes.

3. L'organisation du secteur

Les assurances, en Corée, sont lourdement encadrées et réglementées. Ce contrôle s'organise de la façon suivante :

– le ministère des Finances et de l'Économie (Mofe) exerce un contrôle absolu sur ce secteur tant au niveau de la réglementation des produits, de l'octroi de licence aux opérateurs étrangers que de la politique à suivre et de l'ouverture de ce secteur aux investissements étrangers, au niveau local comme dans le cadre d'instances multilatérales comme l'OMC ;

– placé sous tutelle du Mofe, l'Insurance Supervisory Board (ISB) est chargé de la mise en œuvre de la politique gouvernementale ainsi que du contrôle effectif de ce secteur. Entre autres tâches, il conduit des audits réguliers sur les sociétés établies localement.

Il se pourrait que l'ISB soit intégré au sein d'un superorgane de contrôle du système financier, le Financial Supervisory Board, également responsable de la supervision des banques et des maisons de titres.

Le segment de l'assurance vie comprend 33 sociétés, dont :

– 6 grandes sociétés dominant le marché, établies depuis trente à quarante ans ;
– 6 sociétés créées à partir de 1987-1988 ;
– 9 sociétés d'envergure provinciale ;
– 7 joint-ventures entre des groupes coréens et des entreprises étrangères ;
– 5 filiales de sociétés étrangères.

17 sociétés sont présentes sur le marché du IARD, à savoir :

– 13 sociétés coréennes ;
– 1 société de réassurance (Kric) ;
– 3 succursales de sociétés étrangères, toutes américaines.

La plupart de ces entreprises sont affiliées à de grands groupes industriels coréens. En effet, dans un environnement financier très réglementé, caractérisé par un contrôle du crédit aux groupes industriels et par un encadrement des taux d'intérêt, les groupes coréens ont conçu les sociétés d'assurances locales comme des « pompes à financement ». Ainsi, en échange d'un volume de contrats considérables passés avec les employés du groupe, la société d'assurances est tenue de concéder des financements à des taux avantageux au groupe auquel elle est reliée, sans considération de l'incidence des charges financières sur le résultat.

S'il perdure, ce schéma est aujourd'hui à nuancer. En effet, la dérégulation graduelle des taux d'intérêt, entamée depuis 1992, comme l'extension des financements externes des groupes coréens tendent à rendre moins déterminante cette vocation de pourvoyeurs de fonds à des taux préférentiels.

Dès lors, les entreprises locales doivent « repenser leur métier », ce qui les conduit à développer une activité plus proche de l'assurance que de la finance.

Pour ce qui concerne la présence étrangère, elle comprend :

Assurance vie (JV ou filiales)		
Sociétés	Création	Actionnariat
Dongbu Aetna (projet de reprise des parts d'Aetna)	1989	Dongbu (49 %) Aetna (51 %)
Tongyang Benefit	1989	DongYang Ciment (51 %) Mutual Benefit (49 %)
Kolon Metropolitan	1989	Kolon (49 %) Metropolitan (51 %)
Coryo Clerical Medical	1989	Coryo (50 %) Clerical Medical (50 %)
Samshin Allstate	1989	Samshin (50 %) Allstate (50 %)
Yoonpoung Manulife	1990	Youngpoong (50 %) Manulife (50 %)
Kohap New York	1991	Kohap/New York Life
Prudential	1989	Prudential
Netherlanden	1991	National Netherlanden
France Life	1991	AGF
Lina	1987	Cigna
Alico	1987	AIG

En IARD, trois succursales :

American Home Insurance	1968	AIG-États-Unis
Cigna	1968	Cigna-États-Unis
Vigilant	1993	Vigilant

4. Le marché vie est encore très largement dominé par les produits d'épargne

Comme le montre le tableau ci-après, en raison des mutations explicitées plus haut, la part des produits de protection en pourcentage de primes enregistrées s'accroît. Toutefois, les produits d'épargne occupent toujours une place prépondérante.

% de primes	Épargne	Protection
1989	97	3
1990	96,7	3,3
1991	95,4	4,6
1992	93,5	6,5
1993	90,3	9,7

Source : Korea Life Insurance Association.

5. Une détérioration du marché de l'assurance dommages liée à une recrudescence des sinistres

Force est de constater une détérioration du ratio mettant en rapport le total des sinistres et les primes nettes de réassurance ; elle s'explique par une recrudes-

cence des sinistres, notamment dans le secteur automobile et dans la couverture de risques industriels (garanties de paiement, de bonne fin...).

Il en découle une aggravation du déficit du résultat technique *(underwriting profit)* de ce secteur.

	1989	1990	1991	1992	1993
Sinistres/primes nettes de réassurance (%)	79,6	79,8	83,8	90,3	93
Résultat technique (en milliards de wons)	– 237	– 250	– 419	– 730	– 931

II. LES OBSTACLES DANS LE DOMAINE DES ASSURANCES EN CORÉE POUR LES INVESTISSEURS ÉTRANGERS

Les obstacles auxquels font face les sociétés d'assurances étrangères en Corée concernent les différentes branches d'activité de ce domaine.

1. Dans le domaine de l'assurance vie

A l'exception de l'acquisition, sous certaines réserves, de leurs locaux professionnels, les sociétés étrangères ne peuvent pas investir dans des actifs immobiliers. Cette restriction constitue une des principales limites au traitement national.

Le recrutement des *sollicitors* est soumis à des règles contraignantes. En effet, les sociétés ayant plus de deux ans d'exercice sont dans l'impossibilité, durant un délai de six mois, de recruter des vendeurs débauchés par des sociétés concurrentes.

Compte tenu des états financiers préoccupants d'une grande partie des 33 sociétés opérant dans le domaine de la vie, et en particulier des sociétés locales et des joint-ventures créées à partir de 1987-1988, le Mofe motive son refus de délivrer de nouvelles licences d'opérateur par la nécessité de restructurer au préalable ce secteur.

Par ailleurs, les sociétés étrangères soupçonnent les sociétés locales, et notamment les six plus importantes d'entre elles, qui occupent une place prépondérante sur le marché, de former un cartel afin d'endiguer toute concurrence étrangère.

2. Dans le domaine de l'assurance dommages

L'établissement d'une société étrangère de dommages est soumis à un examen très rigoureux du Mofe sur la base d'une série de critères bien définis et en fonction de la stabilité et de la demande du marché coréen de l'assurance *(economic need test)*. Cet examen des « besoins économiques » laisse bien entendu toute latitude à ce ministère pour décliner de façon arbitraire l'octroi de licences.

L'établissement sous forme de filiale n'est pas autorisé.

3. Dans le domaine de la réassurance

La réassurance obligatoire auprès de la Korea ReInsurance Company (Kric), réassureur exclusif en Corée, dont toutes les sociétés IARD locales sont actionnaires, a été abolie en 1989.

Aujourd'hui, les sociétés cédantes choisissent librement leurs réassureurs, avec, toutefois, une obligation de cession en priorité aux sociétés nationales, notamment à la Kric.

Cela signifie que les entreprises ne peuvent se réassurer à l'étranger que si elles ont été récusées par les réassureurs locaux en raison de l'insuffisance de leur capacité de rétention.

Selon le calendrier de libéralisation du Mofe, une ouverture totale du marché de la réassurance est envisagée à compter d'avril 1998.

4. Dans le domaine du courtage d'assurance

Le courtage d'assurance est interdit en Corée. Toutefois, depuis avril 1993 (pour le segment non-vie) et avril 1994 (pour le segment vie), un système de double agence autorise les agents à distribuer les produits de deux sociétés différentes.

Un système d'agence indépendante pourrait être instauré à partir de 1996 dans le segment non-vie et, sous réserve, à partir de 1997 dans le segment vie. Ce système permettrait aux agences de distribuer les produits de plusieurs entreprises d'assurances.

5. Plus généralement

Toute innovation en matière de produits d'assurance est soumise à une réglementation très stricte, que ce soit en matière de primes, de conditions générales des contrats (texte du contrat) ou de structures techniques.

Cette situation conduit les sociétés locales à proposer peu ou prou les mêmes produits et services. Dans ce contexte, la conquête de parts de marché dépend de l'étendue des réseaux de distribution.

L'arbitraire règne sur le marché coréen. En effet, alors que certaines sociétés se voient refuser sans motivation véritablement fondée une licence d'opérateur, le Mofe tolère que certaines sociétés, dont les états financiers sont catastrophiques (marge de solvabilité négative après incorporation des frais d'établissement, sous-évaluation des provisions techniques), poursuivent leurs activités.

III. LE DOMAINE DES ASSURANCES FAIT PARTIE DES GRANDS ENJEUX DANS LE CADRE DES NÉGOCIATIONS DE L'OMC

Compte tenu des difficultés précitées tant au niveau de l'implantation que des conditions d'activité, le volet « assurances » constitue un enjeu crucial dans le ca-

dre des négociations « services financiers » à l'OMC. Les requêtes qui, à l'issue de cette analyse, nous semblent revêtir un caractère prioritaire sont les suivantes :

– l'abandon des *economic need test* qui protègent le marché local et, notamment, le segment de l'assurance dommages ;

– la mise en œuvre de réseaux de distribution efficients par le biais de l'instauration d'un système de courtage et d'agents indépendants d'assurance ;

– la levée des barrières discriminatoires en matière d'investissement dans des actifs immobiliers ;

– l'assurance d'une totale liberté en matière de réassurance externe en cassant le droit de préemption de la Kric sur les contrats de réassurance ;

– le respect des critères de solvabilité tout en les ajustant en fonction des montants de réserves de chaque société. Dans l'état actuel des choses, le minimum de fonds propres requis de 10 milliards de wons pénalise les sociétés nouvellement établies tout en restant très largement insuffisant pour les grandes entreprises ;

– la complète libéralisation des procédures d'approbation des nouveaux produits d'assurance ainsi que de leurs conditions techniques ■

JEAN-FRANÇOIS ESTIENNE*

Le marché de l'assurance AU JAPON

Premier marché d'assurance vie au monde et deuxième en dommages, le marché japonais de l'assurance se place, toutes branches confondues, derrière celui des États-Unis. Les informations ci-dessous concernent les sociétés et succursales dont l'activité est supervisée par le ministère des Finances. L'assurance japonaise comprend d'autres organismes exerçant l'activité d'assurance, mais relevant d'autres ministères : il s'agit, entre autres, du Kampo, compagnie d'assurances vie appartenant aux Postes japonaises, et dont les produits sont commercialisés par les guichets postaux, de Zenkyôren, mutuelle vie et dommages relevant du ministère de l'Agriculture, et de Zenrôsai, qui dépend du ministère du Travail.

I. RÉGLEMENTATION ET CONTRÔLE [1]

Du point de vue réglementaire et du contrôle, le marché japonais se caractérise par des textes relativement anciens, en cours de réforme, et par un contrôle aussi pointu que fréquent.

1. La législation

Le texte fondamental, encore en vigueur au début de l'année fiscale 1995, est la loi sur l'activité d'assurance (loi n° 41 du 29 mars 1939), qui dispose notamment, à son article 7, qu'une société ne peut exercer simultanément son activité en assurance vie et en assurance dommages. Ce texte est accompagné d'autres lois relatives :

– aux assureurs étrangers (loi n° 184 du 1er juin 1949), concernant *de facto* les succursales, les sociétés d'assurances à capitaux étrangers mais de droit japonais ;

– au contrôle de la proposition d'opérations d'assurance (loi n° 171, du 15 juillet 1948). En matière de distribution d'assurance, la loi n° 171 dispose dans son article 2 que l'assurance vie doit être distribuée par des producteurs salariés (en assurance vie) et par des agents (en non-vie). La profession de courtier n'a pas pour l'instant d'existence légale au Japon ;

* *Pensionnaire à la Maison franco-japonaise.*

1. *Le présent article est à jour des informations statistiques et des textes disponibles au 31 mars 1995, date de clôture de la dernière année fiscale. La réforme du secteur de l'assurance est évoquée dans cet article, mais nos délais de parution ne permettent pas de prendre en compte la nouvelle loi sur l'exercice de l'activité d'assurance, votée à la Diète japonaise au printemps 1995. Ce nouveau texte, important, pourrait faire l'objet d'une mise à jour ultérieure dans un prochain numéro de « Risques ».*

– aux agences de tarification d'assurance dommages (loi n° 193 du 29 juillet 1949) ;
– aux mutuelles d'assurances des embarcations de faible tonnage (loi n° 177 du 11 mai 1950).

2. Le contrôle

Très formalisé, le contrôle de l'activité d'assurance est exercé d'une manière qui diffère des pratiques existant dans d'autres pays. Objet de demandes pressantes de réforme émanant de la part des assureurs étrangers, ce contrôle pourrait prendre une forme plus écrite. Le système actuel repose sur une relation quasi symbiotique entre contrôlés et contrôleurs (bien que ces derniers soient remplacés tous les deux ans). En principe, les contrôleurs peuvent opérer sur place, mais le contrôle est effectué au ministère des Finances, au Bureau des assurances. Les sociétés ont des cadres dont l'unique mission est de se déplacer pour fournir à la tutelle concernée les informations qu'elle désire se voir communiquer. L'une des conséquences de l'aspect très administratif de ce marché est l'absence de concurrence par les prix et par la définition des produits. La concurrence, vive (bien qu'ordonnée), ne s'exerce que dans le domaine commercial. Enfin, il convient de souligner l'existence d'une « troisième zone », constituée principalement des garanties de personnes (à l'exclusion du décès), où assureurs vie et non-vie, japonais et étrangers présents au Japon, peuvent se mesurer sans grande barrière réglementaire. Dans ces branches, la part de marché des sociétés étrangères, pouvant être considérée plus proche de sa valeur « naturelle » car non administrée, est beaucoup plus importante que les 3 % que ces dernières détiennent de l'ensemble du marché.

3. La réforme du cadre législatif et réglementaire

Sous le double effet d'une pression étrangère et d'une tendance à la convergence des activités financières au Japon (notamment la volonté des assureurs non-vie d'accéder au marché vie), le ministère des Finances a entrepris une vaste réforme (appelée parfois imprudemment « déréglementation ») des textes relatifs à l'assurance relevant de son autorité. Aboutissement d'un long processus de consultations, propositions et de demandes réitérées de certains pays étrangers, la nouvelle loi devrait être votée au printemps 1995. La proposition de loi fait état notamment de dispositions permettant aux assureurs non-vie d'exercer en assurance vie par le biais de filiales et réciproquement (accès croisé), de l'instauration de la profession de courtier, d'une marge de solvabilité, de la fin du traitement spécifique des assureurs étrangers...

II. DONNÉES STATISTIQUES

Pour l'année fiscale 1993 (1er avril 1993-31 mars 1994), au cours de 1 franc = 18 yens.

1. Cotisations brutes

En milliards de francs	1993	Évolution 1993-1992 (en %)
Vie	1688,4	+ 2,2
Dommages	550,3*	+ 6,6
Total	2238,7	+ 3,7
En % du PIB réel	9,5	

*Dont 32,4 % concerne les *tsumitate*, contrats individuels pluriannuels avec composante d'épargne.

2. Évolution du marché de l'assurance vie

La souscription d'affaires nouvelles reprend le chemin de la croissance (+ 1,18 %), pour un montant de garanties de 10 288 milliards de francs. Les revenus financiers des actifs poursuivent leur baisse : – 3,3 % sur l'exercice.

Le résultat en fin d'exercice, appelé « surplus » (car la quasi-totalité des sociétés vie sont des mutuelles), est de 82 milliards de francs, soit une baisse de 26,5 %.

Pour la première fois depuis la Seconde Guerre mondiale, une compagnie d'assurances vie japonaise (de taille moyenne) a connu un résultat déficitaire.

3. Évolution du marché de l'assurance dommages

Les résultats techniques redeviennent positifs : 4,2 milliards de francs, après trois exercices déficitaires, alors que le bénéfice net des sociétés, 6,6 milliards de francs, poursuit sa baisse pour le cinquième exercice consécutif : – 13,8 % par rapport à l'exercice précédent. L'association des assureurs dommages du Japon qualifie elle-même d'« énorme » la baisse de 29,3 milliards de francs du montant des réserves pour risques en cours, soit – 59,6 %. Cette baisse est attribuée à l'arrivée à échéance de très nombreux contrats de type *tsumitate*.

III. CONCENTRATION DU MARCHÉ

C'est là l'une des caractéristiques les plus importantes du marché japonais, qui présente un aspect oligopolistique : en vie et en non-vie, le leader détient près de 20 % du marché. Sachant que le marché japonais représente lui-même 20 % du marché mondial, Nippon Life et Tokio Marine se partagent chacune 4 % du marché mondial, respectivement en vie et en non-vie, soit à elles deux seules l'équivalent de 80 % des primes du marché français. En matière de distribution, Nippon Life à elle seule dispose de près de 100 000 productrices salariées (profession féminisée à 95 %).

Les parts de marché sont relativement figées. En vie, les 6 premières sociétés détiennent les deux tiers du marché ; en dommages, les 5 premières en détiennent un peu plus de la moitié. Cette concentration est souvent dénoncée par la plupart des étrangers, qui stigmatisent la cartellisation d'une partie importante de l'économie japonaise, dont les liens souvent informels (car les liens capitalisti-

ques sont légalement limités) sont très forts entre membres d'un même conglomérat financier et industriel *(keiretsu)*.

Le phénomène de concentration est encore plus accentué chez les assureurs étrangers : deux tiers des 3 % représentant la part de marché des assureurs étrangers sont détenus par le seul groupe AIG.

En 1994, le Japon comptait 30 assureurs vie (dont 3 succursales étrangères) et 55 assureurs non-vie (dont 30 étrangers) ■

Annexes : Statistiques du marché japonais de l'assurance

Structure de l'assurance vie						
Cotisations	Cotisations de l'exercice			Contrats en cours		
	1993	1992	1991	1993	1992	1991
Contrats individuels vie						
Nombre (en milliers)	15 295	14 466	13 673	126 185	122 817	119 938
Montant (en milliards de yens)	152 382	151 157	150 255	1 381 149	1 310 779	1 214 809
Rentes individuelles						
Nombre (en milliers)	2 736	2 591	2 283	12 858	11 021	9 223
Montant (en milliards de yens)	17 196	16 714	14 661	77 378	65 486	53 198
Contrats groupes						
Nombre (en milliers)	8 178	4 595	7 202	97 615	87 528	84 081
Montant (en milliards de yens)	15 606	15 143	19 743	562 655	542 317	519 461
Total						
Nombre (en milliers)	26 209	21 652	23 158	236 658	221 366	213 242
Montant (en milliards de yens)	185 185	183 013	187 513	2 021 182	1 918 582	1 787 467

Structure des actifs en 1993		
	1993 (en milliards de yens)	Part (en %)
Liquidités et dépôts	12 733	7,5
Prêts à court terme	3 278,2	1,9
Liquidités en gestion	6 600,2	3,9
Divers liquidités	116,3	0,1
Titres	70 711,1	41,8
• Obligations d'État	12 243,1	7,2
• Obligations collectivités locales	1 993,1	1,2
• Obligations d'entreprise	8 035	4,8
• Actions	33 070,8	19,6
• Titres étrangers	14 047,2	8,3
• Divers titres	1 321,9	0,8
Prêts	64 167,1	37,9
Immobilier	8 993,1	5,3
Divers	2 523,1	1,5
Total	169 122,1	100

Structure de l'assurance dommages par types de contrats			
Cotisations nettes (en %)	1993	1992	1991
Incendie habitation	13,8	14,3	14,8
Incendie avec épargne	2,9	3	3,2
Maritime	1,4	1,4	1,5
Marchandises	2,1	2,5	2,8
Transport	1	1,1	1,2
Automobile	55,7	54	51,9
Accidents corporels	9,7	9,9	10,4
Accidents corporels avec épargne	3	2,5	2,6
Aviation	0,3	0,3	0,3
Responsabilité civile	3,9	4,1	4
Tous risques véhicules	1,5	1,6	1,6
Tous risques véhicules avec épargne	0	0	0
Accident du travail	1,6	1,8	1,8
Accident du travail avec épargne	0	0	0
Hospitalisation	0,9	1,2	1,6
Hospitalisation avec épargne	0	0	0
Divers	2,2	2,3	2,3
Total 100 % (en milliards de yens)	5 947	5 611,6	5 350,9
Assurance sismique (en milliards de yens)	22,7	20,6	20,7
RC auto (en milliards de yens)	581,9	596,9	620,1
Grand total (en milliards de yens)	6 551,6	6 229	5 991,7

Assurance dommages – Indemnisations			
Indemnisation (en %)	1993	1992	1991
Incendie habitation	11,6	11,4	19,4
Incendie avec épargne	1,5	1,2	2,3
Maritime	2,2	2,8	3,1
Marchandises	2,5	3	3,3
Transport	0,9	1,1	1,1
Automobile	61,3	60,5	53
Accidents corporels	8,1	7,8	6,8
Accidents corporels avec épargne	1	1,2	1,3
Aviation	0,4	0,5	0,6
Responsabilité civile	4,5	4,7	4,1
Tous risques véhicules	2,5	2,4	2
Tous risques véhicules + épargne	0	0	0
Accident du travail	1,2	1,3	1,2
Hospitalisation	0	0	0
Hospitalisation avec épargne	/	/	/
Divers	2,3	2,1	1,8
Total 100 % (en milliards de yens)	3 147,7	3 022,5	3 117,2
Assurance sismique (en milliards de yens)	1,6	0,2	0,1
RC auto (en milliards de yens)	338,5	326,9	315,5
Grand total (en milliards de yens)	3 481,8	3 349,6	3 432,8

DANIEL BUCHETON – DUC COMINH*

Le marché de l'assurance AU VIETNAM

I. L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE, JURIDIQUE ET FINANCIER DU VIETNAM

Le Vietnam, avec ses 75 millions d'habitants, évolue depuis 1988 vers une économie de marché. Le revenu par habitant est encore évalué à moins de 300 dollars par an.

Depuis l'adoption, en 1988, d'un Code des investissements étrangers d'inspiration libérale, amendé à trois reprises, 9,8 milliards de dollars d'investissements étrangers ont été agréés par le gouvernement. Ceux qui proviennent de Taïwan et de Hongkong arrivent de loin en tête, avec un total de plus de 3 milliards de dollars investis.

Depuis la levée de l'embargo économique américain, en février 1994, 1,5 milliard de dollars d'investissements étrangers ont été agréés par le Comité d'État pour la coopération et les investissements (Ceci).

L'économie vietnamienne a connu depuis 1992 une forte croissance : 7,5 % en 1992 ; 8,2 % en 1993 ; plus de 9 % en 1994, et une prévision de 12 % en 1995 (données fournies par la Banque asiatique de développement). L'estimation de 1995 sera dépassée, car la production intérieure brute a déjà crû de 10 % au premier semestre.

Importateur de riz jusqu'en 1986, le Vietnam est, depuis 1989, le troisième exportateur mondial, derrière les États-Unis et la Thaïlande, avec près de 2 millions de tonnes en moyenne ; sur ce total, la proportion de riz de première qualité est passée de 30 à 80 % en cinq ans.

La transition vers l'économie de marché s'est traduite par de nombreux autres résultats positifs dans le domaine économique :

– la maîtrise de l'inflation (775 % en 1986 ; 400 % en 1988 ; 67,5 % en 1991 ; 17,2 % en 1992 ; 5,2 % en 1993 et 12 % en 1994) ;

– la stabilité du dông (monnaie vietnamienne) par rapport au dollar depuis 1992.

Par ailleurs, la croissance économique s'accompagne d'un boom de la consommation, notamment de motocyclettes et de voitures.

Sur le plan juridique, le pays se dote peu à peu du cadre nécessaire.

* *Adjoint au secrétaire général de la Commission de contrôle des assurances. Conseiller à la FFSA, chargé de la coopération avec les pays d'Asie, professeur à l'école supérieure de commerce d'Arras.*

– une nouvelle loi foncière prévoit un statut de quasi-propriétaire pour les exploitants et autorise un particulier à apporter au capital d'une coentreprise son droit d'utilisation des terres ;
– la loi sur la faillite a été adoptée en décembre 1993 ;
– des lois fiscales ont été amendées ;
– des tribunaux économiques ont été mis en place en juillet 1994 ;
– le Code du commerce et le Code civil sont en cours d'élaboration.

Malgré de gros progrès dans la mise en place d'un État de droit, les investisseurs étrangers se heurtent encore à des obstacles considérables : multiplicité de règlements parfois contradictoires, prix prohibitifs des logements, absence de marché financier, déficit budgétaire croissant, système bancaire peu rodé. En outre, le système judiciaire n'offre pas encore les garanties d'efficacité et d'indépendance requises.

II. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'INDUSTRIE D'ASSURANCE VIETNAMIENNE

L'histoire de l'assurance au Vietnam est liée à l'évolution politique du pays. Entre 1949 et 1954, l'industrie de l'assurance est dominée par les sociétés françaises. Après les accords de Genève en 1954 et jusqu'en 1975, le rôle des sociétés vietnamiennes et des pays étrangers (Royaume-Uni et États-Unis notamment) se développe au Sud-Vietnam dans une économie de marché, avec au total plus de 40 entreprises d'assurances et 10 sociétés de courtage. De son côté, à partir de 1965, le Nord-Vietnam met en place un système d'assurance au sein d'une économie centralisée, avec la création de la société d'État Baoviet, tournée principalement vers l'assurance maritime.

A partir de 1975, date de la réunification du Vietnam, et jusqu'en 1992, le marché de l'assurance devient un monopole de l'État avec une société unique : Baoviet, qui représente en même temps l'autorité de tutelle élaborant les textes sur l'assurance.

Aucune société étrangère ne pouvait donc pratiquer l'assurance au Vietnam. Un premier pas a été franchi en janvier 1992, lors de la séparation de l'autorité de tutelle et de la société d'État : quelques cadres issus de Baoviet rejoignent le ministère des Finances pour constituer le premier embryon de la division des assurances. Baoviet n'a pas encore le statut de société par actions et est souvent considérée comme un simple département du ministère des Finances. Elle est donc de fait quasiment investie d'une mission de service public.

Les agents économiques opérant au Vietnam qui sont en contact avec les marchés étrangers ne se privent pas de faire appel à des assureurs étrangers pour couvrir certains risques qui échappent ainsi au marché vietnamien de l'assurance, au détriment du développement du pays. C'est pourquoi le gouvernement vietnamien a décidé d'organiser un marché pluraliste de l'assurance et demandé au ministère des Finances d'élaborer un projet de loi.

En janvier 1994, le marché s'est entrouvert, avec, dans un premier temps, l'implantation des bureaux de représentation des sociétés étrangères, l'autorisation des joint-ventures, la création d'une Société nationale de réassurance et d'une société locale, Bao Minh.

A ce jour, 16 sociétés et courtiers étrangers ont ouvert leurs bureaux de représentation conformément au droit commun des entreprises étrangères. Ces opérateurs se répartissent par origine géographique de la façon suivante :

– Allemagne (Allianz) ;
– Canada (Manufacturers Life Insurance Company) ;
– États-Unis d'Amérique (Americain International Group) ;
– France (AGF, Gan, Gras Savoye) ;
– Grande-Bretagne (Prudential Corporation, Sedgwick Group) ;
– Hongkong (Heath Hudig Langeveld Group Limited) ;
– Japon (Dowa Fire and Marine Insurance Co., Mitsui Marine and Fire Insurance Co., Sumi to mo Fire and Marine Insurance Co., Tokyo Marine and Fire Insurance Co., Yasuda Fire and Marine Insurance Co.) ;
– Singapour (Asia Insurance Company Limited ; Jardine Insurance Service Limited).

Par ailleurs, un joint-venture en courtage, Inchinbrok, a été constitué entre Bain Clarkson et la société Baoviet.

Pour développer ce marché pluraliste, un projet de décret autorisant des joint-ventures entre les sociétés vietnamiennes et les sociétés étrangères est en cours d'élaboration.

Ce n'est qu'après une période d'expérimentation du fonctionnement de ces différentes sociétés que l'État vietnamien auroriserait l'implantation de succursales étrangères.

Pour faire face à cette ouverture du marché, la société Baoviet commence, à partir de 1989, à établir 54 succursales dans les villes de plus de 200 000 habitants. Toutefois, la maison mère Baoviet, basée à Hanoi, conserve l'exclusivité des opérations de réassurance.

La succursale Baoviet de Hô Chi Minh-Ville, la plus importante, avec plus de 15 % du chiffre d'affaires total, est devenue depuis octobre 1994 une entreprise distincte.

Évolution du chiffre d'affaires en millions de dollars de chaque type d'assurance

Type d'assurance	1990	1991	1992	1993
Assurance des marchandises transportées	7,5	7,3	7,9	10,4
Assurance maritime	2,7	4,8	5,4	6,5
Assurance de personnes	1,1	2,5	5,3	7
Assurance automobile	0,8	1,5	5	6,9
Assurance de transport aérien	0,9	2	3	2,7

En assurance incendie, les besoins des entreprises sont importants, bien que le chiffre d'affaires, en 1993, ne représente que 4,3 % du total. La tendance est à un développement très rapide, avec une augmentation en 1994 de plus de 73,7 %.

Assurance des produits pétroliers : en 1993, le chiffre d'affaires représente 15,6 %, mais les prévisions 1994 montrent que la hausse est de l'ordre de 115 %.

Autres assurances : avec le lancement des produits d'assurance de personnes, Baoviet espère un fort développement en 1995.

Le chiffre d'affaires (montant total des cotisations) et le bénéfice après impôt de Baoviet sont représentés dans le tableau ci-après :

Année	Chiffre d'affaires (en millions de dollars)	Bénéfice après impôt (en millions de dollars)
1991	19,9	0,85
1992	30,6	1
1993	45,8	2
Prévision 1994	70	3,5

En 1993, 20 % seulement des 3 millions de motocyclettes sont assurés par Baoviet. La société Baoviet a établi :

– en assurance maritime, des accords de partenariat avec le consortium Lloyd's et le Cesam de France ;

– en réassurance et en coassurance, des accords de partenariat avec des réassureurs (Scor, AGF, Munich Réassurance, etc.) et des courtiers (Sedgwick Forbes, Willis Faber, Bain Clarkson, etc.).

Le gouvernement vietnamien a décidé en 1994 de mettre en place un système de protection sociale en confiant à Baoviet la tâche d'étudier de futurs produits d'assurance de personnes.

Baoviet propose, depuis janvier 1995, deux produits nouveaux : assurances mixtes (vie et décès) et rentes scolaires.

Selon Baoviet, le marché de l'assurance vie pourrait connaître un développement rapide d'abord auprès des fonctionnaires, de l'État puis auprès des autres particuliers.

III. LE CADRE JURIDIQUE DE L'ASSURANCE VIETNAMIENNE

Un projet de loi sur l'assurance est à l'étude depuis plusieurs années au ministère des Finances. Il a été soumis pour avis aux autres ministères concernés et aux services de l'Assemblée nationale.

Le texte se heurte encore à des oppositions, si bien que son examen par l'Assemblée est encore retardé. C'est pourquoi le ministère des Finances a rédigé un décret et deux circulaires d'application (décret du 18 décembre 1993 et circulaires du 30 mai 1994). En fait, ces textes constituent une fraction importante du futur Code des assurances. La partie qui fait le plus défaut est le droit du contrat.

Comme cela est compréhensible dans un marché qui ne fait que s'entrouvrir, les dispositions retenues par le ministère ne sont guère libérales : conditions rigoureuses pour les agréments, visa des contrats et approbation des tarifs, méfiance à l'égard des sociétés qui doivent faire un dépôt bancaire, cessions légales

à une entreprise nationale de réassurance, conditions peu favorables aux assureurs étrangers, quelle que soit la forme de leur investissement.

Des problèmes d'interprétation surgiront pour l'application des règles de solvabilité, de calcul des provisions techniques (fondées sur des méthodes très forfaitaires) et en raison de l'absence de règles comptables précises adaptées à l'assurance.

Il semble que le gouvernement vietnamien conserve toute latitude pour l'ouverture du marché et qu'il souhaite procéder lentement et par étapes ■

NICOLAS BURGARD*

Le marché de l'assurance EN AUSTRALIE

En volume de cotisations, l'Australie est le dixième marché mondial en assurance de dommages, et le onzième en assurance vie. Le chiffre d'affaires des assureurs australiens atteignait 20 256 millions de dollars américains en 1993 (environ 120 milliards de francs). Le montant total des actifs financiers détenus par les investisseurs institutionnels, les entreprises et les ménages était évalué, en 1993, à 805 milliards de dollars australiens (3 220 milliards de francs), dont environ 240 milliards (960 milliards de francs), quelque 30 %, gérés par le secteur de l'assurance et des fonds de retraite. La part du marché national détenue par les entreprises étrangères est assez élevée, puisqu'elle atteint environ 30 % en assurance vie (avant le rachat de NMLA, deuxième société d'assurances vie australienne, par le groupe Axa) et 40 % en assurance de dommages.

	1990		1991		1992		1993	
	Vie	Non-vie	Vie	Non-vie	Vie	Non-vie	Vie	Non-vie
Cotisations brutes (millions de USD)	11 494	10 663	10 724	10 448	10 544	9 096	10 471	9 785
Part de marché mondiale (%)	1,63	1,64	1,44	1,56	1,37	1,30	1,04	1,24
Densité d'assurance (USD)	672,6	623,9	618,5	602,5	601,5	518,9	529,9	554,1
Pénétration de l'assurance (%)	3,9	3,6	3,7	3,6	3,9	3,3	3,7	3,5
Taux de rétention (%)	100,0	82,06	100,0	80,07	100,0	78,98	90,4	83,72
Taux de réassurance acceptée (%)	nd	11,49	nd	13,98	nd	17,94	0,3	11,84

Source : Sigma et OCDE. Densité d'assurance : cotisations brutes directes/population. Pénétration de l'assurance : cotisations brutes directes/PIB. Taux de rétention : cotisations nettes émises/total des cotisations brutes. Taux de réassurance acceptée : réassurance acceptée/total des cotisations brutes.

Les cotisations d'assurance collectées par les assureurs français représentent à ce jour un montant modeste (548 millions de francs en 1994). Mais la prise de contrôle de National Mutual par le groupe Axa va radicalement changer la situation dès l'année 1995.

I. PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION

En Australie, les responsabilités en matière de réglementation des différents secteurs du système financier sont réparties entre les autorités fédérales et celles des États. La Constitution confère au gouvernement fédéral le pouvoir direct de légiférer en matière d'assurance autre que celle des États, sauf lorsque ce pouvoir dépasse les limites de l'État concerné (art. 51 XIV).

* *Chargé d'études, FFSA.*

Le gouvernement australien a créé l'Insurance and Superannuation Commission (ISC) en 1987 en vue de regrouper au sein d'une même instance les responsabilités du gouvernement fédéral en matière de contrôle de l'assurance vie, de l'assurance de dommages et de l'assurance retraite. L'ISC, dirigée par l'Insurance Superannuation Commissioner, est composée de trois départements chargés respectivement du contrôle des secteurs des retraites, de l'assurance vie, de l'assurance de dommages, des entreprises du secteur, et des questions actuarielles, juridiques et de politique générale (département placé sous l'autorité de l'actuaire du gouvernement australien). L'ISC fixe et contrôle les critères en matière de solvabilité des entreprises d'assurances vie et dommages et la gestion des caisses de retraite.

Les opérations d'assurance dommages et vie ne peuvent être réalisées, en Australie, que par des entreprises distinctes ayant reçu, en vertu de l'Insurance Act de 1973 ou du Life Insurance Act de 1945, l'agrément de l'ISC. L'assurance santé, explicitement incluse dans l'Insurance Act de 1973, se trouve réglementée par un autre organe fédéral : la Commission pour l'assurance santé.

Si l'on considère l'état des négociations sur les services financiers dans le cadre de la mise en place de l'OMC (Organisation mondiale du commerce), l'offre australienne a fait l'objet d'amélioration dans les derniers mois et l'offre définitive incluse dans l'accord sur les services financiers conclu à Genève le 28 juillet 1995 reflète une tendance à l'élimination des obstacles à l'entrée sur le marché.

Les opérations de distribution des produits d'assurance sont régies par l'Insurance (agents and brokers) Act de 1984, amendé en 1989 et 1993. Cette loi a pour but de protéger les assurés contre la négligence, la défaillance ou la mauvaise conduite professionnelle d'un agent ou d'un courtier. Les amendements apportés à la loi en 1993 ont relevé le niveau de protection offert aux assurés dans leurs transactions avec les intermédiaires.

Les intérêts des titulaires de contrats ne sont pas garantis par le gouvernement, pas plus que l'ISC n'intervient dans la fixation des taux de cotisations, dans l'établissement des clauses des contrats ni dans les décisions des entreprises en général. Mais, en 1993, le gouvernement fédéral a annoncé que des codes de déontologie seraient élaborés pour réglementer les secteurs de l'assurance vie et de l'assurance de dommages et se verraient conférer un caractère contraignant. La responsabilité première de la mise en œuvre et du suivi des codes reviendra aux entreprises elles-mêmes, l'ISC se voyant toutefois confier des responsabilités en matière de contrôle et de suivi de leur application. S'agissant des activités d'assurance vie, le code a été publié le 3 août 1995.

D'une façon générale, les revenus financiers des sociétés d'assurances vie sont imposés à 39 % pour ce qui concerne les contrats classiques, et à 15 % s'agissant des affaires liées aux contrats retraites. Les sociétés d'assurances non-vie sont imposées sur la base des dispositions générales du Tax Act, même si les méthodes de calcul de la valeur imposable des revenus financiers des assureurs de dommages diffèrent sensiblement par rapport aux autres contribuables.

II. ASSURANCE VIE

1. Structure du marché

En 1994, on dénombrait 51 entreprises d'assurances vie inscrites conformément au Life Insurance Act.

Le secteur de l'assurance vie a toujours été dominé en Australie par de grandes sociétés mutuelles commercialisant leurs produits par l'intermédiaire de réseaux d'agents liés. Aujourd'hui, les plus grandes entreprises d'assurances vie sont trois mutuelles, AMP (Australian Mutual Provident Society), NMLA (National Mutual Life Association of Australasia Ltd) et CML (Colonial Mutual Life Insurance Society Ltd). En termes de concentration, les cinq premières entreprises représentaient 64 % des actifs du secteur en 1993, et les dix premières, 80 % ; les 20 % restants étant répartis entre 42 sociétés. A noter que, le 8 août 1995, les sociétaires de NMLA se sont prononcés pour la démutualisation de leur société ; opération à l'issue de laquelle NMLA sera transformée en une holding (National Mutual Holding) dans laquelle le groupe Axa détiendra 51 % du capital et 40 % des droits de vote.

Sociétés	Total des actifs (en millions de dollars australiens)	Part de marché affaires nouvelles*	
		1992 (en %)	1989 (en %)
AMP	37 045	16,8	22,9
NMLA	16 947	9,9	25,9
CML	8 724	2,4	7,5

*Y compris « rentes ».
Source : Standard & Poor's.

Au cours des dix dernières années, les groupements bancaires ont constitué des filiales ayant conquis plus de 10 % du marché (Commonwealth Life, ANZ Life, Citicorp Life, pour ne citer que les plus importantes) essentiellement en vendant des produits à cotisation unique par l'intermédiaire de leur réseau de succursales et par publipostage direct. En outre, un certain nombre de banques ont noué des alliances stratégiques avec des entreprises d'assurances vie pour commercialiser leurs produits par l'intermédiaire de succursales bancaires.

Le reste du secteur est constitué de sociétés privées (non mutuelles, non publiques, et non filiales de banques, comme MLC Life Ltd ou Prudential Insurance) et d'entreprises d'assurances et de mutuelles relevant des autorités de tutelle des États (et n'étant donc pas soumises à la tutelle de l'ISC).

La participation directe des États (l'Australie étant un État fédéral) dans les opérations d'assurance vie a diminué au cours des dernières années avec la privatisation par l'État de Nouvelle-Galles du Sud de sa division des assurances (GIO Australia), la vente des activités d'assurance vie de la division des assurances de l'État d'Australie-Occidentale au secteur privé, et la vente des activités d'assurance vie de la division des assurances de l'État de Victoria à GIO Australia.

2. Types d'opérations réalisées

Les entreprises d'assurances vie proposent aux Australiens des produits d'épargne et des contrats d'assurance couvrant les risques décès et invalidité. Elles jouent un rôle primordial dans le secteur des retraites dans la mesure où elles commercialisent des plans de retraite individuels et gèrent le patrimoine et le fonctionnement des caisses de retraite.

L'essentiel des opérations vie est actuellement souscrit sous forme de contrats à prime unique tels que les contrats de placement et les rentes différées. Cela tient à divers facteurs tels que le développement des produits à prime unique à faible coût ou la prise de conscience de la part des consommateurs des charges et coûts liés au contrat (ceux-ci tendant à être plus élevés pour les contrats à primes périodiques). Dans la catégorie des cotisations annuelles, les contrats de retraite liés à des investissements constituent le premier type d'opérations avec 70 % des cotisations.

Avec 60 % des cotisations « primes annuelles » et 50 % des cotisations « primes uniques », les agents généraux exclusifs représentent la forme de distribution dominante des produits d'assurance vie dans le pays. Cette part tend toutefois à diminuer aujourd'hui au profit de larges réseaux de distribution constitués d'agents généraux exclusifs, d'agents plurimandataires, de conseillers financiers et des réseaux d'institutions financières.

3. Cadre réglementaire

Les activités d'assurance vie sont régies par le Life Insurance Act de 1945 et par les règlements d'application y afférents et relèvent de l'ISC. Le dispositif législatif est complété par les circulaires, diffusées régulièrement par l'ISC, qui fournissent des directives sur l'application de dispositions particulières aux pratiques du secteur, et, bien que n'ayant pas force de loi, elles sont généralement bien respectées dans la pratique.

Le système de contrôle de l'ISC se fonde sur l'analyse des renseignements fournis par les entreprises d'assurances vie dans les déclarations qu'elles produisent régulièrement à cet organisme. Ce contrôle est complété par des inspections régulièrement effectuées par le personnel de l'ISC dans les locaux des entreprises.

Le capital minimal pour pratiquer l'assurance vie s'élève aujourd'hui à 10 millions de dollars australiens (41,4 millions de francs), contre 2 millions précédemment, avec en plus un fonds de garantie de 5 millions de dollars australiens (20,7 millions de francs). Les assureurs existants doivent se mettre en conformité avec ces règles d'ici à 1996. A noter aussi l'adoption de nouvelles normes comptables, et de règles plus strictes s'agissant des normes de solvabilité, qui nécessitent pour un certain nombre de sociétés existantes un renforcement (interne ou externe) de leurs moyens financiers (cas de NMLA).

Au cours des années 1992-1993, l'idée a été émise de renforcer les règles applicables à la vente des produits d'assurance vie s'agissant notamment de l'informa-

tion des clients. Après deux ans d'études, le nouveau Code de conduite (Code of Practice) en assurance vie, publié le 3 août 1995, entend renforcer la transparence des opérations de distribution de l'assurance vie et améliorer l'information des clients. Le code comporte notamment des critères minimaux en matière de règlement des litiges au sein de l'entreprise, et des obligations minimales pour le contrôle de la sélection, de la formation, de la compétence et de la conduite professionnelle des agents. Il est par ailleurs prévu un système d'immatriculation desdits agents. La partie du code touchant le traitement des litiges et des plaintes est applicable à compter du 1er septembre 1995 et concerne les contrats en vigueur à cette date. Le reste des dispositions prévues par le code devra être mis en pratique à compter du 1er janvier 1996 ; ces dispositions s'appliqueront aux contrats souscrits après cette date.

4. Situation actuelle du marché et tendances

Après plusieurs années d'expansion et de croissance rapide des ventes au cours des années 1980, trois facteurs essentiels ont contribué au ralentissement de la croissance des actifs pendant la période 1992/1993 :

– le haut niveau de décaissement au titre des retraites, lié à la réduction des dépenses et à un taux élevé de rachat et d'interruption des contrats ;

– un ralentissement de la croissance des ventes, dû notamment à de mauvaises perspectives économiques ;

– des résultats médiocres dans tous les grands secteurs d'investissements (immobilier, actions, obligations).

L'année 1994 ne devrait pas apporter de grands changements à cette situation : résultats financiers médiocres et augmentation des demandes de rachats des contrats d'assurance vie au profit de nouveaux placements auprès d'institutions financières.

Les entreprises d'assurances vie sont généralement libres, tant qu'elles satisfont aux critères de solvabilité et de fonds propres, d'investir leurs fonds comme elles l'entendent. Toutefois, tout investissement dans des sociétés liées, ou tout investissement excédant 5 % du montant du compte séparé dans les fonds en fiducie, ne peut être effectué sans l'accord de l'Insurance and Superannuation Commissioner.

Encours des placements des sociétés d'assurance vie (en millions de dollars australiens)				
	1991	%	1992	%
Actions	35 423	32,4	35 574	31,6
Obligations	21 457	19,6	25 513	22,7
Immobilier	12 320	11,2	11 404	10,1
Prêts autres qu'hypothécaires	6 221	5,7	6 028	5,4
Autres placements	34 000	31,1	33 992	30,2
Total	109 421	100	112 511	100

III. ASSURANCE DE DOMMAGES

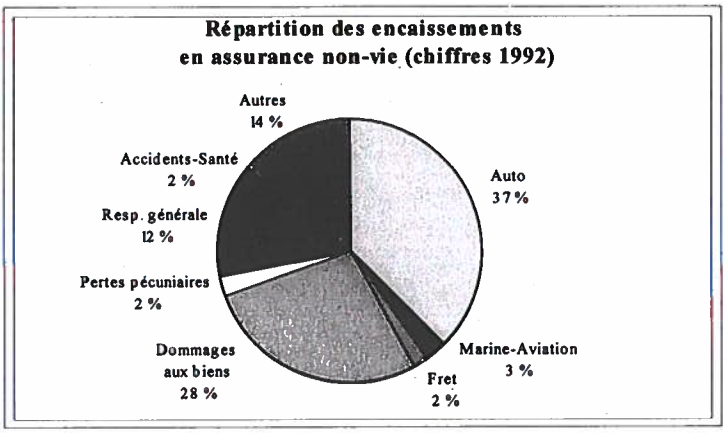
1. Structure du marché

A la fin de l'année 1994, on dénombrait quelque 85 groupes d'assurances détenant un agrément pour 160 entreprises distinctes (dont 26 réassureurs professionnels) constituées en vertu de l'Insurance Act de 1973.

Les médiocres résultats, enregistrés depuis quelques années, en matière de rentabilité, de souscription et de rendement du capital ont provoqué une restructuration rigoureuse du secteur. Il en est résulté une diminution du nombre des entreprises (de 400 dans les années 70 à moins de 200 aujourd'hui). Par ailleurs, les grandes entreprises ont vu leur taille s'accroître. Les dix premières entreprises d'assurances dommages représentent à l'heure actuelle plus de 50 % des cotisations du secteur privé, et la tendance est à une accélération de cette concentration.

2. Types de produits fournis

Les types de produits les plus courants achetés par les ménages en Australie sont les contrats d'assurance véhicules à moteur (assurance obligatoire sur tout le territoire), les contrats habitation et mobilier, et les contrats incendie.



Source : OCDE.

Au nombre de 933, les courtiers d'assurance, dont près de la moitié sont d'origine étrangère, constituent un élément très important (40 % de l'ensemble des affaires) du système de distribution de l'assurance dommages.

3. Cadre réglementaire

Les fonctions de surveillance du secteur de l'assurance de dommages sont conférées à l'ISC par différents textes dont le principal est l'Insurance Act de 1973. Cette loi constitue la législation primaire sur laquelle est fondé le contrôle des entreprises d'assurances de dommages en Australie. La loi met en place un sys-

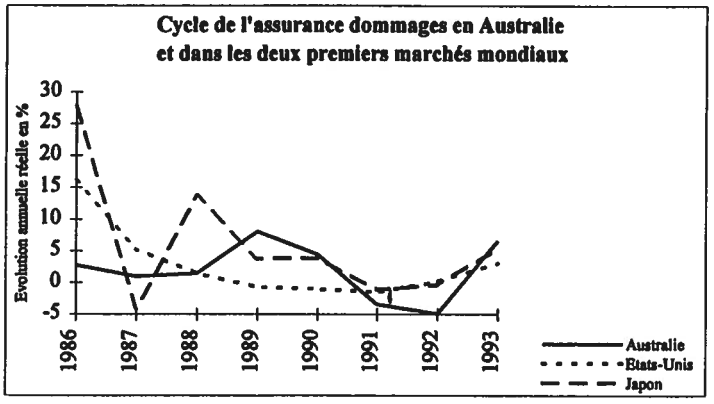
tème d'agréments et de contrôle des entreprises d'assurances par l'ISC. Elle vise aussi à garantir la régularité des entrées et sorties dans le secteur de l'assurance dommages et fixe des règles prudentielles auxquelles les entreprises doivent se confirmer.

Pour être autorisée à effectuer des opérations d'assurance dommages en Australie, une entreprise doit d'abord satisfaire à un certain nombre de critères financiers et d'exigence de fonds propres. Elle doit disposer d'un capital versé d'au moins 2 millions de dollars australiens (8,3 millions de francs), et d'un actif dépassant le passif de 2 millions de dollars australiens, ou de 20 % des encaissements de primes, ou de 15 % des sinistres en cours, si l'un de ces pourcentages représente un montant plus élevé ; ces critères constituant la marge de solvabilité minimale.

L'application des dispositions de l'Insurance Act relatives à la solvabilité et à la réassurance est contrôlée par le biais de la présentation à l'ISC par les entreprises d'un rapport annuel complet soumis à vérification et de déclarations trimestrielles. L'ISC examine ces données financières avec chaque assureur, le secteur et les organisations de consommateurs en ce qui concerne les questions prudentielles. Le coût du contrôle exercé par l'ISC sur le secteur est financé par des prélèvements imposés par les lois en vigueur : 13 000 dollars américains (environ 70 000 francs) annuels pour l'exercice fiscal 1993-1994.

4. Situation actuelle du marché et tendances

Après plusieurs années difficiles, les conditions du marché se sont améliorées pour les assureurs de dommages australiens au cours de l'année 1994. S'agissant des dommages aux biens, il y a eu retour à de meilleurs résultats techniques mais, comme les résultats financiers ont été médiocres, les résultats globaux restent négatifs. Le marché de la responsabilité civile générale demeure très concurrentiel, avec une capacité aisément disponible et un large champ de couverture ; exception faite des risques pollution, qui sont abordés avec grande attention par les



Source : Sigma.

assureurs. Comme la reprise économique générale se poursuit, les chantiers privés ou publics se sont développés dans le pays et les assureurs opérant dans le domaine de l'assurance construction connaissent donc un accroissement global du volume de leurs affaires. En revanche, les conditions de souscription pour la responsabilité civile obligatoire auto et multirisque habitation demeurent difficiles, dans un marché très compétitif.

Malgré la concurrence et le faible niveau général de rendement des fonds propres, le secteur a conservé une marge de solvabilité relativement saine. Le fait que de nombreux assureurs aient aujourd'hui renforcé leur niveau de solvabilité a sans doute ralenti le processus de restructuration et constitué une sorte d'élément régulateur pour faire face aux pertes sérieuses et aux rendements médiocres qui ont marqué le secteur à la fin des années 80 et au début des années 90.

Plus récemment, la faible rentabilité des capitaux investis dans l'assurance a été provoquée par une diminution des revenus financiers des placements (en particulier du fait de la récession et de la chute des valeurs immobilières), une réduction des renouvellements de contrats et une recrudescence de la fraude en matière d'assurance.

La hausse constatée sur le marché des actions et la reprise économique devraient toutefois contribuer à améliorer les résultats en termes de revenus ■

Encours des placements des sociétés d'assurances de dommages (en millions de dollars australiens)

	1992	%	1993	%
Obligations	8 342	47,7	11 585	34,9
Actions	4 294	24,6	5 571	16,8
Prêts autres qu'hypothécaires	1 966	11,2	1 116	3,4
Immobilier	962	5,5	1 081	3,2
Autres placements	1 923	11,0	13 821	41,7
Total	17 487	100	33 174	100

PATRICK WARIN*

Le marché de l'assurance EN AFRIQUE DU SUD

Un bref rappel de la situation économique et de la couverture sociale dans la République sud-africaine permet de resituer l'industrie de l'assurance dans son contexte.

I. RAPPEL DE LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE EN AFRIQUE DU SUD

1. Principaux indicateurs socio-économiques (chiffres 1993)[1]

Population : 41 millions d'habitants.
Population urbaine : 49 %.
PIB/hab. : 2 800 dollars.
Inflation : 9,7 % (après une légère diminution en 1994 [8 %], les prévisions sont de nouveau de 9,5 % pour 1995).
Dette extérieure : 15,1 % du PIB.
Épargne des ménages : 16,5 % du PIB au 1er semestre 1994.
Taux de chômage : 29 %.
Espérance de vie à la naissance : 64 ans.

2. Situation économique de l'Afrique du Sud[2]

L'économie sud-africaine connaît actuellement un renouveau, dû en grande partie à la naissance, en 1994, après quarante-six ans de régime d'apartheid, d'un régime politique d'unité nationale fondé sur des principes démocratiques.

Outre l'assainissement politique, plusieurs facteurs ont contribué à la reprise économique : les conditions climatiques ont favorisé la production agricole depuis deux ans, et le cycle du cours des matières premières est entré dans une phase ascendante. Enfin l'inflation, très forte depuis vingt ans, s'est nettement ralentie.

L'Afrique du Sud bénéficie d'infrastructures dignes d'un pays du G 7. Toutefois, quelques ombres subsistent au tableau, en raison de la précarité du tissu social, affecté par dix années de crise économique et par la difficulté de gérer certaines exigences en matière de création d'emplois et de dépenses sociales.

* *Membre du directoire et directeur des assurances collectives de la CNP.*

Le programme de reconstruction et de développement (RDP) comporte un projet de refonte fiscale prévoyant une progressivité accrue de l'impôt sur le revenu et de l'impôt sur la fortune, ainsi que de nouvelles taxes sur les revenus des capitaux. Le développement du secteur de la santé est aussi prioritaire.

Le gouvernement encourage vivement les investissements étrangers pour relancer l'activité économique. Les milieux d'affaires anglo-saxons ont déjà entrepris de se placer. Dans une moindre mesure, la France s'est mobilisée.

Euromoney a classé l'Afrique du Sud au quarante-neuvième rang des risques-pays. Avec une capitalisation boursière de 217 milliards de dollars, la place de Johannesburg occupe le douzième rang mondial.

3. La couverture sociale en Afrique du Sud[3]

Il n'y a pas de système général de Sécurité sociale ni de retraite par répartition en Afrique du Sud. Seule existe une couverture de certains risques pour les travailleurs dont le salaire est inférieur à une somme définie dans le Worksmen Compensation Act et l'Unemployment Insurance Act.

- *Les retraites*

Une pension minimale, financée par les impôts, est versée aux individus les plus défavorisés. Les travailleurs sont couverts par leur entreprise. Chaque entreprise a sa propre caisse de retraite, qu'elle gère elle-même ou qu'elle fait gérer par une société d'assurances. Les caisses de retraite sont réglementées par le Pension Funds Act de 1956. L'affiliation est automatique, et les cotisations sont versées à 50-50 par l'employeur et le salarié. La cotisation du salarié représente environ 5 % de son salaire brut.

- *L'assurance chômage*

Une assurance financée par des subventions de l'État et un prélèvement obligatoire sur les salaires (0,9 % par les salariés et 0,9 % par les employeurs) est destinée aux chômeurs de longue durée dont les revenus n'atteignent pas un plafond de ressources.

- *La santé et les soins médicaux*

Les assurances médicales sont fournies par la plupart des entreprises. Elles prennent la forme de contrats d'assurance, ou plus souvent d'affiliation à un fonds médical à but non lucratif (Medical Aid) alimenté par une cotisation versée à parts égales par le salarié et l'employeur et fixée en fonction d'un barème progressif, déterminé selon le revenu et le nombre de personnes à charge.

- *Les indemnités de maladie et d'accidents du travail*

L'employeur est tenu de verser la totalité de son salaire à un salarié malade, mais la durée de l'indemnisation est limitée à dix jours. Les salariés victimes

d'accidents du travail (blessure ou décès) sont couverts par le Worksmen's Compensation Act. Les cotisations à la charge de l'employeur varient en fonction du risque existant dans chaque secteur de l'industrie.

II. L'INDUSTRIE DE L'ASSURANCE EN AFRIQUE DU SUD

1. Caractéristiques générales

■ *La réglementation*

Le secteur de l'assurance en Afrique du Sud est régi par un ensemble de textes :
– la loi sur les assurances de 1943 (Insurance Act 27) ;
– des lois rectificatives relatives à l'assurance (Insurance Amendment Acts) et aux institutions financières (Financial Institutions Amendment Acts).

Toutefois, ce secteur est fortement influencé par les pratiques anglo-saxonnes, tant en termes de principes juridiques que de fonctionnement général. La caractéristique du système est de s'appuyer plus sur la jurisprudence que sur la loi statutaire.

L'Insurance Act comporte un certain nombre de dispositions générales :
– conditions d'exercice de l'assurance (agrément, fusion et liquidation des sociétés d'assurances) ;
– instances chargées de la tutelle et du contrôle des compagnies et pouvoirs d'investigation de ces instances ;
– obligations en matière d'information (publication du capital autorisé, souscrit et effectif ; état des engagements et des actifs...) et sanctions applicables en cas de non-respect des réglementations ;
– règles concernant les activités d'assurance des membres du Lloyd's et autres associations similaires.

L'Insurance Act précise les dispositions relatives aux différentes branches de l'activité d'assurance : assurance vie (Long Term Insurance), assurance non-vie (Short Term Insurance) et assurance au tiers obligatoire (Compulsory Third Party Insurance Business). Pour certaines catégories d'assurance vie, il réglemente les pratiques générales : contenu des polices, définition des garanties et des exclusions, barèmes, etc.

En ce qui concerne les placements des entreprises d'assurances, le législateur impose le respect de règles prudentielles et fixe les maxima autorisés pour chaque catégorie d'actifs en assurance vie et non-vie.

Il faut noter que les sociétés d'assurances sont gênées dans leurs placements par les caractéristiques de la Bourse de Johannesburg. En effet, bien qu'étant au douzième rang mondial en termes de capitalisation, la Bourse de Johannesburg, régie par le Stock Exchange Control Act de 1985, est l'une des places les moins liquides du monde, en raison du coût élevé des transactions et du manque d'alternatives offertes aux investisseurs. Les interventions étrangères sur le Johannes-

burg Stock Exctange (JSE) All Share[4] représentent le quart du volume des transactions. Une modification du Stock Exchange Act devrait prochainement permettre d'accroître la liquidité du marché et de l'ouvrir davantage aux capitaux étrangers.

Les sociétés d'assurances vie réclament avec insistance une modification de l'Insurance Act, dont l'un des principaux inconvénients est de ne pas distinguer assez nettement les secteurs vie et non-vie.

■ *Informations économiques et statistiques*

La demande d'assurance en Afrique du Sud est plus élevée que dans la moyenne des pays européens. Elle représente 7 % du PIB, contre 5 % pour les pays européens. Cependant, elle est plus faible qu'aux États-Unis (9 % du PIB). Cette demande soutenue tient à l'absence de système généralisé de Sécurité sociale et de retraite et à la forte criminalité qui subsiste dans le pays.

Le secteur de l'assurance offre des potentialités de développement importantes, car la population noire urbaine est sous-assurée et sous-bancarisée. Quant à la population noire rurale, l'assurance lui est pour l'instant inaccessible. Du fait du contrôle exercé par les grands conglomérats industriels et financiers, une forte concentration règne dans ce secteur.

2. L'assurance vie[5]

■ *Informations économiques et statistiques*

En assurance vie, le chiffre d'affaires s'élevait à 43 milliards de rands, soit 12,18 milliards de dollars[6] en 1993. La progression moyenne annuelle du chiffre d'affaires est forte (+ 27 % par an depuis cinq ans).

Les primes d'assurance individuelle (principalement des contrats individuels de retraite par capitalisation) représentent près du double des primes d'assurance collective (essentiellement des fonds de pension).

■ *Structure de l'offre*

Sociétés	Total primes (nettes)	1992/1993 (en %)	Total des actifs
SA Mutual	13 642	+ 23,6	100 530
Sanlam	12 612	+ 12,0	90 573
Liberty Life	8 460	+ 56,6	86 629
Southern Life	3 094	+ 28,8	24 058
Metropolitan Life	1 001	+ 23,0	5 732
Commercial Union Life	673	+ 56,0	4 144

■ *Concentration de l'offre*

Les trois premières sociétés – SA Mutual, Sanlam et Liberty Life – dominent très largement le marché de l'assurance vie. Elles ont perçu 80,6 % des primes en 1993 et détenaient aussi plus de 80 % des actifs de la profession.

SA Mutual et Sanlam sont des mutuelles entièrement sud-africaines, qui, par leurs participations boursières, exercent un contrôle effectif sur de grands groupes industriels et financiers. Ainsi, SA Mutual (31,6 % du total des primes) détient 53,7 % des actions de Nedcor, quatrième banque sud-africaine. Sanlam (29,3 % des primes) contrôle 24,98 % d'Absa, qui est la première banque sud-africaine, et 29,5 % de Metropolitan Life, société d'assurances vie détenue à 30 % par le *black business*. Enfin, Liberty Life Association of Africa, qui est également un groupe sud-africain, bien que ses actions soient cotées au Stock Exchange de Londres, est contrôlée conjointement par la famille Gordon et la Standard Bank, avec laquelle elle a des participations croisées.

Les groupes d'assurances vie ont une influence très importante et croissante sur la Bourse de Johannesburg : Sanlam et SA Mutual représentent respectivement 11,2 % et 10,5 % de la capitalisation boursière du JSE All Share.

■ *Part des sociétés étrangères*

Les sociétés d'assurances étrangères ne jouent pas un rôle significatif dans le secteur de l'assurance vie en Afrique du Sud, contrairement à l'IARD, où les sociétés britanniques occupent une place importante. Toutefois, la société britannique Commercial Union PLC détient 36 % du capital de Commercial Union of South Africa Ltd, dont l'activité se développe à la fois en vie et en IARD. Mais les groupes sud-africains Gold Field of South Africa et Absa conservent la majorité de cette société, avec des participations respectives de 24 % et 30 %.

La raison de cette faible importance des sociétés étrangères réside en partie dans l'incertitude qui règne sur l'orientation générale de la politique économique du gouvernement ainsi que dans les risques de mobilisation par les pouvoirs publics d'une partie de l'épargne gérée par les sociétés d'assurances. En effet, bien que le budget 1994-1995 ne prévoie aucun retour aux investissements forcés des années antérieures *(prescribed investments)*, il est probable qu'à plus ou moins long terme les assureurs vie devront investir massivement dans les programmes sociaux du gouvernement.

De plus, le marché de l'assurance vie est fortement concurrentiel, ce qui incite aussi les assureurs étrangers à la prudence.

3. L'assurance non-vie[7]

■ *Informations économiques et statistiques*

Le montant total des primes encaissées s'est élevé à 9 milliards de rands, soit 2,54 milliards de dollars en 1993. La couverture des risques des particuliers représente 80 % des primes.

Le marché de l'assurance IARD est fortement concurrentiel comme celui de l'assurance vie. Il faut y ajouter une très forte sinistralité, notamment en ce qui concerne l'assurance automobile, principalement due à une criminalité importante.

■ *Structure de l'offre*

En millions de rands			
Sociétés	Total primes (brutes)	1992/1993 (en %)	Total des actifs
Mutual & Federal	1 521	+ 11,6	3 348
Santam	1 291	+ 11,8	1 373
Guardian National	1 035	+ 34,0	1 161
SA Eagle	1 020	+ 12,7	1 609
Commercial Union	634	+ 14,1	860

■ *Concentration de l'offre*

Dans le secteur de l'assurance IARD *(short term insurance)* comme en assurance vie, l'offre est concentrée, puisque les cinq premières sociétés collectent 61 % des primes.

Les deux grandes mutuelles, SA Mutual et Sanlam, dominent le marché :

– SA Mutual détient en effet 41 % de Mutual & Federal Insurance Co. Ltd, qui est le n° 1 du secteur ;

– Sanlam Ltd Corp. contrôle, quant à elle, 59,9 % du capital du n° 2 de l'assurance IARD, la société Santam Ltd.

Mutual & Federal et Santam représentent, à elles seules, plus de 31 % du total des actifs des sociétés d'assurances IARD en Afrique du Sud.

■ *Part des assureurs étrangers*

Les assureurs étrangers, et plus précisément britanniques, occupent une place significative dans ce secteur. Ils possèdent en effet une part importante du capital des principales sociétés :

– Eagle Star Insurance Co. Ltd contrôle 58,4 % du capital de South African Eagle Insurance Co. Ltd, qui se situe au deuxième rang des assureurs IARD par le volume des actifs détenus ;

– Royal Insurance PLC participe à hauteur de 39 % au capital du n° 1 du secteur, la société Mutual & Federal, déjà citée ;

– Guardian Royal Exchange Insurance Group contrôle 50,9 % de Guardian National Insurance Co. Ltd ;

– Sun Alliance & London Insurance possède 84 % du capital de Protea Insurance Co. Ltd ;

Les grands assureurs d'Europe continentale, tels Allianz, Generali et les AGF, sont représentés en Afrique du Sud par des filiales de dimension modeste, en comparaison de leurs concurrents locaux et britanniques.

4. La réassurance

En réassurance, le montant des primes brutes s'est élevé à 1,1 milliard de rands (311 millions de dollars) en 1992.

Les réassureurs étrangers dominent largement ce secteur, puisqu'ils ont encaissé 969 millions de rands de primes, soit 88,2 % du total.

Les sociétés allemandes et suisses jouent un rôle prépondérant dans ce domaine, avec Munich Ré, Swiss Ré, Hollandia Ré, Cologne Ré et Gerling Global.

Les Britanniques sont représentés par Mercantile & General, qui se situe au quatrième rang des réassureurs sud-africains.

Le gouvernement sud-africain pourrait créer à terme une Société nationale de réassurance, à l'instar de ce qui s'est fait dans un certain nombre de pays africains ■

Notes

1. *Sources : « L'État du monde », éditions La Découverte.*
2. *Sources : Rapport annuel 1994 de la South African Reserve Bank « Financial Times » (juillet 1994) ; Moci, du 10 janvier 1994, « Marché et techniques financières », juillet-août 1994.*
3. *Sources : Ocsaf (Organisation pour la coopération France-Afrique du Sud).*
4. *Indice de la Bourse de Johannesburg.*
5. *Sources : PEE français d'Afrique du Sud, à Johannesburg (octobre 1994).*
6. *1 rand = 1,50 franc et 1 dollar = 3,53 rands.*
7. *Sources : PEE d'Afrique du Sud, octobre 1994 et mai 1995.*

JEAN-FRANÇOIS OUTREVILLE*

L'ASSURANCE VIE

dans les pays en voie de développement

MOTS CLEFS : *analyse économique* ▪ *assurance vie* ▪ *pays en développement* ▪

L'étude du volume total des primes encaissées par le secteur de l'assurance vie dans les pays en développement montre la forte élasticité de la demande en fonction du niveau du revenu national. Cependant, la demande est aussi fonction des caractéristiques économiques, sociales et politiques spécifiques à chaque pays. Cette étude montre le lien primordial qui existe entre la structure de l'offre d'assurance et le niveau de développement de ce secteur. La libéralisation progressive des marchés dans les pays en développement doit également tenir compte des caractéristiques propres à chaque pays.

Malgré l'importance primordiale de l'assurance dans l'activité économique nationale et internationale, il est plus difficile de mesurer et souvent d'apprécier son rôle dans le développement que celui d'autres branches d'activité qui portent sur des éléments plus tangibles. Comme les autres services financiers, les assurances ont gagné en importance sur le plan quantitatif comme élément du développement économique général mais aussi sur le plan qualitatif, eu égard à l'accroissement des risques et des incertitudes de nos sociétés modernes. Cependant, si l'on considère la grande diversité de l'environnement politique, économique et social dans lequel les marchés nationaux de l'assurance se sont développés et les facteurs historiques qui ont influencé le caractère des assurances dans chaque pays, on ne s'étonnera pas des nombreuses différences existant d'un État à l'autre. C'est un fait que le lecteur ne devra pas perdre de vue.

L'assurance n'est pas un produit homogène. Les divers types qui existent ne sont pas interchangeables. Il y a donc plusieurs marchés des assurances et non, à strictement parler, un marché de l'assurance.

* *Secrétaire exécutif de l'assurance mutuelle maladie des Nations unies à Genève. Cet article est le résultat d'une recherche entreprise quand l'auteur était professeur invité à l'Université nationale de Singapour, en congé de la Cnuced.*

La localisation du risque est aussi un élément important dans la classification des services d'assurance.

L'activité d'assurance s'exerce souvent pour le mieux là même où l'agent économique est domicilié, mais il se peut que le risque assurable se trouve dans un lieu différent. Cette caractéristique signifie que l'activité prendra souvent la forme d'un investissement et non d'un commerce.

L'assurance est également un processus d'intermédiation financière parce que le cycle de production est inversé. Le paiement est effectué avant la prestation de service, qui reste aléatoire. Les réserves techniques représentent donc des engagements à l'égard des assurés. Bien que l'objet de l'assurance ne soit pas l'épargne (du moins au sens habituel du terme, à savoir le report du pouvoir d'achat d'une période à une autre), la constitution de réserves en vue de faire face aux dettes contractées engendre une accumulation de capitaux à investir.

L'importance des assurances dans la matrice du commerce et du développement est telle qu'à sa première session, en 1964, la Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement (Cnuced) a formellement reconnu qu'« un marché national d'assurance et de réassurance fondé sur une base rationnelle est un élément essentiel de la croissance énonomique ». Depuis lors, des lois et des règlements qui instaurent une surveillance et un contrôle plus stricts sur les assurances ont été adoptés. Convaincus que le système financier dont ils avaient hérité ne pouvait répondre de manière satisfaisante aux besoins de développement du pays, les gouvernements de nombreux pays en développement ont, au cours de ces trente dernières années, déployé bien des efforts pour modifier la structure du système financier et en ont contrôlé les opérations afin d'orienter l'épargne vers les investissements jugés prioritaires dans leurs programmes de développement. Pour améliorer la performance des marchés de l'assurance et restreindre les opérations des sociétés étrangères, des ressortissants de ces pays ont créé des entreprises d'assurances nationales.

Les restrictions directes à l'établissement de sociétés étrangères sur un marché national sont généralement liées à l'obligation de « localisation du capital » (Skipper, 1987). Dans de nombreux pays, il est stipulé que la majorité ou la totalité du capital doit appartenir à des nationaux. La forme la plus extrême de restriction est l'existence d'un monopole d'État. Ce dernier équivaut à une interdiction générale d'établissement, ce qui n'est pas techniquement discriminatoire à l'encontre des entreprises étrangères.

Les obstacles indirects au commerce transfrontières sont, en gros, l'équivalent des obstacles tarifaires aux échanges de marchandises, et ils englobent des pénalités liées au contrôle des changes ou une taxation qui pénalise soit les résidents locaux qui s'assurent ou se réassurent à l'étranger, soit les assureurs et réassureurs étrangers qui ont souscrit des risques locaux. Les restrictions indirectes à l'établissement sont généralement des mesures discriminatoires qui limitent l'accès aux marchés des sociétés étrangères ou augmentent leurs frais d'exploitation. Les limitations à l'octroi de l'autorisation d'exercer peuvent consister à im-

poser des prescriptions spécifiques, relatives à la rédaction des contrats d'assurance, ou à réserver certaines catégories d'opérations ou certains risques publics aux assureurs nationaux. De nombreux pays ont aussi adopté des réglementations qui touchent directement les résultats d'exploitation des entreprises, comme une taxation discriminatoire, et des prescriptions en matière de solvabilité et de localisation des actifs qui sont plus rigoureuses que celles qui sont réservées aux assureurs nationaux. Dans ce cas, le traitement national n'est pas appliqué aux entreprises étrangères qui opèrent sur le marché.

Le tableau 1 résume la situation existante dans 90 pays en développement à la fin des années 80 selon une enquête statistique réalisée par la Conférence des Nations unies pour le commerce et le développement (Unctad, 1990).

Structure légale des marchés d'assurance des pays en développement (90 pays)			
Marché monopolistique	Marché réservé aux sociétés nationales	Marché ouvert à la concurrence mais localisation du risque obligatoire	Marché contrôlé par des intérêts étrangers
28	25	31	6

Dans les sections suivantes de cet article, nous présentons les indicateurs de l'importance économique du secteur de l'assurance vie (partie I) et les facteurs pouvant expliquer le niveau de développement de l'assurance vie dans les différents pays en développement (partie II). Les troisième et quatrième parties seront consacrées à une analyse statistique descriptive et à une analyse économétrique de la situation dans 45 pays en développement. Dans la dernière partie, nous discuterons des obstacles et problèmes liés au développement de ce secteur.

I. LES INDICATEURS DE L'IMPORTANCE ÉCONOMIQUE DE L'ASSURANCE VIE

Le rapport du volume total des primes émises au produit national brut est l'indicateur le plus couramment utilisé pour évaluer l'impact économique des opérations d'assurance. Cet indicateur ne donne pas un tableau complet de la production du secteur à cause de la grande disparité des taux de prime d'un pays à l'autre, mais il a l'avantage de ne pas être influencé par les facteurs de conversion des monnaies.

A quelques exceptions près, le rapport du montant total des primes au produit national brut est très supérieur à 2 % pour les pays industrialisés (2,75 % pour les pays de l'OCDE en 1990) et inférieur à 2 % pour les pays en développement *(tableau 2)*. La relation existant entre le développement et l'importance du secteur des assurances est confirmée par l'analyse de ce ratio pour les pays les moins avancés *(tableau 3)*.

Le volume mondial des encaissements de primes d'assurance et sa répartition par région confirment la relation qui existe entre le niveau de développement

Rapport des primes émises en assurance vie au produit national brut Répartition par zone géographique					
Région	2 % ou plus	de 1 à 1,9 %	de 0,5 à 0,9 %	de 0,1 à 0,49 %	moins de 0,1 %
Amérique centrale	6	1	3	3	1
Amérique du Sud	0	1	2	4	3
Afrique du Nord et Moyen-Orient	0	0	3	7	5
Reste de l'Afrique	1	0	4	5	22
Asie et Pacifique	1	3	2	4	9
Total	8	5	14	23	40

Source : Unctad (1990).

L'assurance vie dans les pays les moins avancés (rapport des primes émises au produit national brut)		
Bangladesh	0,07	1983
Bhoutan	0,06	1988
Botswana	0,30	1986
Burkina	0,03	1986
Burundi	0,01	1986
Éthiopie	0,04	1985
Mali	0,02	1989
Birmanie	0,07	1985
Népal	0,09	1988
Niger	0,01	1987
République centrafricaine	0,10	1989
Rwanda	0,01	1989
Tchad	0,01	1984
Ouganda	0,02	1988

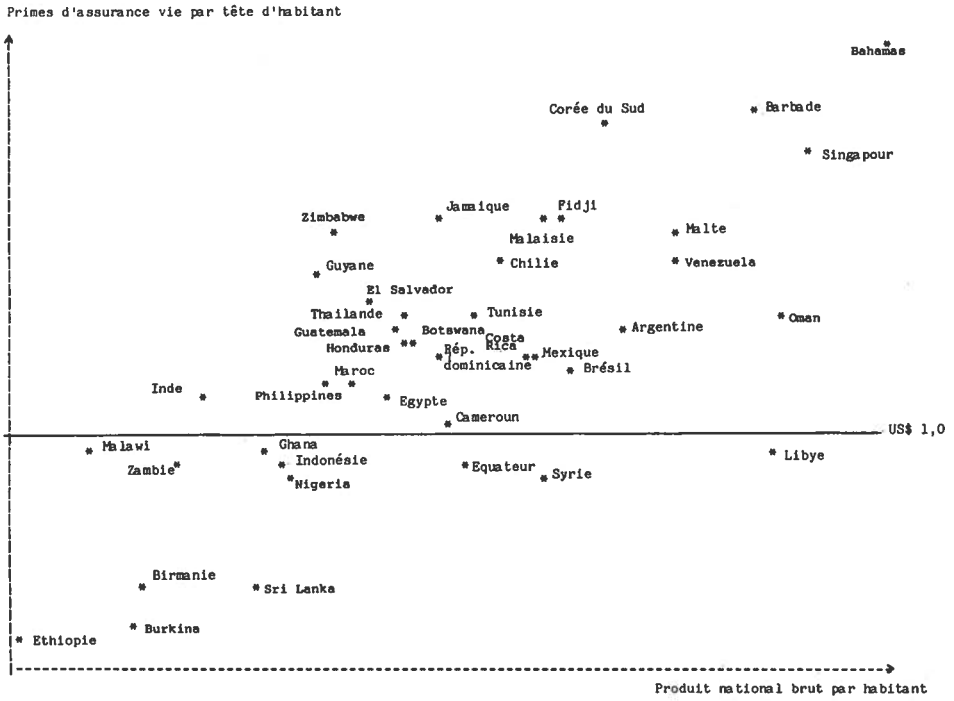
et l'importance des assurances comme branche d'activité économique. La part des pays en développement dans le total des primes émises reste faible, bien que ces pays comptent environ 75 % de la population mondiale et entrent pour près de 20 % dans l'activité économique mondiale *(tableau 4)*.

Répartition du volume mondial des encaissements de primes d'assurance vie		
Région	1980	1990
États-Unis d'Amérique	36,75	29,09
Canada	2,89	2,26
CEE	26,00	24,58
Reste de l'Europe	4,90	6,86
Afrique du Sud	1,43	1,23
Japon	22,96	28,74
Corée du Sud	0,52	3,17
Océanie	1,60	1,76
Pays en développement	2,95	2,31
Total	100	100

Source : Sigma (mai 1982 et avril 1992).

L'étude du volume total des primes de l'assurance vie montre la forte élasticité de la demande en fonction du revenu *(graphique 1)*. La croissance quantitative du secteur est allée de pair avec celle de l'activité économique de chacun des pays. Il ne faut pas oublier cependant que la demande d'assurance est fonction non seulement du revenu et du patrimoine, mais aussi des prix, de l'aversion pour le risque et des caractéristiques sociales et politiques spécifiques à chaque pays.

Graphique 1



II. LES FACTEURS EXPLIQUANT LE NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE

La plupart des modèles théoriques qui se réfèrent à la demande d'assurance vie prennent comme point de départ le travail de Yaari (1965), qui considère que la demande d'assurance doit être analysée dans le cadre du processus d'allocation des ressources du consommateur dans le temps. L'article de Babbel et Ohtsuka (1989) fait la synthèse des études réalisées sur la demande d'assurance vie. Le comportement des individus résulte de deux niveaux de décisions : l'allocation des revenus disponibles entre épargne et consommation, d'une part, et l'allocation de la richesse entre les diverses opportunités du marché, d'autre part.

Traiter la demande d'assurance de la même façon que la demande de tout autre bien ou service revient à dire que cette demande est fonction du revenu et d'un vecteur de prix entrant dans la décision de consommation de l'individu. Mais l'assurance, en tant qu'échange d'une somme monétaire actuelle contre une somme monétaire conditionnelle, est aussi un actif financier. La demande dépendra donc aussi du patrimoine de l'individu et d'un vecteur de taux d'intérêt entrant dans la décision de portefeuille de l'individu.

L'application de ces hypothèses au comportement des individus dans les pays en développement peut être affectée par un certain nombre de problèmes particuliers à ces pays :

– dans une analyse comparative entre pays, nous faisons implicitement l'hypothèse que le degré d'aversion pour le risque des individus est identique alors

qu'il a été suggéré (Szpiro et Outreville, 1988) qu'il existait des différences pouvant être dues au niveau de développement des pays ;

– les fonctions d'utilité des individus génèrent sur un cycle de vie des fonctions de demande relativement stables dans le temps. Cette hypothèse peut être contestée dans le cas des pays en développement où l'accroissement rapide de la population et le faible niveau de développement des marchés de capitaux peuvent entraîner des changements rapides de distribution des revenus et des richesses entre générations (et entre classes sociales). Gupta (1971) ainsi que Kotlikoff et Summers (1981) ont suggéré que ce problème était en partie corrigé si l'on considérait que le ménage (ou la famille) avait une connotation beaucoup plus large dans les pays en développement que dans les économies des pays développés. Pour une revue de la littérature, le lecteur se référera à Hammer (1986) ;

– d'autres variables, qui servent habituellement d'indicateurs du niveau de développement d'un pays, peuvent aussi être prises en considération lorsque l'on analyse la demande d'assurance. Le statut agricole du pays ou le pourcentage de la population travaillant dans le secteur agricole et dont les revenus ne sont pas stables dans le temps, le niveau de développement du secteur de la santé, le niveau de développement du système national d'éducation sont les variables les plus représentatives du niveau de développement d'un pays.

Les pays en développement ne sont pas seulement consommateurs, ils sont aussi producteurs d'assurance. L'offre d'assurance se compose généralement de services fournis par des sociétés nationales, à capitaux locaux et/ou étrangers, ainsi que par des sociétés et agences ou filiales étrangères. Dans un certain nombre de pays, l'offre d'assurance se limite à l'offre d'une société monopolistique d'État.

Il existe un rapport fonctionnel entre le chiffre d'affaires d'un assureur et sa capacité à produire de l'assurance. En principe, toutes choses étant égales par ailleurs, quand le chiffre d'affaires augmente, le plein de conservation de la société d'assurances et sa capacité à produire augmentent également. Le protectionnisme qui s'est développé dans la plupart des pays, y compris les pays industrialisés, a rarement été dicté par ces considérations techniques.

Le développement des marchés financiers et des institutions financières est un élément important dans le processus de développement. Des travaux récents de Jung (1986) et Dee (1986), fondés sur les hypothèses émises par Patrick (1966), montrent qu'il existe bien plus souvent un lien de cause à effet entre l'offre de services financiers et le processus de développement qu'entre la demande et le processus de développement. En d'autres termes, c'est l'offre qui génère la croissance et non pas la demande.

Si cette explication s'avère exacte pour la plupart des pays en développement, elle justifierait en partie la politique de protection de l'industrie naissante de l'assurance dans ces pays. Les justifications réelles sont probablement plutôt macroéconomiques (emploi) et politiques (affirmation de l'indépendance na-

tionale). La tendance actuelle de libéralisation des services financiers ne devrait pas occulter le fait que le principal objectif d'une politique nationale est, pour ces pays, le développement économique.

III. ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE

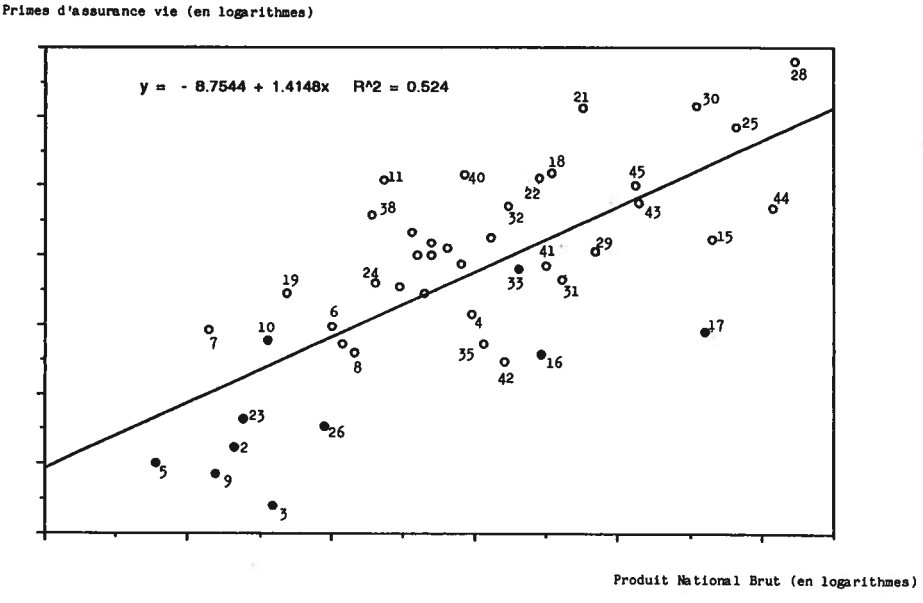
Cette analyse en coupe instantanée pour l'année 1986 est réalisée à partir de l'étude statistique publiée par la Cnuced en 1990. Cette compilation statistique est le résultat d'un questionnaire détaillé envoyé à tous les pays en développement (gouvernements, autorités de contrôle) et regroupe des informations sur 90 pays en développement. Dans le cadre de cet article, nous nous limitons à 45 pays, pour lesquels les informations statistiques les plus complètes étaient disponibles (annexe statistique jointe).

Les autres données de statistiques économiques sont extraites des statistiques financières publiées par le Fonds monétaire international et du Manuel de statistiques du commerce international et du développement publié par la Cnuced. Dans les graphiques présentés ci-dessous, les pays ayant un marché d'assurance monopolistique (monopole d'État, dans tous les cas) sont indiqués en noir.

Le graphique 2 montre qu'il existe une relation significative entre le développement du secteur de l'assurance vie et le développement économique du pays mesuré par le produit national brut. Les données sont calculées par tête d'habitant et la relation est logarithmique. Le coefficent d'élasticité de 1,41 est pratique-

Graphique 2

Relation entre le niveau de développement de l'assurance vie et le niveau de développement économique



ment identique à celui calculé par Beenstock (1988) et Outreville (1990). Deux groupes de pays se distinguent particulièrement :

– groupe 1 : les pays les moins avancés, où la densité d'assurance vie est faible. Ces pays sont tous à marché monopolistique (Burkina, Burundi, Éthiopie, Birmanie, Sri Lanka et Zaïre) ;

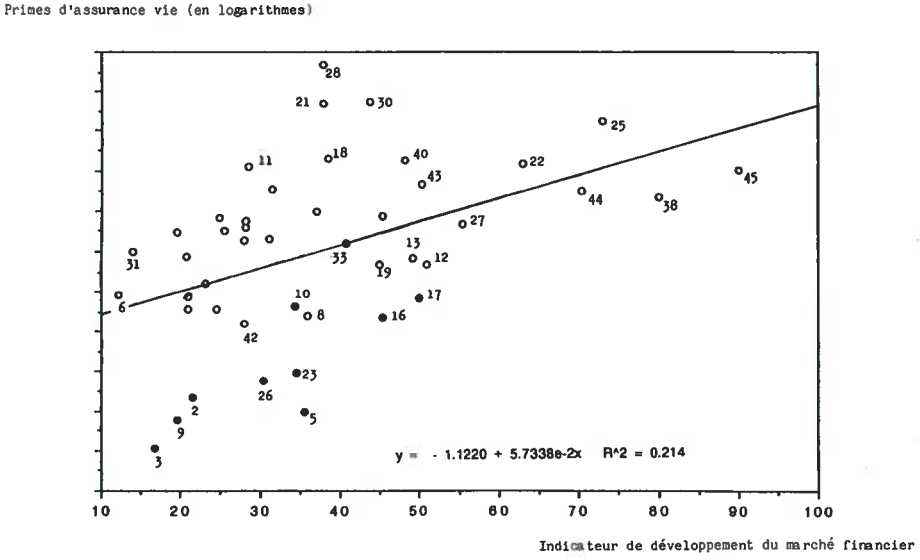
– groupe 2 : les pays où la religion est peut-être un frein au développement de l'assurance vie (Koweït, Libye, Oman et Syrie).

Le graphique 3 souligne la relation qui existe entre le développement du secteur de l'assurance vie et le développement des marchés financiers dans le pays. La mesure de cette dernière statistique est très controversée (Jung, 1986) mais le ratio de la quantité d'actifs monétaires M 2 sur le produit national brut qui mesure l'intensité de la monétisation de l'économie (Feldman et Gang, 1990) est généralement accepté. Ce ratio est l'inverse de la mesure de vélocité de la monnaie.

On retrouve sur ce graphique le groupe des pays les moins avancés duquel se rapprochent les pays à marché monopolistique d'État. A l'extrême droite du graphique, on retrouve les pays dont le secteur financier est relativement développé (Malte, Malaisie, Koweït et Singapour).

Graphique 3

Relation entre le niveau de développement de l'assurance vie et le niveau de développement du secteur financier



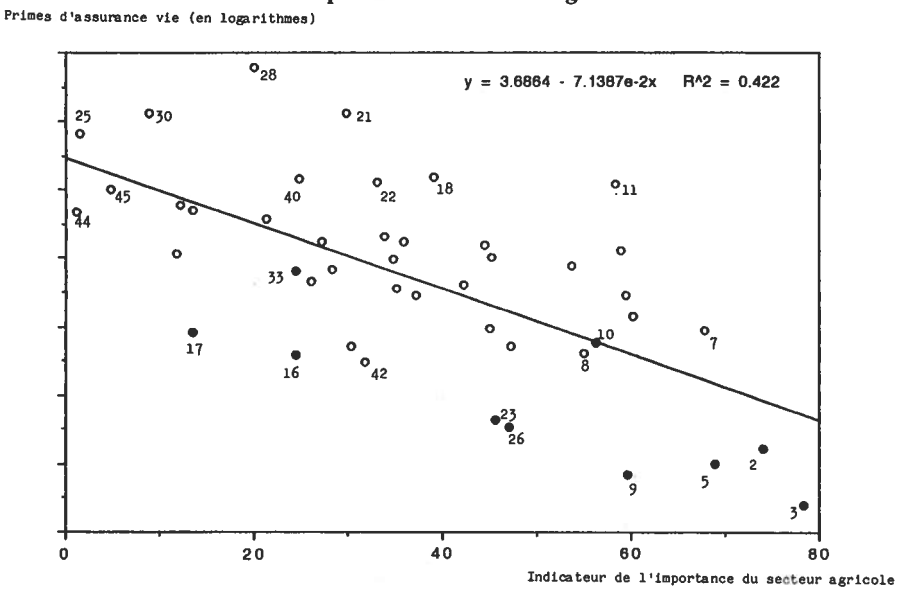
Les graphiques suivants montrent la relation qui existe entre le niveau de développement du secteur de l'assurance vie et un certain nombre de variables liées au niveau du développement des pays.

Il existe une relation inverse significative entre le développement de l'assurance vie et l'importance du secteur agricole dans les économies mesurée par le pourcentage de la population active dans ce secteur *(graphique 4)*.

Il existe une relation positive entre le développement de l'assurance vie et le niveau de développement de l'éducation supérieure mesuré par le pourcentage de la population active ayant accès à des études de troisième cycle universitaire (Baldwin, 1971) *(graphique 5)*.

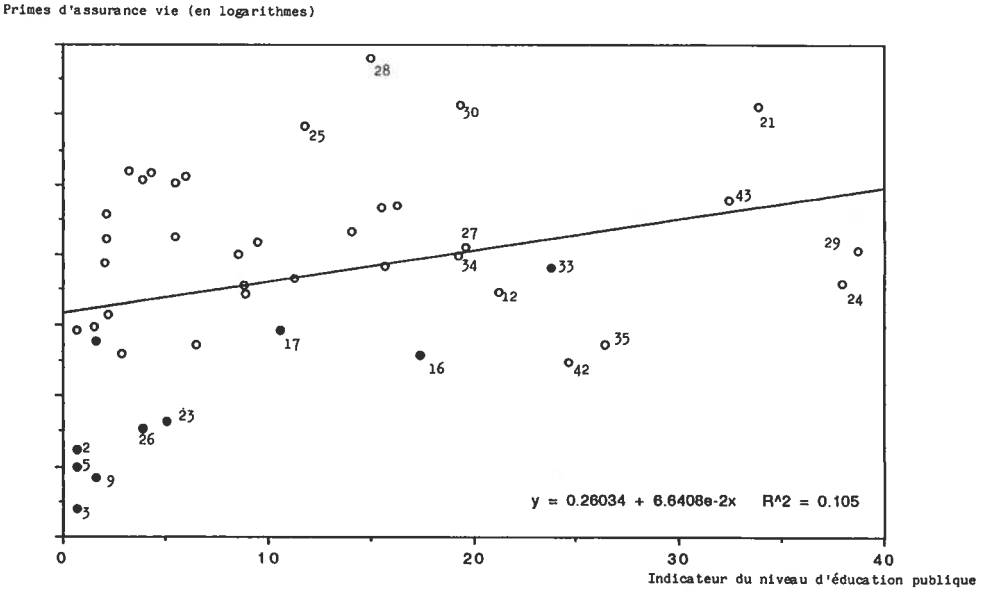
Graphique 4

Relation entre le niveau de développement de l'assurance vie et l'importance du secteur agricole



Graphique 5

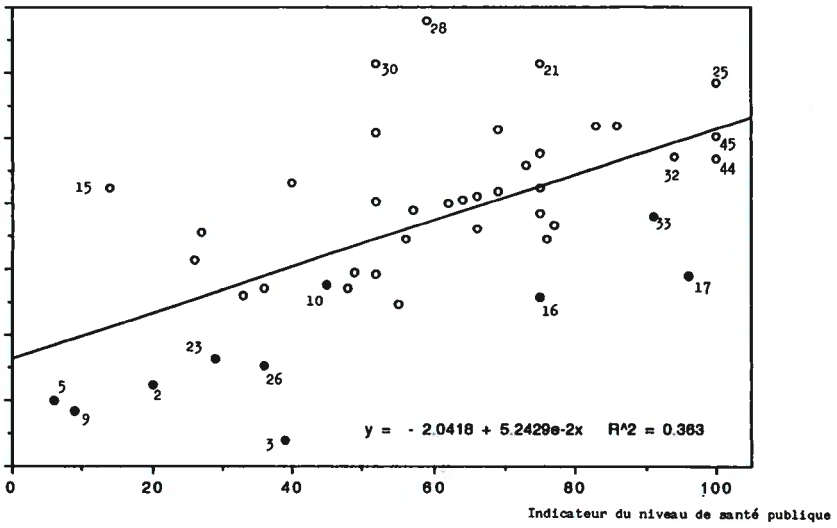
Relation entre le niveau de développement de l'assurance vie et l'accès à l'éducation supérieure



Il existe une relation positive entre le développement de l'assurance vie et le niveau de développement de la santé mesuré par le pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable *(graphique 6)*.

Graphique 6

Relation entre le niveau de développement de l'assurance vie et le niveau de développement de la santé



IV. UNE VÉRIFICATION EMPIRIQUE DE L'EFFET DE LA STRUCTURE DES MARCHÉS SUR L'OFFRE D'ASSURANCE VIE

A partir des informations existantes dans les 45 pays mentionnés préalablement, une analyse empirique a été conduite afin de vérifier les hypothèses suivantes :

– toutes choses étant égales par ailleurs, il existe une relation positive entre la capacité à produire de l'assurance et la taille du marché ainsi que le niveau de développement du secteur financier de ce dernier ;

– la structure légale de l'offre d'assurance et le protectionnisme qui s'est développé dans la plupart des pays influencent la capacité à produire de l'assurance.

Ces deux hypothèses sont résumées dans le modèle suivant, exprimé sous une forme logarithmique :

montant des primes émises (exprimé en dollars par habitant) =

a_0 a_1 + a x Taille du marché (PNB par habitant)

a_2 + a x Développement financier (M 2/PNB)

a_3 + a x Marché monopolistique (variable binaire)

a_4 + a x Marché ouvert à la concurrence étrangère

(pourcentage du nombre de sociétés étrangères par rapport au nombre total de sociétés).

Les coefficients a_0 à a_4 sont estimés par la méthode des moindres carrés et les résultats sont les suivants :

	Coefficient estimé	Statistique de student
a_0	−4,57	−
a_1	0,74	4,19
a_2	0,02	1,63
a_3	−2,18	5,22
a_4	2,19	2,97
R = 0,770		
F = 37,48		

Il existe une relation positive et significative entre le développement de l'assurance vie et le niveau de développement économique du pays mesuré par le produit national brut et par une évaluation du niveau de développement financier.

Le niveau de développement par tête d'habitant est plus faible dans les pays à marché monopolistique d'État. En revanche, le niveau de développement est plus élevé dans les marchés ouverts à la concurrence étrangère. Une mesure adéquate de l'influence des sociétés étrangères serait le montant de leur marché, mais cette information n'est pas disponible dans un certain nombre de pays.

En général, la part des entreprises étrangères dans le volume total des primes est faible par comparaison avec d'autres catégories de services. Le nombre d'entreprises et la répartition des parts de marché donnent aussi une bonne indication du niveau de concurrence sur ce marché. Dans les pays industrialisés, on observe généralement que plus le marché est vaste, plus la taille moyenne (mesurée d'après le montant des primes encaissées) des cinq principaux assureurs opérant sur ce marché est grande. Les informations disponibles sur les pays en développement ne nous permettent malheureusement pas de calculer la mesure de concentration des marchés.

V. LA LIBÉRALISATION PROGRESSIVE DES MARCHÉS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

La libéralisation progressive devrait être assurée au moyen de règles, modalités et procédures, compte dûment tenu des objectifs de politique nationale et du niveau de développement des différents pays. Nombre d'entre eux estiment que l'existence d'entreprises nationales fortes est un élément essentiel de leur indépendance économique, voire politique. Il faudrait tenir compte de tous les efforts spéciaux entrepris pour développer le marché local. Cet argument ne s'applique certainement pas qu'aux marchés des pays en développement.

Toute politique tendant à mobiliser les ressources nationales et internationales de production, conformément aux objectifs nationaux, devra nécessairement tenir compte de la structure existante et du caractère propre des marchés nationaux :

– dans certains pays, on constatera que la rigidité des structures actuelles résulte le plus souvent de l'application d'une politique de protection qui peut se traduire par un manque de dynamisme du secteur protégé ;

– dans d'autres pays, les structures du marché sont conçues de manière à donner à ce marché la force nécessaire. Dans la mesure où le développement du secteur des assurances est le reflet de la croissance économique du pays, on peut prévoir que ces marchés sont en mesure de bénéficier d'une libéralisation internationale des services d'assurance ou qu'ils le seront prochainement ;

– dans beaucoup de pays en développement, pour des raisons historiques ou parce que les mesures administratives et législatives voulues n'ont pas été adoptées, les marchés de l'assurance se caractérisent par la présence d'un trop grand nombre de petites sociétés nationales dotées d'une faible capacité de rétention. Les conditions d'une saine concurrence entre les entreprises de ces pays et celle des pays développés n'existent pas.

La libéralisation progressive des obstacles au commerce devrait viser à réduire les restrictions discriminatoires qui limitent la participation étrangère sur les marchés intérieurs sans entraîner pour autant des changements dans les réglementations nationales. La libéralisation progressive n'est assurément pas un outil de déréglementation.

L'accès aux marchés suppose la réduction ou l'élimination des obstacles au commerce, mais il est clair que les pays en développement devront avoir la latitude d'ouvrir leurs marchés à un autre rythme que les pays développés. C'est là un point important, compte tenu des structures existantes, de la taille et du caractère propre de ces marchés.

La structure optimale du marché des assurances est primordiale, étant donné qu'elle détermine la performance du marché. La présence de trop nombreuses entreprises vendant des produits essentiellement identiques ne garantit pas en elle-même une saine concurrence. En outre, une concurrence loyale n'est pas fonction du nombre des sociétés d'assurances ; elle dépend plutôt de l'existence de concurrents solides. Le nombre de fournisseurs de services devrait être aussi élevé que les économies d'échelle le permettent. Les pays en développement pourraient envisager de faire des concessions autorisant l'entrée d'un nombre limité de sociétés d'assurances, ce qui serait comparable au contingentement général des importations de marchandises. Cette approche serait surtout appropriée dans les cas où les conditions d'une concurrence loyale ou saine n'existent pas et pour les pays qui ont besoin de constituer un marché efficace de l'assurance.

Dans la plupart des pays, l'industrie nationale de l'assurance, sujette à un contrôle local, détient actuellement une position dominante, et l'on s'accorde généralement à reconnaître que les opérations d'assurance, convenablement contrôlées, jouent un rôle important dans la vie économique et sociale de n'importe quel pays. Malgré la tendance à la déréglementation, à la privatisation et à l'assouplissement général des restrictions entravant l'accès aux marchés qui pourrait

résulter de la négociation sur le commerce des services d'assurance, il est indispensable que l'assurance reste fortement réglementée. La croissance de l'industrie de l'assurance et la complexité croissante des services et des marchés exigent l'existence d'un mécanisme de contrôle efficace. De fait, il se pourrait qu'une nouvelle réglementation suive la libéralisation, si celle-ci devait provoquer l'apparition de nouveaux produits ou de nouvelles règles de concurrence. Un resserrement de la réglementation intérieure pourrait être le résultat du processus de libéralisation.

VI. LES CONDITIONS D'UNE PARTICIPATION CROISSANTE DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

L'objectif fondamental déclaré du cadre multilatéral pour le commerce des services est la croissance économique de l'ensemble des partenaires commerciaux et le développement des pays en développement. L'expansion de ce commerce, dans des conditions de transparence et de libéralisation progressive, est simplement le moyen et non la fin. L'équilibre des avantages entre toutes les parties devrait être pris en considération.

La libéralisation totale des marchés aurait essentiellement pour effet de placer les entreprises locales et les entreprises étrangères sur un pied d'égalité. Dans les pays en développement, cela équivaudrait à soumettre les entreprises locales, de petite taille et dotées d'une faible capacité, à la concurrence déloyale des entreprises transnationales qui disposent de ressources économiques et technologiques très supérieures. En d'autres termes, cela pourrait avoir pour effet pratique de réserver un traitement plus favorable aux entreprises étrangères. Un cadre réglementaire approprié pourrait encourager les participants au marché à se conduire de manière à maximiser les avantages d'une libre concurrence sans exposer le système à une instabilité accrue. Une aussi lourde responsabilité exige naturellement que l'organe de contrôle des assurances soit doté d'un personnel hautement qualifié. Quand les services de contrôle sont, pour une raison ou une autre, incapables de s'acquitter des tâches pour lesquelles ils ont été créés, les distorsions qui en résultent sont de nature à rendre la loi inopérante, et l'objet de la législation n'est donc pas atteint.

L'incapacité des assureurs des pays en développement à fournir des services d'assurance peut être due au volume des affaires réalisable sur les marchés locaux. La technique de l'assurance repose sur la théorie des grands nombres, et un assureur peut difficilement opérer de manière satisfaisante dans une catégorie d'assurance s'il n'a pas accès à un portefeuille relativement important de risques homogènes dans cette catégorie.

La capacité à produire des services d'assurance dépend aussi des compétences administratives et techniques. Bien des pays en développement ne possèdent pas les connaissances et l'expérience nécessaires, qui ne peuvent se développer que lorsque l'occasion se présente d'exercer des activités professionnelles. C'est

typiquement le cas de l'assurance vie, pour laquelle les pays en développement manquent de certaines compétences techniques. On pourrait réfléchir à la possibilité de développer les compétences locales par l'emploi et la formation de personnel local et par le développement des capacités techniques autochtones. La participation croissante des pays en développement viserait à renverser les tendances à la marginalisation de leurs institutions.

L'acquisition d'une position concurrentielle à long terme dans les services d'assurance dépend de la mise en valeur du capital humain, du niveau de développement du reste de l'économie et de l'amélioration de la solidité financière des assureurs. Il est chimérique de supposer que les pays en développement seront en mesure de pénétrer sur les marchés des pays développés si des possibilités d'accès préférentiel à ces mêmes marchés ne leur sont pas offertes selon les termes de l'accord. Cela, toutefois, ne devrait pas signifier un assouplissement des normes prudentielles de contrôle.

La participation accrue des entreprises des pays en développement à des arrangements ou groupements avec de grandes sociétés des pays développés pourrait faciliter le transfert de technologie et de savoir-faire dont les pays en développement ont besoin pour se doter d'entreprises d'assurances compétitives.

La libéralisation des services ne devrait pas occulter le fait que le principal objectif de politique nationale que servent les lois et réglementations des pays en développement est le développement économique, ni le fait que seuls les pays en développement eux-mêmes peuvent définir les besoins de leur propre développement.

Une réciprocité selon laquelle des concessions des pays développés sur les biens et autres services seraient échangées contre des concessions des pays en développement sur les services d'assurance n'est pas acceptable du point de vue du principe de l'avantage mutuel. Il n'est pas vrai que les services d'assurance sont importants uniquement à un stade ultérieur de développement. On imagine difficilement comment les pays en développement pourraient accroître leur part du commerce international en l'absence de services d'appui à leurs activités productives ■

Bibliographie

- BABBEL, D. F., OHTSUKA, E., « Aspects of Optimal Multiperiod Life Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 56, september 1989, p. 460-481.
- BALDWIN, R. B., « Determinants of the Commodity Structure of the US Trade », *American Economic Review*, vol. 61, n° 1, 1971.
- BEENSTOCK, M., DICKINSON, G., and KHAJURIA, S., « The Relationship Between Property and Liability Insurance Premiums and Income », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 55, juin 1988, p. 259-272.
- CARGILL, T. F., TROXEL, T. E., « Modeling Life Insurance Savings : Some Methodological Issues », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 46, 1979, pp. 391-410.
- DEE, P. S., « Financial Markets and Economic Development : The Economics and Politics of Korean Financial Reforms », *Kieler Studies*, Universitat Kiel, Institut fur Weltwirtschaft, 1986.

- FELDMAN, D. H., GANG, I. N., « Financial Development and the Price of Services », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 38, n° 2, janvier 1990, p. 341-352.
- GUPTA, K., « Dependency Rates and Savings Rates : Comment », *American Economic Review*, juin 1971.
- HAMMER, J. S., « Population Growth and Savings in LDCs : A Survey Article », *World Development*, vol. 14, 1986, p. 579-591.
- JUNG, W. S., « Financial Development and Economic Growth : International Evidence », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 34, 1986, p. 333-346.
- KOTLIKOFF, L. and SUMMERS, L., « The Role of Inter-generational Transfers in Aggregate Capital Accumulation », *Journal of Political Economy*, août 1981.
- OUTREVILLE, J.-F., « The Relationship Between Insurance, Financial Development and Market Structure in Developing Countries », *Unctad Review*, n° 3, 1991, p. 53-69.
- OUTREVILLE, J.-F., « The Economic Significance of Insurance Markets in Developing Countries », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 57, september 1990, p. 487-498.
- PATRICK, H., « Financial Development and Economic Growth in Underdeveloped Countries », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 14, 1966, p. 174-189.
- SKIPPER, H. D., « Protectionism and the Provision of International Insurance Services », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 54, mars 1987, p. 55-85.
- SZPIRO, G. G., OUTREVILLE J.-F., « Relative Risk Aversion Around the World », *Studies in Banking and Finance*, vol. 6, 1988.
- UNCTAD, *Statistical Survey on Insurance and Reinsurance Operations* in *Developing Countries*, TD.B.C.3/231, Geneva : United Nations, 1990.
- YAARI, M., « Uncertain Lifetime, Life Insurance and the Theory of the Consumer », *Review of Economic Studies*, vol. 32, 1965, p. 137-150.

Annexe statistique

L'assurance vie dans 90 pays en développement (volume des primes émises en pourcentage du volume total d'assurance vie et non-vie)

Moins de 1 %	1-10 %	11-50 %	plus de 50 %
Afghanistan (M)	Argentine (28)	Angola (M)	Bahamas (29)
Cap-Vert (M)	Bahreïn	Bangladesh	Guyane (38)
République centraficaine	Benin (M)	Barbade (30)	Inde (19)
Tchad (M)	Bolivie	Bhoutan (M)	Corée du Sud (21)
Congo (M)	Burkina (M,2)	Botswana (1)	Sénégal
Cuba (M)	Burundi (M,3)	Brésil (31)	Thaïlande (27)
Iran (M)	Équateur (35)	Cameroun (4)	Trinité-et-Tobago
Iraq	Éthiopie (M,5)	Chili (32)	Zimbabwe (11)
Lesotho	Gabon	Chine (M)	
Mali	Gambie	Colombie	
Mauritanie (M)	Ghana (6)	Costa Rica (M,33)	
Ile Maurice	Libye (M,17)	Chypre	
Mozambique (M)	Madagascar	Dominican rép. (34)	
Niger	Birmanie (M,23)	Égypte (12)	
Papouasie	Oman (15)	Salvador (36)	
Nouvelle-Guinée	Pérou (42)	Fiji (18)	
Qatar	Sri Lanka (M,26)	Guatemala (37)	
Rwanda (M)	Soudan	Honduras (39)	
Seychelles (M)	Syrie (M,16)	Indonésie (20)	
Ile Salomon	Togo	Jamaïque (40)	
Vietnam (M)	Turquie	Jordanie	
	Émirats arabes unis	Koweït (44)	
	Uruguay (M)	Malawi (7)	
	Zaïre (M,9)	Malaisie (22)	
		Malte (45)	
		Mexique (41)	
		Maroc (13)	
		Népal	
		Nicaragua (M)	
		Nigeria (8)	
		Panama	
		Philippines (24)	
		Sainte-Lucie	
		Singapour (25)	
		Tunisie (14)	
		Tanzanie (M)	
		Venezuela (43)	
		Zambie (M,10)	

Note : (M) = Marché monopolistique.
Les pays numérotés de 1 à 45 sont ceux retenus dans les présentations graphiques.

EDWARD WHITEHOUSE*

FONDS DE PENSION

et mesures d'incitation fiscale

MOTS CLEFS : *épargne* ▪ *fiscalité* ▪ *retraite* ▪

Il y a une diversité considérable dans le traitement fiscal des retraites parmi les pays de l'OCDE, même si la majorité d'entre eux appliquent un système proche de l'impôt sur les dépenses en accordant une exonération fiscale aux cotisations et aux revenus financiers des fonds de pension. Il y a plusieurs explications à un choix, mais l'argument selon lequel les incitations fiscales accordées aux fonds de pension seraient un moyen efficace d'encourager l'épargne et les provisions destinées à la retraite semble non fondé.

L'importance des caisses de retraite – qui représentent jusqu'aux trois quarts du PIB dans certains pays – rend essentiel l'examen attentif du traitement fiscal des pensions. Dans un bon nombre de pays membres de l'OCDE, les pensions privées constituent une part majeure des flux d'épargne du secteur privé, sont une source clef de capitaux pour le secteur industriel et jouent un rôle important et grandissant comme source de revenus à la retraite. Les mesures d'incitation fiscale en faveur des pensions font l'objet de débats dans nombre de pays : dans certains, la volonté de réduire le taux d'imposition et d'élargir l'assiette de l'impôt a conduit à critiquer les privilèges fiscaux accordés aux caisses de retraite ; dans d'autres pays, le souci du taux de contribution nécessaire pour financer le coût croissant des systèmes publics de retraite par répartition est à l'origine de propositions pour développer un secteur capitalisé de pensions en s'appuyant sur les avantages fiscaux. La volonté d'accroître l'épargne nationale et de réduire l'institutionnalisation de l'épargne a conduit à introduire des allégements fiscaux pour de nouvelles formes d'épargne retraite.

Cet article examine, dans une perspective internationale, le traitement fiscal des pensions. La section qui suit présente quelques-unes des diverses façons

* *Direction des affaires fiscales, Organisation de coopération et de développement économiques.* *L'auteur exprime ici son point de vue personnel. Il remercie Jeffrey Owens et Mark Robson, du secrétariat de l'OCDE, ainsi que Andrew Dilnot, Richard Disney et Paul Johnson, de l'Institut d'études fiscales (Institute for Fiscal Studies, Londres), pour leur aide.*

possibles de fiscaliser les pensions. La section 2 donne une vue d'ensemble descriptive du traitement fiscal des pensions dans les pays membres de l'OCDE, tandis que la section 3 élargit l'analyse pour définir une mesure sommaire du degré de générosité des avantages fiscaux, à savoir le taux marginal effectif d'imposition sur l'épargne retraite.

Les sections 4 et 5 traitent, d'un point de vue global, de l'importance des caisses de retraite et des avantages fiscaux qui y sont associés. La section 6 évalue les objectifs, ainsi que les options et les arguments relatifs à la fiscalisation des pensions.

I. LES DIFFÉRENTS RÉGIMES POSSIBLES DE FISCALISATION DES PENSIONS

Trois types de transactions constituent le processus d'épargne par le biais d'un régime capitalisé de pensions. Chacun donne, à un certain moment, l'occasion de lever un impôt :

- lors de la cotisation à la caisse de retraite par les employeurs et les employés ;
- lors de l'accumulation des revenus financiers et des plus-values ;
- lors du versement des prestations aux participants retraités du régime.

En cas de non-capitalisation des pensions, les prestations sont assurées par répartition et sont donc couvertes par les contributions courantes ; alors la deuxième opportunité de taxation disparaît.

En partant des trois occasions auxquelles un impôt peut être levé, il existe huit schémas de base possibles de fiscalisation. On trouve beaucoup d'exemples dans les pays membres de l'OCDE, mais certains d'entre eux sont plus courants et définissent des idéaux théoriques pour le régime fiscal.

Le tableau 1 décrit quatre régimes hypothétiques, en ignorant les cas extrêmes où les pensions sont taxées soit aux trois occasions, soit à aucun moment, ainsi que les cas où seuls les revenus des placements sont soit taxés, soit exonérés. Le tableau montre la pension nette qui résulte d'une cotisation de 100 effectuée cinq ans avant la retraite. On suppose un impôt proportionnel de 25 % et un rendement des investissements de 10 % par an. Les effets de l'inflation ne sont pas pris en compte pour l'instant.

Dans le premier régime (A), les cotisations ainsi que les revenus financiers de la caisse de retraite sont exonérés d'impôt, mais les pensions versées sont imposées. Cela s'appelle un régime exonéré, exonéré, imposable, ou EEI (« *exempt, exempt, taxable* », ou EET, en anglais). Le régime B consiste en l'épargne sur un revenu imposé, l'exonération fiscale des revenus des placements de la caisse de retraite, et des prestations de pension nettes d'impôt, c'est-à-dire un régime IEE (imposable, exonéré, exonéré). Dans ce cadre simplifié avec un taux d'imposition uniforme, ces deux régimes sont équivalents dans leurs effets. Ils permettent tous les deux un taux de rendement de l'épargne après impôt qui soit égal à la rentabilité avant impôt. Ils sont neutres entre la consommation aujourd'hui et la consommation à la retraite. Face à l'un ou l'autre des deux régimes, un individu

qui gagne 100 aujourd'hui peut consommer aujourd'hui, en payant 25 en impôts et en achetant des biens pour 75, ou il peut épargner, ce qui lui permettra une consommation de 120,79 dans cinq ans. Mais 120,79 est tout simplement le montant disponible pour la consommation aujourd'hui, majoré à un taux d'intérêts composés de 10 %, c'est-à-dire $75 \times (1,1)^5$.

Dans la pratique, les régimes A et B pourraient ne pas avoir les mêmes effets, en raison du moment auquel l'exonération fiscale intervient. Si un individu paie un taux marginal d'impôt sur le revenu durant sa vie active qui est différent de celui appliqué durant la période de sa retraite, alors les taux de rentabilité avant et après impôt ne seront plus égaux. L'individu sera avantagé par un régime où l'allégement fiscal affecte la période durant laquelle le taux marginal est plus élevé.

Tableau 1 : Divers régimes de fiscalisation des pensions

	Régime A, EEI	Régime B, IEE	Régime C, IIE	Régime D, EII
Cotisation	100	100	100	100
Impôt	—	25	25	—
Caisse de retraite	100	75	75	100
Rendement des investissements	61,05	45,79	32,67	43,56
Pension à la retraite	161,05	120,79	107,67	143,56
Impôt sur la pension	40,26	—	—	35,89
Pension nette	120,79	120,79	107,67	107,67

Note : On suppose un taux réel de rendement de 10 % par an, un taux d'imposition de 25 % et une durée de l'investissement de cinq ans.

Les régimes fiscaux C et D dans le tableau prévoient l'imposition à deux occasions. Sous le régime C, l'épargne est constituée sur un revenu imposé, les revenus financiers de la caisse de retraite sont ensuite taxés, mais les prestations reçues sont exonérées d'impôt (IIE). L'exonération fiscale dans le régime D se fait au moment de la cotisation, tandis que les revenus financiers de la caisse de retraite ainsi que les prestations sont soumis à l'impôt (EII).

Là encore, les effets de ces deux régimes sont les mêmes, dans ce modèle simple. Mais le taux de rendement après impôt est maintenant inférieur au taux de rendement avant impôt (7,5 % au lieu de 10 %, c'est-à-dire $107,67 = 75 \times]1,075]^5$). Ces deux régimes ont pour résultat de décourager l'épargne, parce que la consommation présente vaut plus que la consommation future.

Les régimes EEI et IEE sont l'équivalent de l'« impôt sur les dépenses » que l'on rencontre dans la littérature sur les finances publiques, tandis que les régimes EII et IIE correspondent à un traitement fiscal du type impôt sur le revenu global. La raison de ces appellations est claire. Dans les deux premiers cas, seule la consommation ou la dépense est imposée, et ce au même taux, qu'elle se produise aujourd'hui ou à l'avenir. Par contre, les deux derniers régimes taxent tous les apports au revenu, qu'ils proviennent de salaires ou de revenus financiers du fonds d'investissement, et sans tenir compte de leur affectation finale (épargne ou consommation). Ces deux régimes fiscaux de référence représentent deux façons

d'interpréter la neutralité fiscale par rapport aux décisions d'épargne. L'égalisation des taux de rendement avant et après impôt conduit à un système qui est neutre par rapport à la consommation présente et future. Un impôt sur le revenu global est neutre par rapport à la consommation et à l'épargne, cette dernière étant traitée exactement de la même façon que n'importe quel autre forme de consommation. Mais l'épargne n'est pas un produit comme n'importe quel autre bien ou service. L'épargne représente un moyen d'assurer sa consommation future, et cela est particulièrement évident dans le cas de l'épargne pour la retraite. C'est la neutralité entre la consommation aujourd'hui et la consommation à la retraite qui est le concept pertinent en matière de fiscalité des pensions, et c'est l'impôt sur les dépenses qui permet de réaliser cette forme de neutralité[1].

II. UNE COMPARAISON INTERNATIONALE DU TRAITEMENT FISCAL DES PENSIONS

Après avoir traité la question de la fiscalisation des pensions en théorie, l'objet de cette section est de comparer la fiscalité des pensions en vigueur dans des pays membres de l'OCDE[2].

Le tableau 2 résume le traitement fiscal des pensions aux trois stades identifiés dans la section précédente : lors des cotisations, lors de l'accumulation du revenu des placements, et lors du versement des prestations.

La première colonne concerne le traitement fiscal des cotisations par rapport à l'impôt sur le revenu. Dans tous les pays sauf l'Australie, l'Islande et le Japon, les cotisations à la retraite sont déduites du revenu avant impôt ou alors bénéficient d'un dégrèvement fiscal. Cette déductibilité est limitée dans tous ces pays excepté le Canada et le Danemark. La limite peut être posée soit en fixant un plafond sur le montant total des cotisations, soit en accordant un abattement fiscal sur une partie seulement des cotisations, mais ces limites sont souvent fixées très haut et n'affectent qu'un petit nombre de personnes.

Les trois colonnes suivantes concernent le traitement fiscal du revenu des placements. Dans la plupart des pays, les revenus financiers accumulés par la caisse de retraite sont exonérés d'impôt, tandis que, en Australie et en Suède, le revenu des placements des caisses de retraite est imposé à un taux inférieur au taux marginal d'impôt sur le revenu.

Les deux dernières colonnes du tableau 2 concernent l'impôt sur la pension versée. Le traitement fiscal des retraits du fonds, qu'ils soient sous forme de rente ou de versement forfaitaire, varie de façon considérable. Tous les pays sauf la Nouvelle-Zélande prélèvent un impôt à ce stade, même si des avoirs fiscaux sont souvent disponibles. L'Australie, l'Irlande, le Japon et le Royaume-Uni, par exemple, permettent le retrait d'un montant forfaitaire, net d'impôt, de la caisse de retraite. Dans la plupart des pays, les retraits du régime de pension avant la retraite ne sont pas permis ; dans certains pays, toutefois, cela est possible à condition de s'acquitter d'une pénalité fiscale.

Tableau 2 : Traitement fiscal des plans de retraite individuels

Pays	Cotisations ISR[1]	Caisse de retraite			Retrait des pensions	
		ISR	Autres impôts		ISR ou IPV[1]	
	Déductible	Revenus financiers	Revenus financiers	Valeurs du fonds	Revenus réalisés	Valeur initiale
Allemagne	E[13]	E	E	E	I[14]	I[14]
Australie	I[1]	E	I[2]	E	I[3]	E[4]
Autriche	E[5]	E	E	E	I[6]	I[6]
Belgique	E[7]	E	E	I[8]	I[9]	I[9]
Canada	E	E	E	E	I[10]	I[10]
Danemark	E	E	I[11]	E	I	I
Espagne	E[7]	E	E	E	I	I
États-Unis	E[7]	E	E	E	I	I[22]
Finlande	E[12]	E	E	E	I	I
France	I	E	E	E	I	I
Irlande	E[7]	E[15]	E	E	I	I
Islande	I	E	E	E	I	I
Japon	I	E	E	E	I[16]	E
Luxembourg	E[7]	E	E	E	I	I
Norvège	E[7]	E	E	E	I[18]	I[18]
Nouvelle-Zélande	I	E	I	E	E	E
Pays-Bas	E[7],15	E	E	E	I[17]	I[18]
Portugal	E[7]	E	E	E	I[19]	I
Royaume-Uni	E[7]	E	E	E	I	I
Suède	E[7]	E	I[20]	E	I[21]	I[21]
Suisse	E[7]	E	E	E	I	I

Source : Tiré de : OCDE (1994a), tableau 4.4. Voir OCDE (1994a), Annexe 1 et OCDE (1994b) pour une description plus détaillée des régimes en vigueur dans les pays.

Note : Ce tableau concerne les plans de retraite individuels, et non ceux à la charge des employeurs. Les données sont relatives à janvier 1993. Les plans de retraite individuels existent en Italie depuis avril 1993. Ni la Grèce, ni la Turquie n'avaient un secteur de plans de retraite individuels en date de janvier 1993.

1. ISR = impôt sur le revenu ; IPV = impôt sur les plus-values ; E = exonéré d'impôt ; I = soumis à l'impôt.
2. Un dégrèvement d'impôt de 10 % est accordé sur les premiers 1 000 dollars australiens (670 dollars américains) de cotisations, sous réserve d'un examen des ressources (revenus).
3. Les revenus financiers des caisses de retraite sont taxés à 15 % ; les prestations, qu'elles soient sous forme forfaitaire ou de rente, sont imposées à des taux spéciaux, inférieurs.
4. Les cotisations déductibles sont traitées de la même manière que les prestations financées par les employeurs.
5. La moitié des cotisations sont déductibles, dans la limite d'un plafond annuel.
6. Un quart des pensions versées sous forme de rente qui proviennent des cotisations par les contribuables eux-mêmes à des caisses de retraite agréées est ajouté au revenu global et imposé à des taux ordinaires. Dans le cas d'un retrait « prématuré » de fonds de la caisse de retraite, une pénalité fiscale de 30 % peut être appliquée par rapport aux cotisations déductibles de l'impôt préalablement.
7. Déductible sous réserve de réglementations et de limites.
8. Une taxe de 0,17 % est prélevée seulement sur l'actif des associations à but non-lucratif (ASBL).
9. Les pensions versées sous forme de rente sont imposées au taux normal, mais elles remplissent les conditions requises pour un crédit d'impôt. Les prestations versées sous forme de montant forfaitaire sont imposées à un taux uniforme de 10 %.
10. Les retraits sont entièrement imposables dans le cadre de l'impôt sur le revenu, mais C$ 1 000 (US$ 780) par an des retraites versées (pension ou rente) sont soumis à un crédit d'impôt sur les pensions de retraite au taux d'imposition fédéral de base de 17 %.
11. Les intérêts réels courus sur les caisses de retraite sont imposables au sein de la caisse.
12. 60 % des cotisations sont déductibles dans la limite d'un plafond.
13. Les pensions individuelles privées ne peuvent prendre la forme que de l'assurance vie ; à ce titre, les primes payées sont déductibles jusqu'à certaines limites, lesquelles peuvent être épuisées par les cotisations obligatoires à la sécurité sociale.
14. Mais exonéré dans le cas de versements forfaitaires.
15. Uniquement pour des régimes agréés par le gouvernement.
16. Dans le cas de pensions versées sous forme de rente, le revenu net (recettes brutes moins les cotisations) est imposable aux taux de base. Dans le cas de versements forfaitaires, 50 % du revenu net dépassant 500 000 Y (4 000 $US) est imposable aux taux de base.
17. Les actifs sont pleinement imposés lorsqu'ils sont perçus par les retraités, que ce soit sous forme de versement forfaitaire ou de rente. Cela inclut lès cotisations initiales ainsi que les revenus financiers ou plus-values accumulés.
18. Les versements liés à une caisse privée de retraite et qui sont conformes au règlement fiscal sont imposables au même titre que les pensions.
19. Les versements forfaitaires, desquels on déduit le montant du capital investi, sont assujettis à l'impôt sur 20 % de la somme déboursée.
20. Le rendement annuel d'une caisse de retraite est imposé à 10 %.
21. Les retraits de la caisse de retraite sont imposés comme des revenus salariaux dans le cas où les cotisations initiales ont été déductibles ; ils sont exonérés d'impôt lorsqu'ils proviennent d'une caisse dans laquelle les cotisations initiales n'étaient pas déductibles.
22. Retraits assujettis à un impôt spécial de 10 % en sus de l'impôt sur le revenu s'ils sont effectués avant que le participant n'ait atteint l'âge de 59 ans et demi, sauf dans certaines circonstances.

Le tableau 2 montre que, dans la plupart des pays, la fiscalité des pensions se rapproche du cas de l'impôt sur les dépenses, c'est-à-dire déduction des cotisations de l'impôt sur le revenu, exonération fiscale du revenu des placements des caisses de retraite, et imposition des pensions versées. Seize pays suivent, dans ses grandes lignes, ce schéma, quoique la plupart dévient légèrement du modèle pur de l'impôt sur les dépenses.

III. TAUX MARGINAL EFFECTIF D'IMPOSITION DE L'ÉPARGNE RETRAITE

La diversité des impôts, des abattements fiscaux et autres déductions fiscales qui figurent dans le tableau 2 nous informe peu sur l'effet d'incitation de la fiscalisation des pensions. Cette section s'appuie sur un modèle simplifié de la décision d'épargner afin de résumer les effets des différents impôts. L'approche est adaptée de la méthode de King et Fullerton (1984), qui permet de mesurer les incitations à l'investissement dans le secteur des entreprises[3]. Le modèle examine les motivations, à la marge, de l'épargnant, c'est-à-dire un petit investissement supplémentaire dans un actif déjà détenu, lequel génère juste assez de rendements pour inciter à l'épargne. On suppose un taux réel fixe de rendement, avant impôt, de 5 %. On suppose également que 40 % des fonds sont investis dans des obligations et 60 % dans des actions, et que les dividendes rapportent un tiers du rendement réel des actions, avec deux tiers provenant de plus-values. On considère deux épargnants : l'un s'acquitte du taux marginal d'imposition appliqué à la tranche correspondant au revenu du salarié moyen[4] dans le pays en question ; l'autre s'acquitte du taux le plus élevé pour tous les impôts pertinents.

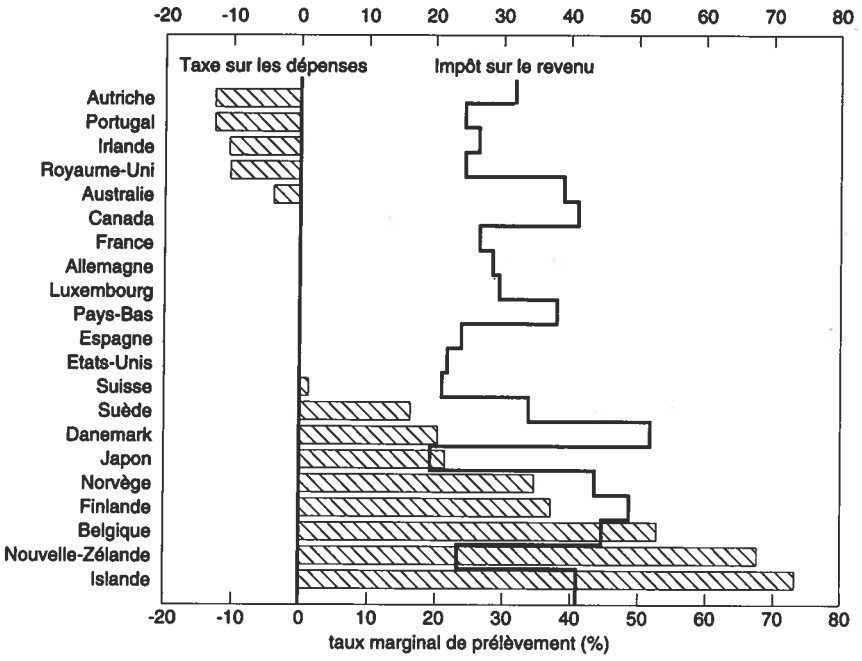
Les figures 1 et 2 montrent le taux marginal effectif d'imposition de l'épargne retraite dans 21 pays membres de l'OCDE en janvier 1993. La figure 1 montre le taux marginal effectif d'imposition pour un niveau moyen de revenus salariaux, et la figure 2 montre le taux maximal d'impôt sur le revenu. Les taux marginaux effectifs d'imposition dans le cadre des deux cas de référence décrits précédemment – le régime de l'impôt sur les dépenses et celui de l'impôt sur le revenu global – sont présentés à des fins de comparaison. Le taux effectif d'imposition sous un régime d'impôt sur les dépenses serait nul, puisque la rentabilité avant et après impôt est la même. Sous un régime d'impôt sur le revenu global, ce serait respectivement le taux maximal d'impôt sur le revenu ou le taux marginal sur des revenus salariaux moyens. Pour des raisons de clarté, les pays sont classés selon la valeur du taux marginal effectif d'imposition.

Les figures montrent le vaste éventail de traitements fiscaux possibles. Le régime le plus généreux accorde une prime fiscale de 12,5 % sur le taux d'imposition appliqué à la tranche des revenus moyens, allant jusqu'à 26,5 % sur les taux maximaux d'imposition ; le moins généreux a un taux marginal effectif d'imposition de 73 %.

Les pays peuvent être répartis en quatre groupes principaux selon le degré de générosité de leur régime fiscal. D'abord, il y a un groupe de pays qui accordent

aux pensions un traitement plus généreux que le cas de référence de l'impôt sur les dépenses : l'Australie, l'Autriche, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni. Ensuite, le Canada, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Espagne et les États-Unis appliquent aux pensions un régime fiscal du type impôt sur les dépenses.

Figure 1 : Taux d'imposition appliqué à la tranche correspondant au revenu du salarié moyen

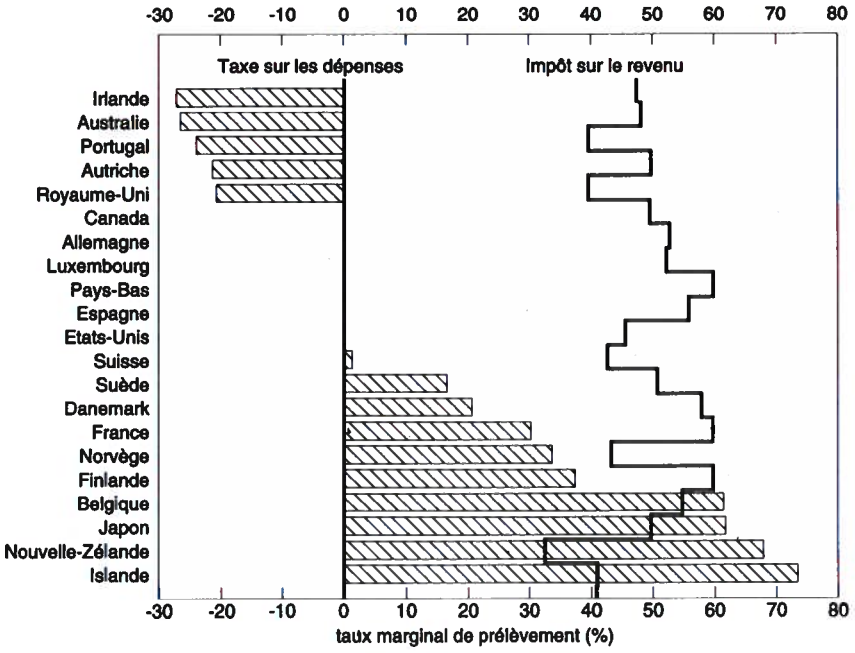


Note : Données calculées avec un taux moyen d'inflation dans l'OCDE de 3,7 % en janvier 1993.
Source : OCDE (1994a), tableaux 5.4, 5.5 et A2.2.

En troisième lieu, dans six autres pays – le Danemark, la France, la Finlande, la Norvège, la Suède et la Suisse –, le degré de générosité des régimes en vigueur se situe entre les deux cas de référence. Enfin, les régimes en Belgique, en Islande, au Japon et en Nouvelle-Zélande sont même moins généreux que dans le cas pur et simple d'un impôt sur le revenu global.

La valeur exacte attribuée au taux marginal effectif d'imposition est souvent très sensible aux hypothèses retenues. En particulier, il n'a pas été tenu compte du fait que, souvent, un retraité paie un impôt sur le revenu qui est inférieur à celui dont il s'acquittait pendant sa vie active, phénomène qui s'explique aussi bien par la progressivité du régime fiscal (les revenus à la retraite sont généralement plus bas) que par l'application de taux d'imposition spéciaux, réduits, sur

Figure 2 : Taux maximal d'imposition

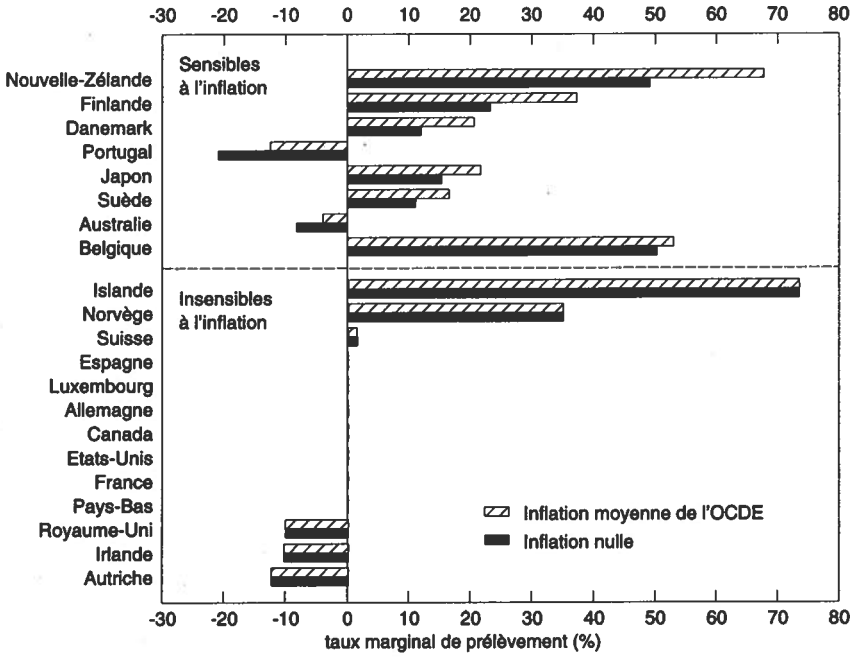


les pensions versées. Cela aurait pour effet de réduire le taux marginal effectif d'imposition. En outre, le taux marginal effectif d'imposition peut être sensible à l'inflation.

Un impôt pur sur le revenu global taxerait seulement les rendements *réels*, mais les pays qui soumettent les revenus des placements à l'impôt ont tendance à taxer les rendements *nominaux*, ce qui signifie que la charge fiscale réelle est sensible au niveau de l'inflation. Les taux marginaux effectifs d'imposition dans les figures 1 et 2 ont été calculés en supposant un niveau d'inflation de 3,7 % (moyenne OCDE en janvier 1993). La figure 3 examine la sensibilité des impôts à l'inflation, en comparant les résultats précédents avec ce que seraient les obligations fiscales sous l'hypothèse d'une inflation nulle, en gardant un rendement réel fixe de 5 %. Le rendement nominal est de 8,9 % dans le cas de l'inflation moyenne de l'OCDE, et de 5 % dans le cas d'une inflation nulle.

Étant donné la prédominance des régimes fiscaux du type impôt sur les dépenses ou des variantes proches de ce type de traitement fiscal, le taux marginal effectif d'imposition est insensible à l'inflation dans 13 pays. La sensibilité à l'inflation dans les huit autres pays apparaît pour une série de raisons. L'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Suède taxent les rendements nominaux au fur et à mesure qu'ils s'accumulent, si bien que le taux d'imposition augmente avec l'inflation. Le Japon et le Portugal taxent effectivement le rendement nominal en prélevant des

Figure 3 : Avec l'inflation moyenne de l'OCDE et une inflation nulle



Source : OCDE (1994a), tableaux 5.4 et 5.6.

impôts sur le retrait de la pension au net du montant cotisé. En Belgique, des impôts peuvent être prélevés sur la valeur de la caisse de retraite, et en Belgique, au Danemark et en Finlande, la sensibilité à l'inflation résulte de la fiscalisation de la valeur d'origine de l'actif.

IV. LES CAISSES DE RETRAITE DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS

Le tableau 3 donne un aperçu de l'importance des caisses de retraite dans un échantillon de pays membres de l'OCDE ; dans cinq d'entre eux, la valeur des actifs accumulés par les caisses de retraite dépassait 60 % du PIB en 1991. En Belgique et en France, par contre, les estimations plaçaient les caisses de retraite à seulement 2 % du PIB en 1991[5]. Ces divergences s'expliquent par un degré varié de diffusion des régimes privés de pension dans les pays ainsi que par des différences dans le mode de financement de la retraite. Dans les cinq pays ayant le secteur des caisses de retraite le plus important, la couverture des employés par des plans de pension à la charge des employeurs varie entre 50 % au Royaume-Uni et 92 % en Suisse. En Belgique, seulement 5 % des employés participent à ces

caisses de retraite d'entreprise, tandis qu'en France le faible chiffre s'explique par le régime en vigueur de financement des retraites par répartition.

Tableau 3 : Actifs accumulés par les caisses de retraite en pourcentage du PIB,1970-1991

	1970	1975	1980	1985	1991
Allemagne	3	3	3	4	4
Australie	—	—	—	—	39
Canada	14	14	19	25	35
Danemark	19	19	26	45	60
États-Unis	29	35	41	51	66
Japon	0	2	3	6	8
Pays Bas	29	36	46	68	76
Royaume-Uni	21	18	28	57	73
Suisse	38	41	51	59	70

Source : Banque mondiale (1994).
Note : Données calculées en supposant que la part totale des caisses de retraite gérées par les sociétés d'assurance vie (et par les banques dans le cas du Danemark) est la même entre 1970-1985 et 1991. Les estimations excluent les réserves comptables, très importantes en Allemagne et au Japon (respectivement 3% et 7% du PIB en 1991).

Dans des pays ayant des caisses de retraite d'une certaine ampleur, il y a eu une croissance rapide de leurs actifs : en 1991, leur taille relative était deux ou trois fois plus grande que celle qu'ils affichaient à une date aussi récente que 1970. Cette croissance reflète la maturation des plans privés de pension dans nombre de pays : au Royaume-Uni, par exemple, les caisses de retraite privées comptaient cinq cotisants pour chaque retraité en 1970, ratio qui est tombé à moins de deux en 1991[6]. Les caisses de retraite se sont développées également grâce à des taux réels de rendement élevés durant cette période, allant de 1,2 % par an en Suisse à 6,1 % au Royaume-Uni[7]. Dans nombre de pays, les caisses de retraite représentent une source importante de capitaux ; elles détiennent un quart des actions et la moitié des obligations de sociétés aux États-Unis, et un tiers des actions au Royaume-Uni[8].

Dans tous les pays cités sauf le Japon, le traitement fiscal des pensions se rapproche de l'impôt sur les dépenses ; la grande diversité quant à l'envergure des caisses de retraite dans le cadre de régimes fiscaux analogues est la preuve que des facteurs autres que le traitement fiscal des pensions – par exemple, le degré de générosité des pensions de l'État (voir le tableau 5 pour les dépenses publiques de retraite), la réglementation des caisses de retraite et le traitement fiscal d'autres instruments d'épargne – jouent également un rôle important dans la détermination de l'ampleur des caisses de retraite.

Les pensions privées jouent un rôle important et croissant dans l'apport de revenus aux personnes âgées, mais elles représentent aussi une base considérable d'actifs dans beaucoup de pays. Le tableau 4 montre, pour certains pays membres de l'OCDE, la part des revenus des personnes âgées de 65 à 74 ans qui

Tableau 4 : Pensions privées en pourcentage du revenu total

Pays	Année	Pension privée (en % du revenu total)	Année	Pension privée (en % du revenu total)
Allemagne	1981	12,8		
Australie	1981	7,8	1985	16
Canada	1981	10,4	1987	15,5
États-Unis	1979	12,5	1986	14,4
Pays Bas	1983	28,2		
Royaume-Uni	1979	14,9	1986	22
Suisse	1982	13,5		

Note : Données concernant les personnes âgées de 65 à 74 ans.
Source : Luxembourg Income Study.

Tableau 5 : Pensions publiques dans les pays membres de l'OCDE

Pourcentage du PIB	1980	1985	1990
Allemagne	9,8	9,4	8,7
Australie	3,9	3,7	3,4
Belgique	7,6	7,9	7,1
Canada	3	3,8	4,3
Danemark	5	4,3	4,6
Espagne	5,2	6,6	7,4
États-Unis	4,2	4,6	4,4
Finlande	5,5	7,3	7,2
France	9,3	8,5	10,5
Grèce	4,9	9,1	12,8
Irlande	4	4,6	5,9
Italie	8,5	10,7	12,8
Japon	3	3,7	3,9
Luxembourg	8,3	7,5	7,5
Nouvelle-Zélande	6	6,2	6,7
Pays-Bas	7,1	6,9	8,9
Portugal	4,2	4,3	6
Royaume-Uni	7,2	7,8	8,8
Suède	8,5	9,3	9,6

Source : OECD Social Expenditures Database.

provient de plans privés de pensions. Même si les données ne sont pas très récentes – elles couvrent la période allant de la fin des années 70 au début des années 80 et celle allant du milieu à la fin des années 80 –, elles montrent qu'en moyenne 14 % des revenus des personnes âgées provenaient, aux alentours de 1980, de plans privés de pension. Dans les quatre pays pour lesquels des données sur deux ans sont disponibles, la part des pensions privées a augmenté de 11 % à 17 % du revenu entre le début et le milieu des années 80. Au Royaume-Uni, cette proportion a continué de croître, atteignant 24 % en 1992[9].

V. MESURER LE COÛT, EN TERMES DE RECETTES PUBLIQUES, DES INCITATIONS FISCALES EN MATIÈRE DE PENSIONS

Le concept d'une « dépense fiscale » a été créé en reconnaissance du fait que le régime fiscal peut être utilisé pour atteindre des objectifs analogues à ceux des

programmes de dépenses publiques, mais que la justification des coûts et avantages des mesures fiscales est souvent moins rigoureuse et régulière que pour les dépenses directes. Une dépense fiscale apparaît lorsque le régime fiscal en vigueur s'écarte d'un régime fiscal de référence donné. En général, cette norme inclut la structure des taux d'imposition, les conventions en matière de comptabilité, les dispositions administratives, et les dispositions relatives aux engagements fiscaux internationaux. Définir une dépense fiscale dans la pratique n'est pas toujours facile ; pour certaines mesures fiscales, en effet, il est difficile de dire si elles font partie du régime fiscal de référence ou si, au contraire, elles en font exception[10]. Les dépenses fiscales sont habituellement calculées en se servant de la méthode dite « de renonciation à des recettes », laquelle estime l'impôt qui aurait été dû *ceteris paribus* si l'avoir fiscal était supprimé et si le comportement économique des agents demeurait inchangé.

En permettant le prélèvement d'un impôt à trois occasions, les pensions rendent possible la définition d'un vaste éventail de cas de référence, dont un sous-ensemble a été présenté dans le tableau 1. Les méthodes appliquées par les pays pour calculer les dépenses fiscales liées aux pensions sont différentes, et un certain nombre de pays (y compris la Belgique, le Canada et le Royaume-Uni) ont récemment changé leurs méthodes de notification des dépenses fiscales liées aux pensions. En Australie, au Canada, en Espagne et aux États-Unis, l'impôt sur le revenu global – régime dans lequel les prestations de pension sont exonérées d'impôt alors que les cotisations ainsi que le revenu des placements sont taxés – sert de régime de référence, quoique généralement sans ajustement pour l'inflation, ce qui signifie que les rendements nominaux plutôt que les rendements réels sont taxés. Au Royaume-Uni, le traitement fiscal en vigueur est comparé à un régime dit « non agréé », dans lequel les cotisations et le revenu des placements sont taxés mais le retrait de la pension sous forme de versement forfaitaire est exonéré d'impôts. Cela est l'équivalent d'un traitement fiscal fondé sur l'impôt sur le revenu global. Certains pays (comme les Pays-Bas) ne déclarent pas du tout les dépenses fiscales liées aux pensions, alors que d'autres (par exemple, l'Allemagne) choisissent un régime de référence qui est beaucoup plus proche du régime en vigueur.

Les résultats obtenus sont très sensibles au choix du régime de référence qui est fait. La différence dans les résultats lorsque l'on mesure le coût par rapport à l'impôt sur le revenu global, d'un côté, et par rapport à l'impôt sur les dépenses, de l'autre, peut être visualisée par les positions relatives des deux lignes dans les figures 1 et 2 ; la ligne de référence par rapport à laquelle le traitement en vigueur est comparé est de 25 à 50 % plus élevée (selon le régime fiscal du pays) dans le cas de l'impôt sur le revenu global. Dilnot et Johnson (1993a, b) affirment que, puisqu'un impôt sur les dépenses constitue le traitement fiscal le plus approprié en matière de pensions, les dépenses fiscales devraient être calculées par rapport à cette norme. Un deuxième argument en faveur du choix de l'impôt sur les dépenses comme point de référence consiste à dire que, en réponse à la

Tableau 6 : Coût, en termes de recettes publiques, des incitations fiscales en matière de pensions

Pays	Dépenses fiscales	Année	Montant en monnaie nationale	Montant des recettes fiscales totales (%)
Australie	Conditions privilégiées en faveur des cotisations de retraite, du revenu des placements et des prestations versées	1992-1993 (1985-1986)	5,3 milliards A$ (3,2 milliards A$)	4,6 (4,4)
Belgique	Epargne-retraite privée Plans de retraite à la charge des employeurs (« Assurance-groupes »)	1989 (1986) 1988 (1985)	8,9 milliards BF (7,5 milliards BF) 3,7 millards BF (3,5 milliards BF)	0,3 (0,3) 0,1 (0,2)
Canada	Plans d'épargne-retraite agréés Caisses de retraite agréées	1989 1989	3,23 milliards C$ 7,7 milliards C$	2,5 5,9
Finlande	Exonération fiscale des retraites complémentaires publiques Déduction des pensions de retraite de l'impôt municipal	1991 (1986) 1991 (1986)	680 millions FMk (440 millions FMk) 3,08 milliards FMk (2,67 milliards FMk)	0,3 (0,3) 1,5 (1,9)
Allemagne	Taux uniforme d'imposition de 15 % sur les cotisations imposables de l'employeur aux caisses de retraite d'entreprise	1991	1,68 milliard DM	0,2
Irlande	Cotisations des employés à des caisses de retraite agréées Exonération fiscale du revenu financier des caisses de retraite agréées Primes d'assurance-vieillesse des travailleurs indépendants	1990 1990 1990-1991	52,5 millions IR £ 200 millions IR £ 23 millions IR £	0,5 2 0,2
Portugal	Plans d'épargne-retraite	1992	2,8 milliards Esc	0,1
Espagne	Avantages fiscaux pour les caisses de retraite	1993	16 milliards Ptas	0,1
Suède	Caisses de retraite	1992	9,7 milliards SKr	1,3
Royaume-Uni	Allégements fiscaux pour les retraites professionnelles Allégements fiscaux pour les cotisations aux plans de retraite individuels (y compris les primes d'assurance-vieillesse et les « cotisations volontaires de retraites complémentaires » *(free-standing additional voluntary contributions)*	1993-1994 (1987-1988) 1993-1994 (1987-1988)	7,4 milliards £ (6,3 milliards £) 1,6 milliard £ (0,5 milliard £)	3,2 3,6 0,7 0,3
États-Unis	Plans de retraite à la charge des employeurs Plans de retraite individuels (IRA) Plans Keogh	1991 1991 1991	48 milliards $ 6,9 milliards $ 1,6 milliard $	3 0,4 0,1

Note : Les chiffres ne sont pas comparables d'un pays à l'autre.
Source : OCDE (1994a, 1995) ; Australie, Department of the Treasury (1994) ; Belgique, Chambre des représentants (1992) ; Canada, Department of Finance (1993) ; Royaume-Uni, H.M. Treasury (1993) ; États-Unis, Joint Committee on Taxation (1993) et Treasury (1994).

suppression d'incitations fiscales en matière de pensions, les flux d'épargne se dirigeraient vers des actifs présentant des avantages fiscaux analogues. En tenant compte de la réaction des agents économiques, le surplus de recettes fiscales qui résulterait de la suppression des incitations fiscales en matière de pensions serait

limité. Dilnot et Johnson ont estimé que, lorsqu'elles étaient calculées de cette façon, les dépenses fiscales liées aux pensions au Royaume-Uni s'élevaient à 1,5 milliard de livres, comparé aux 7 milliards de livres déclarés dans les chiffres officiels.

Le tableau 6 montre les dépenses fiscales liées aux pensions, déclarées par les gouvernements de pays membres de l'OCDE, en monnaie nationale et en pourcentage des recettes fiscales totales. Par rapport au cas de référence de l'impôt sur le revenu global, la perte de recettes est de l'ordre de 3 % à 5 % des recettes fiscales totales en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Cependant, la plupart de ces chiffres nationaux ne sont pas comparables entre eux, parce que la perte de recettes fiscales est évaluée par rapport à des régimes de base différents. Ces chiffres ne doivent pas non plus être considérés comme une indication des recettes supplémentaires qui résulteraient de la suppression d'allégements fiscaux pour les pensions, car une telle mesure provoquerait des réactions de la part des agents économiques.

VI. CONCLUSION : OBJECTIFS POUR LE RÉGIME FISCAL

Dans la première section de cet article, l'idée avancée est que, pour des raisons de neutralité dans l'allocation intertemporelle de la consommation entre les périodes de la vie active et de la retraite, l'impôt sur les dépenses constitue le traitement fiscal le plus approprié en matière d'épargne retraite. Il y a d'autres raisons de penser que l'impôt sur les dépenses représente le meilleur moyen de fiscaliser les pensions, notamment celles de l'équité et de la simplicité.

D'abord, dans les plans à « prestations définies », dans lesquels la valeur de la prestation de retraite est liée aux revenus et au nombre d'années de participation au plan, il n'est pas possible d'attribuer la propriété des actifs du fonds à des membres particuliers du régime. A tout moment au cours de la participation au régime, la valeur de la pension dépend de deux variables futures et incertaines – la durée totale de participation et les revenus futurs – et donc la valeur du fonds et des revenus des placements ne peut pas être affectée individuellement. Lorsque les taux marginaux d'impôt sur le revenu varient (comme dans tout régime fiscal progressif), il n'est pas possible de trouver un taux d'imposition approprié pour l'appliquer à la caisse de retraite, sauf si un taux arbitraire est fixé. Cela s'applique aussi aux cotisations à la caisse : dans un plan à prestations définies, il n'y a aucun rapport entre les cotisations et la prestation de retraite qui se constitue, et les cotisations des employeurs représentent habituellement un certain pourcentage de la masse salariale globale[11]. En outre, fiscaliser les seules cotisations des employés et non celles des employeurs (ou vice versa) est inutile, car les travailleurs, les entreprises et les caisses de retraite s'arrangeront pour payer toutes les cotisations de la manière la plus rentable pour eux, du point de vue des impôts. Aux États-Unis, du fait que les cotisations des employés à certaines caisses de retraite ne bénéficient pas de dégrèvements fiscaux alors que les cotisations des

employeurs sont déductibles, très peu d'employés cotisent, de sorte que très peu de recettes sont collectées. Ce n'est pas un hasard si les cotisations de retraite et le rendement des caisses de retraite ne sont pas imposés dans 16 des pays membres de l'OCDE.

En deuxième lieu, il peut être difficile d'identifier les revenus des placements, surtout ceux sous forme de plus-values latentes. Imposer les gains lors de leur réalisation plutôt qu'au fur et à mesure de leur accumulation pose des problèmes différents.

En troisième lieu, comme le montre la figure 3 sur les taux marginaux effectifs d'imposition, l'impôt sur le revenu global rencontre quelques difficultés quant à la prise en compte de l'inflation. La fiscalisation du revenu des placements se fait souvent sur la base du rendement *nominal*, ce qui signifie que le rendement réel après impôt tombe encore plus en dessous du rendement réel avant impôt. Si, par exemple, le taux d'intérêt réel était de 2,5 % et l'inflation de 7,5 %, alors les régimes IIE et EII sans ajustement pour l'inflation conduiraient à une pension nette sans aucun rendement réel : le rendement nominal de 7,5 % après impôt est juste assez pour compenser l'inflation. Un niveau plus élevé d'inflation donnerait des rendements réels négatifs. Beaucoup de pays de l'OCDE taxent en effet certains actifs de cette façon, comme les comptes rémunérés ordinaires[12]. Par contre, l'impôt sur les dépenses, en évitant de taxer le revenu des placements, permet de maintenir égaux les rendements réels avant et après impôt, quel que soit le dosage d'inflation et de rendement réel dans le taux d'intérêt nominal.

Il n'est pas souhaitable que le régime fiscal altère l'allocation intertemporelle de la consommation sans bonne raison. Un traitement fiscal sur la base de l'impôt sur le revenu global encourage la consommation présente aux dépens de la consommation future, et ce encore plus en cas d'inflation, tandis qu'un impôt sur les dépenses est neutre de ces deux points de vue. Mais un impôt sur le revenu global permet de collecter davantage de recettes à un taux d'imposition donné : le total actualisé des recettes fiscales perçues est de 25 pour l'impôt sur les dépenses et de 31 pour l'impôt sur le revenu global dans l'exemple donné dans le tableau 1. L'assiette fiscale plus large du revenu global permet de collecter les mêmes recettes fiscales avec un taux d'imposition plus bas. Cela pourrait avoir d'importants effets économiques à travers des incitations visant l'offre de main-d'œuvre et la motivation à travailler dans l'économie parallèle.

Un deuxième concept de la neutralité fiscale par rapport aux décisions d'épargne a trait à la neutralité entre différents types d'instruments d'épargne. Si un instrument d'épargne est taxé moins lourdement que d'autres, il aura tendance à attirer des fonds aux dépens de ces derniers. Il en résulte des inefficacités économiques, puisque les décisions sont altérées par rapport à celles qui auraient été prises dans un contexte d'exonération fiscale. Dans la plupart des pays membres de l'OCDE, l'épargne pour la retraite est traitée de manière particulièrement fa-

vorable. Une série d'arguments sont avancés en faveur de ce traitement relativement généreux :

– l'État doit s'assurer que ses citoyens puissent maintenir un niveau de vie à la retraite proche de celui qu'ils avaient durant la vie active ;

– en encourageant la prise de dispositions individuelles pour la retraite, le coût des prestations de la sécurité sociale pourrait être réduit, notamment lorsque les prestations versées sous conditions de ressources sont une source importante de revenus à la retraite ;

– l'État doit accroître l'épargne à long terme afin de renforcer le niveau et/ou la stabilité du capital disponible pour investissement.

Le premier argument est paternaliste ; l'État propose des incitations à l'épargne en vue de la retraite (par rapport à la consommation, tant présente que future, de la période de préretraite) parce que, en l'absence de ces incitations, les individus manqueront de faire des provisions « suffisantes »[13]. Il y a un certain nombre de raisons qui expliquent, d'une part, pourquoi ce raisonnement n'est peut-être pas valable, et d'autre part, pourquoi le régime fiscal ne représente pas le moyen le plus approprié d'atteindre ces objectifs. Il est difficile de définir la notion de « suffisance » du revenu à la retraite au-delà d'un minimal adéquat. Proposer des incitations fiscales pour l'épargne-retraite ne garantit pas forcément que tout le monde atteindra le standard minimal ; d'aucuns manqueront à leurs engagements, d'autres les dépasseront. Il y a d'autres moyens, plus efficaces et peut-être moins générateurs de distorsions, de s'assurer que le niveau de vie à la retraite se rapproche de celui de la vie active : l'État pourrait rendre obligatoire un certain niveau de cotisations pour la retraite ou assurer des retraites liées aux salaires avec des taux de remplacement élevés.

Le deuxième argument est celui de l'« aléa moral » *(moral hazard)* :

– les individus ne pourvoiront pas à leurs besoins s'ils savent que l'État leur assurera un revenu adéquat de toute façon. Mais, là encore, donner des privilèges fiscaux aux pensions n'est pas nécessairement une manière efficace de minimiser le coût pour l'État, notamment en vue de la réduction en recettes courantes qui résulte de l'avantage fiscal accordé.

Bien que les incitations fiscales pour les pensions favorisent l'accroissement de l'épargne en vue de la retraite (se référer, par exemple, au « succès » des plans d'épargne retraite agréés, RRSP, au Canada, des pensions individuelles au Royaume-Uni, et des plans de retraite individuels, IRA, aux États-Unis[14]), il est difficile d'établir avec certitude si cela résulte de la substitution des pensions à d'autres instruments d'épargne ou d'une croissance de l'épargne globale. Si les individus se fixent un objectif d'épargne pour la retraite, un nouvel avantage fiscal pour les pensions pourrait les inciter à réduire l'épargne courante, puisque le niveau de leur revenu à la retraite ne serait pas réduit. L'avantage fiscal aurait un coût pour le gouvernement en termes de recettes réduites, ce qui réduirait à son tour l'épargne publique. L'effet sur l'épargne nationale dans son ensemble est donc incertain.

Les données empiriques sur l'effet des mesures d'incitation fiscale sur l'épargne ne sont pas concluantes. Selon le commentaire d'Alan Blinder : « ... *Rien* ne permet de dire que les incitations fiscales qui augmentent le taux de rentabilité de l'épargne relancent le taux d'épargne nationale. *Rien. Aucune* preuve. Ce point de vue fait aujourd'hui l'objet d'un consensus dans les milieux économiques[15]. »

Beaucoup d'études, notamment des études sur les IRA aux États-Unis, ont démontré l'existence d'un effet positif[16], mais d'autres se montrent sceptiques[17]. L'étude de l'OCDE (1994a) sur la fiscalité et l'épargne conclut ainsi son enquête des données dans un certain nombre de pays : « Il n'y a pas de preuve concrète permettant d'affirmer que le niveau de fiscalité, conjugué à d'autres facteurs affectant le taux de rendement, a généralement une incidence sur le niveau de l'épargne[18]. »

Étant donné la nature peu concluante de la littérature, l'idée selon laquelle la volonté d'accroître l'épargne à l'échelle de l'économie peut ou doit se réaliser par la fiscalisation des pensions est à manier avec prudence ■

Bibliographie

- BOADWAY, R., et WILDASIN, D., « Taxation and Savings : A Survey », *Fiscal Studies*, vol. 15, n° 3, p. 19-63, 1994.
- BRANCATO, C. K., « The Brancato Report on Institutional Investment, the Conference Board, Seminar on Trends in US Institutional Investment and Implications for Corporate Governance », New York, 1994.
- CARROLL, C., et SUMMERS, L. H., « Why Have Private Savings Rates in the United States and Canada Diverged ? », *Journal of Monetary Economics*, vol. 20, p. 249-280, 1987.
- DIAMOND, P., « A Framework for Social Security Analysis », *Journal of Public Economics*, vol. 8, p. 275-298, 1977.
- DILNOT, A. W. (1992), « Taxation of Private Pensions : Costs and Consequences », *in* OCDE, *Les Régimes de retraite privés et la politique gouvernementale*, Paris, 1992.
- DILNOT, A. W., DISNEY, R. F., JOHNSON, P. G., et WHITEHOUSE, E. R., *Pensions Policy in the UK : An Economic Analysis*, Institute for Fiscal Studies, Londres, 1994.
- DILNOT, A.W., et JOHNSON, P. G. (a), *The Taxation of Private Pensions*, Institute for Fiscal Studies, Londres, 1993.
- DILNOT, A. W., et JOHNSON, P. G. (b), « Tax Expenditures : the Case of Occupational Pensions », *Fiscal Studies*, vol. 14, n° 1, p. 42-56, 1993.
- DISNEY, R. F., et WHITEHOUSE, E. R., « Personal Pensions and the Review of the Contracting Out Terms », *Fiscal Studies*, vol. 13, n° 1, p. 38-53, 1992.
- DISNEY, R. F., et WHITEHOUSE, E. R., « What are Pension Plan Entitlements Worth in Britain ? », *Economica*, à paraître, 1995.
- FEENBERG, D., et SKINNER, J., « Sources of IRA Saving », in Summers, L. H. (ed.), *Tax Policy and the Economy*, 3, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1989.
- GRAVELLE, J. G., « Do Individual Retirement Accounts Increase Savings ? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 5, n° 2, p. 133-148, 1991.
- GYLFASON, T., « Optimal Saving, Interest Rates and Endogenous Growth », *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 95, n° 4, p. 517-533, 1993.
- HOFFMAN, E., et LAMBERT, S., « The 1993 Share Register Survey », *Economic Trends*, octobre, p. 124-129, 1993.
- Institute for Fiscal Studies Capital Taxes Group, *Taxing Savings and Profits*, Institute for Fiscal Studies, Londres, 1995.
- JOHNSON, P. G., « The Taxation of Occupational and Private Pensions in Europe : the Theory and the Practice », in Mortensen, J. (ed.), *The Future of Pensions in Europe*, Brassey's, London for Centre for European Policy Studies, Bruxelles, 1992.

- KING, M. A., et FULLERTON, D., *The Taxation of Income from Capital: A Comparative Study of the United States, United Kingdom, Sweden and West Germany*, Chicago University Press, Chicago, 1984.
- MEADE, J. E., *The Structure and Reform of Direct Taxation*, Allen and Unwin for the Institute for Fiscal Studies, Londres, 1978.
- MUNNELL, A., « Private Pensions and Saving : New Evidence », *Journal of Political Economy*, vol. 84, p. 1013-1031, 1986.
- OCDE, *Dépenses fiscales : problèmes et pratiques suivies par les pays*, Paris, 1984.
- OCDE, *L'Imposition des bénéfices dans une économie globale : questions nationales et internationales*, OCDE, Paris, 1991.
- OCDE, (a) *Fiscalité et épargne des ménages*, OCDE, Paris, 1994.
- OCDE, (b), *Fiscalité et épargne des ménages : enquêtes par pays*, Paris, 1994.
- OCDE, (c), *La Situation des ouvriers au regard de l'impôt et des transferts sociaux*, Paris, 1994.
- OCDE, *Dépenses fiscales : expériences récentes*, Paris, 1995.
- ROBSON, M. H., « Taxation and Household Saving : Some Reflections on the OECD Report », *Fiscal Studies*, vol. 16, n° 1, p. 38-57, 1995.
- United Kingdom, Department of Social Security, Social Security Statistics 1994, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1994.
- VENTI, S. F., et WISE, D. A., « Tax-Deferred Accounts, Constrained Choice and Estimation of Individual Saving », *Review of Economic Studies*, vol. 53, p. 579-601, 1986.
- World Bank, *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press for the International Bank for Reconstruction and Development, 1994.

Notes

1. *Sur ces questions, Meade Committee (1978), et IFS Capital Taxes Group (1995).*
2. *Voir aussi Dilnot (1992) et Johnson (1993) sur des comparaisons internationales de mesures d'incitation fiscale en matière de pensions.*
3. *Voir Annexe 2 de OCDE (1994a) pour une description détaillée de la méthodologie telle qu'elle est appliquée ici ; OCDE (1991) et Scott (1987) font une présentation détaillée de l'approche King-Fullerton.*
4. *Voir OCDE (1994c) pour une description. En 1993, le travailleur moyen en France gagnait 113 200 francs.*
5. *« The Economist », 30 mars 1991.*
6. *Annexe 5.1 de Dilnot, Disney, Johnson et Whitehouse (1994).*
7. *Davis (1993).*
8. *Brancato (1994) et Hoffman et Lambert (1993).*
9. *Department of Social Security (1994).*
10. *Voir OCDE (1984, 1995) et Surrey (1975) pour une analyse détaillée.*
11. *Voir Disney et Whitehouse (1995).*
12. *Voir OCDE (1994), tableau 4.1.*
13. *Diamond (1977).*
14. *Voir Carroll et Summers (1987) sur les RRSP ; Disney et Whitehouse (1992a, b) sur les pensions individuelles ; et Venti et Wise (1986, 1987) et Gravelle (1989, 1991) sur les IRA.*
15. *Interview dans « Challenge », septembre-octobre 1992, cité par Gylfason (1993). Blinder est professeur à l'université de Princeton et fait partie des conseillers économiques du président Clinton.*
16. *Voir, par exemple, Hibbard (1984), Venti et Wise (1987), et Feenberg et Skinner (1989).*
17. *Par exemple, Gravelle (1989, 1991) et Munnell (1986).*
18. *OCDE (1994a), p. 189. Voir aussi Robson (1995) et Boadway et Wilasdin (1994) pour une analyse.*

JEAN LEMAIRE*

30 SYSTEMES DE BONUS-MALUS

MOTS CLEFS : *assurance automobile* ▪ *bonus-malus* ▪ *comparaison internationale* ▪ *modèle de simulation* ▪

Les barèmes de tarification fondés sur la sinistralité observée des assurés en responsabilité civile automobile font l'objet de simulation et de comparaisons dans 22 pays. Les principaux outils statistiques utilisés sont les niveaux moyens des primes à l'équilibre, la variabilité des paiements effectués par les assurés, leur élasticité par rapport à la fréquence des sinistres, et l'ampleur d'un phénomène défini comme l'« appât du bonus ». L'analyse factorielle est utilisée pour définir un indice résumé de sévérité des différents systèmes.

Aujourd'hui, la plupart des pays ont mis en place des barèmes de tarification fondés sur le mérite, ou des systèmes de bonus-malus (SBM), dans la responsabilité civile automobile. De tels systèmes de tarification pénalisent les assurés fautifs dans les accidents par la majoration des primes à payer et récompensent les assurés sans sinistres dans l'année par des remises de prime. Cette étude se sert des techniques de simulation pour comparer les SBM en vigueur dans 6 pays d'Asie de l'Est (Hongkong, Japon, Corée du Sud, Malaisie-Singapour, Taïwan, Thaïlande), et dans 14 pays européens (Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Suisse et Royaume-Uni), ainsi qu'au Kenya et au Brésil. Certains de ces pays ont récemment changé leur système. Dans ces cas-là, et l'ancien et le nouveau SBM sont analysés, afin d'évaluer l'impact des récentes modifications.

Les cadres réglementaires dans les pays de l'échantillon sont extrêmement diversifiés, allant de la liberté totale (comme au Royaume-Uni, où chaque assureur est libre de définir son propre SBM) aux systèmes étatiques (la Suisse, où toutes les compagnies doivent appliquer le même SBM), en passant par un grand nombre de situations intermédiaires (par exemple le Danemark, où les assureurs appliquent les règlements de SBM assez librement).

L'approche adoptée concernant la structure du système bonus-malus dépend évidemment de la réglementation en vigueur.

* *Hongmin ZI, Wharton School, University of Pennsylvania.*
Version anglaise publiée dans le bulletin « Astin », vol. 24.2, novembre 1994.

Si un tarif donné est imposé par le gouvernement et que chaque assureur est obligé de l'appliquer, il n'y a pas de pression commerciale pour ajuster les primes aux risques en mettant à profit toute information pertinente disponible. Les pouvoirs publics peuvent décider, pour des raisons socio-politiques, d'exclure de la structure tarifaire certains facteurs de risque, même s'il y a une corrélation significative entre ces derniers et les pertes. Le gouvernement pourrait alors chercher à corriger les insuffisances du système de base en instaurant un SBM sévère. Dans un marché libre, les assureurs doivent appliquer un barème de tarification qui permette d'ajuster les primes aux risques le plus étroitement possible, ou du moins autant que les structures tarifaires appliquées par les concurrents. Pour cela, il faut utiliser pratiquement toute variable de stratification corrélée aux risques, faute de quoi on compromet ses chances d'être choisi parmi les concurrents et on court le risque de subir les effets d'une sélection adverse. Il faut donc s'attendre à ce que, dans les pays à marché libre, on utilise plus de variables de stratification usuelles, ce qui réduit le besoin pour un SBM sophistiqué.

En dépit de ces différences majeures de perspective, la comparaison des SBM d'un pays à l'autre peut se révéler intéressante, ne serait-ce que pour permettre aux différents pays d'évaluer, par rapport à leurs voisins, le degré de sévérité de leur SBM. Cette étude élargit et met au jour les résultats d'une étude précédente (Lemaire, 1988) dans laquelle 13 SBM furent analysés. Deux motivations principales sont à l'origine de cette mise à jour : plusieurs pays ont modifié leur SBM depuis 1988, imposant des pénalités sévères en cas de sinistre ; alors que l'étude précédente portait sur les sociétés d'assurances, le travail présent met l'accent sur l'assuré. Par exemple, cette recherche évalue l'évolution de la prime moyenne et de sa variabilité en fonction de la fréquence des sinistres de l'assuré. L'étude précédente évaluait les encaissements de l'assureur, au moyen d'une fonction de densité pour la fréquence des sinistres dans le portefeuille (la *structure function*) et d'un modèle sur le nombre de nouveaux assurés et de résiliations de contrats. Les deux approches donnent des résultats très différents. Dans la plupart des pays, le flux constant de nouveaux conducteurs subventionne les contrats d'assurance existants ; le niveau moyen des primes dans un portefeuille ouvert est plus élevé que la prime anticipée pour un assuré moyen.

La section 2 qui suit présente les outils statistiques utilisés dans l'analyse : le niveau moyen relatif des primes à l'équilibre ; le coefficient de variation des primes, en fonction du temps et de la fréquence des sinistres ; l'élasticité des primes par rapport à la fréquence des sinistres ; et le nombre moyen de non-déclaration de sinistres pour éviter des majorations futures de prime. Il existe une corrélation positive significative entre ces mesures. Dans la section 3, l'analyse factorielle permet de résumer les données et de définir un indice de sévérité pour tous les systèmes, sous forme de note obtenue par rapport à la première composante principale.

I. OUTILS STATISTIQUES POUR LA COMPARAISON DES SYSTÈMES

Tous les SBM ont été simulés, en supposant que le nombre de sinistres fautifs pour un assuré donné suit une distribution de Poisson, de paramètre λ. Toutes les valeurs de λ entre 0 et 1 ont été prises en compte. Dans beaucoup de pays, la sinistralité moyenne dans un portefeuille typique est inférieure ou égale à 10 %. Cette valeur moyenne a été fixée comme valeur de référence pour des présentations sommaires.

Dans quelques pays, le barème de départ dans le SBM dépend de variables exogènes, telles que l'âge du conducteur ou le kilométrage annuel du véhicule. Toutes les simulations ont été effectuées sous l'hypothèse d'un nouvel assuré conduisant moins de 15 000 kilomètres par an dans une voiture de tourisme, hors usage professionnel[1].

1. Le niveau moyen relatif des primes à l'équilibre

Une conséquence apparemment inéluctable de la mise en application d'un SBM est la décroissance progressive du niveau moyen observé des primes, due à une concentration du nombre d'assurés dans les catégories d'assurés bénéficiant d'une forte remise de prime. Avec une sinistralité moyenne égale ou inférieure à 10 %, il serait nécessaire de pénaliser chaque sinistre par une rétrogradation de neuf catégories pour maintenir une distribution équilibrée des assurés entre les différentes catégories. De si lourdes pénalités étant commercialement intenables, on observe une tendance de concentration de la plupart des contrats dans les catégories d'assurés les plus basses du SBM.

Pour tous les systèmes, le niveau moyen des primes d'un assuré dont la fréquence des sinistres est de 10 % a été simulé sur trente ans, la période maximale qui semble nécessaire à la plupart des SBM pour atteindre l'équilibre. La figure 1 présente l'évolution du niveau moyen des primes dans les pays de l'échantillon[2]. Dans un système simple comme le système taïwanais, la prime décroît fortement les premières années, c'est-à-dire le temps qu'il faut pour les meilleurs assurés d'atteindre le niveau de remise de primes le plus élevé. Le système se stabilise alors rapidement. Dans le cas des systèmes plus sophistiqués, la prime diminue de façon beaucoup plus régulière, et le régime permanent n'est pas atteint avant trente ans.

Étant donné la grande diversité des systèmes en vigueur, les niveaux moyens en régime stationnaire sont difficilement comparables. D'où la définition d'un niveau moyen relatif en régime stationnaire (*relative stationary average level*, ou RSAL) comme suit :

$$RSAL = \frac{\textit{niveau moyen en régime stationnaire} - \textit{niveau minimal}}{\textit{niveau maximal} - \textit{niveau minimal}}$$

1. *Les hypothèses spécifiques à des pays particuliers peuvent être obtenues auprès de l'auteur.*
2. *L'analyse de l'évolution du niveau moyen des primes dans les pays de l'échantillon conduit aux observations suivantes.*

Exprimé en pourcentage, le RSAL est un indice qui détermine la position relative de l'assuré moyen, lorsque la prime la plus basse est fixée à 0 et la plus élevée à 100. Une faible valeur de RSAL est signe d'une forte concentration des contrats dans les catégories d'assurés les plus basses du SBM. Un RSAL élevé dénote une meilleure distribution des contrats entre les différentes catégories d'assurés. Le tableau 1 classe tous les systèmes selon le RSAL. Les trois premiers pays sur cette liste ont des systèmes très simples, des systèmes du bonus seulement : en cas de sinistre, l'assuré perd la totalité de la remise accumulée sur plusieurs années.

Tableau 1 : Niveau moyen relatif en régime stationnaire pour tous les systèmes

Rang	Pays	RSAL (en %)
1	Kenya	28,79
2	Espagne	25,67
3	Malaisie	21,17
4	Finlande (nouveau)	16,04
5	Suède	14,20
6	Pays-Bas	11,78
7	Royaume-Uni (protégé)	11,37
8	Taïwan	9,55
9	Finlande (ancien)	8,46
10	Hongkong	8,35
11	Thaïlande	8,03
12	Royaume-Uni (non protégé)	7,07
13	Portugal	6,75
14	Norvège (ancien)	6,61
15	Suisse (nouveau)	6,47
16	Allemagne (nouveau)	5,85
17	Japon (nouveau)	4,63
18	Belgique (nouveau)	4,05
19	Danemark	3,78
20	Suisse (ancien)	2,90
21	France	2,12
22	Norvège	2,11
23	Brésil	1,85
24	Corée	1,37
25	Luxembourg (nouveau)	1,36
26	Italie (nouveau)	1,30
27	Luxembourg (ancien)	1,01
28	Japon (ancien)	0,88
29	Belgique (ancien)	0,74
30	Italie (ancien)	0,01

Note : En théorie, la valeur du RSAL ne peut pas être calculée pour la Norvège, puisqu'il n'y a pas de niveau maximal de prime. En pratique cependant, très peu d'assurés déclarent plus de trois sinistres dans une année donnée : la probabilité qu'un conducteur avec une fréquence de sinistres de 0,10 déclare quatre sinistres ou plus dans une année est de $3,8 \times 10^{-4}$. Ainsi, les catégories d'assurés à malus élevé en Norvège sont très peu peuplées, d'autant que la non-déclaration de sinistres semble être tolérée par les assureurs. On a donc supposé qu'aucun conducteur ne peut avoir un malus de plus de trois sinistres au-dessus du barème initial.

Tous les SBM comportent une pénalité implicite pour les nouveaux conducteurs, puisque le niveau des primes de la catégorie d'accès à l'assurance est considérablement plus élevé que le niveau moyen des primes à l'équilibre. Le tableau 2 classe tous les systèmes selon la majoration de prime appliquée la première année.

Tableau 2 : Majoration implicite de prime pour les nouveau-venus

Rang	Pays	RSAL (en %)
1	Allemagne (nouveau)	+ 212,97
2	Norvège (nouveau)	+ 195,80
3	Danemark	+ 189,50
4	Norvège (ancien)	+ 159,13
5	Suède	+ 158,89
6	Pays-Bas	+ 146,29
7	Japon (ancien)	+ 144,12
8	Finlande (ancien)	+ 143,39
9	Finlande (nouveau)	+ 142,57
10	Corée	+ 135,51
11	Hongkong	+ 122,04
12	Japon (nouveau)	+ 121,76
13	Italie (nouveau)	+ 121,38
14	Luxembourg (nouveau)	+ 100,84
15	Royaume-Uni (non protégé)	+ 98,75
16	Suisse (ancien)	+ 94,10
17	Luxembourg (ancien)	+ 92,25
18	Royaume-Uni (protégé)	+ 84,65
19	France	+ 77,55
20	Malaisie	+ 76,65
21	Kenya	+ 74,60
22	Taïwan	+ 68,20
23	Suisse (nouveau)	+ 67,88
24	Italie (ancien)	+ 64,26
25	Brésil	+ 52,33
26	Thaïlande	+ 50,55
27	Belgique (nouveau)	+ 41,87
28	Belgique (ancien)	+ 39,26
29	Espagne	+ 28,70
30	Portugal	+ 26,95

Plusieurs pays en bas de liste appliquent, outre ces majorations implicites de primes, des pénalités explicites pour des conducteurs non expérimentés : par exemple, les majorations de prime en France, ou la franchise suite à un sinistre en Belgique et en Suisse.

2. Le coefficient de variation des primes de l'assuré

En l'absence d'une tarification fondée sur la sinistralité passée de l'assuré, le transfert est total (solidarité parfaite) : la variabilité des primes payées par les assurés est nulle. Avec une tarification fondée sur la sinistralité *(experience rating)*, les primes personnalisées de l'assuré varieront d'année en année selon l'historique des sinistres ; la coopération entre conducteurs est affaiblie. La solidarité entre assurés peut donc être évaluée par une mesure de la variabilité des primes annuelles. On a retenu dans ce qui suit le coefficient de variation (écart type divisé par la moyenne), car c'est une mesure sans dimension qui permet ainsi d'éviter les conversions monétaires.

L'Institut actuariel de la République de Chine nous a aimablement fourni des données sur la distribution des pertes, sur les dommages aux biens et sur les accidents corporels, observés à l'échelle du marché, pour les années 1987 à 1989. Ces distributions sont très bien représentées par un modèle Log-normal (Lemaire,

1993). En supposant que des sinistres agrégés suivent un processus composé de Poisson avec une distribution Log-normale du montant des sinistres (Bowers *et al.*, 1986, chapitre 11), son coefficient de variation se situe en moyenne à 6,40. Bien que les distributions des pertes dans d'autres pays diffèrent bien sûr de l'expérience taïwanaise, il est peu probable que le coefficient de variation soit affecté de façon significative.

Tableau 3 : Coefficient de variation des primes

Rang	Pays	Coefficient de variation	Pourcentage retenu
1	Suisse (nouveau)	0,4595	7,18
2	Norvège (ancien)	0,3900	6,09
3	Kenya	0,3835	5,99
4	Finlande (nouveau)	0,3834	5,99
5	Suède	0,3769	5,89
6	Pays-Bas	0,3523	5,50
7	Japon (nouveau)	0,3283	5,13
8	Taïwan	0,3162	4,94
9	Malaisie	0,3075	4,80
10	Danemark	0,3017	4,71
11	Suisse (ancien)	0,2700	4,21
12	Finlande (ancien)	0,2570	4,02
13	Allemagne (nouveau)	0,2536	3,96
14	Hongkong	0,2518	3,93
15	Royaume-Uni (non protégé)	0,2419	3,78
16	Luxembourg (nouveau)	0,2147	3,35
17	Belgique (nouveau)	0,2128	3,32
18	France	0,2049	3,20
19	Norvège (nouveau)	0,2049	3,20
20	Portugal	0,1956	3,06
21	Thaïlande	0,1925	3,01
22	Espagne	0,1533	2,40
23	Corée	0,1271	1,99
24	Japon (ancien)	0,1261	1,97
25	Royaume-Uni (protégé)	0,1260	1,97
26	Luxembourg (ancien)	0,1075	1,68
27	Italie (nouveau)	0,0934	1,46
28	Belgique (ancien)	0,0586	0,92
29	Brésil	0,0304	0,48
30	Italie (ancien)	0,0046	0,07

3. L'efficacité du système bonus-malus

Considérons deux assurés, l'un avec une fréquence de sinistres de 0,10, l'autre avec une valeur de $\lambda = 0{,}11$. Sur une longue période, le second conducteur devrait payer 10 % de plus de primes que le premier. Un SBM qui a cette propriété est dit parfaitement efficace. Dans la pratique, cependant, l'accroissement moyen de la prime sera, dans la plupart des cas, beaucoup moins que 10 %. Si l'accroissement est, mettons, de 2 % au lieu de 10 %, l'efficacité du système est estimée à 20 %. En appelant $P(\lambda)$ la prime moyenne à l'équilibre pour une fréquence des sinistres de λ, l'efficacité $\mu(\lambda)$ du SBM se définit comme suit :

$$\mu(\lambda) = \frac{dP(\lambda)/P(\lambda)}{d\lambda/\lambda}$$

C'est l'élasticité de la prime moyenne à l'équilibre par rapport à la fréquence des sinistres : l'accroissement relatif de la prime, divisé par l'accroissement relatif de la sinistralité. Ce concept a été introduit pour la première fois en science actuarielle par Loimaranta (1972).

Dans l'idéal, l'efficacité devrait être proche de 1 pour les valeurs les plus fréquentes de λ. Le tableau 4 présente l'efficacité de tous les systèmes pour un assuré ayant une sinistralité de 0,10.

Tableau 4 : Efficacité

Rang	Pays	Efficacité
1	Suisse (nouveau)	0,449
2	Finlande (nouveau)	0,403
3	Suède	0,298
4	Pays-Bas	0,275
5	Norvège (ancien)	0,263
6	Allemagne (nouveau)	0,257
7	Kenya	0,237
8	Japon (nouveau)	0,232
9	Suisse (ancien)	0,208
10	France	0,200
11	Belgique (nouveau)	0,195
12	Finlande (ancien)	0,194
13	Luxembourg (nouveau)	0,183
14	Malaisie	0,165
15	Danemark	0,165
16	Taïwan	0,136
17	Hongkong	0,133
18	Royaume-Uni (non protégé)	0,129
19	Norvège (nouveau)	0,127
20	Portugal	0,111
21	Thaïlande	0,081
22	Espagne	0,079
23	Corée	0,078
24	Italie (nouveau)	0,063
25	Luxembourg (ancien)	0,058
26	Japon (ancien)	0,052
27	Royaume-Uni (protégé)	0,051
28	Belgique (ancien)	0,024
29	Brésil	0,011
30	Italie (ancien)	0,001

En tête de liste, on trouve les pays qui ont récemment modifié leur SBM, en adoptant des règles de transition plus sévères (Suisse, Finlande, Pays-Bas et Belgique).

4. Le niveau moyen optimal de non-déclaration de sinistres

Un effet secondaire bien connu des SBM est la « soif du bonus », à savoir la tendance des assurés à couvrir par eux-mêmes les petits sinistres et à ne pas les déclarer à leur assureur, afin d'éviter des augmentations futures des primes. Un SBM sévère engendrera bien sûr une grande soif du bonus.

La soif optimale du bonus associée à chaque SBM peut être calculée en utilisant

un algorithme fondé sur la programmation dynamique (Lemaire, 1985, chapitre 18). Pour chaque catégorie d'assurés du système, l'algorithme calcule le niveau optimal de non-déclaration de sinistres, c'est-à-dire le niveau en dessous duquel il n'est pas dans l'intérêt de l'assuré de déclarer un sinistre. Les calculs nécessitent l'input suivant :

– un taux d'actualisation, pour comparer les paiements présents (les indemnités liées au sinistre) avec l'épargne future (majorations de primes exclues). Ce taux tient compte non seulement de l'inflation, mais aussi des caractéristiques personnelles des assurés telles que l'augmentation anticipée de leurs revenus et le taux d'impatience *(impatience rate)*. Le taux choisi était de 0,90 ;

– une distribution des pertes. Puisque les sinistres corporels doivent être déclarés à la police et à l'assureur, une distribution des dommages matériels seulement devrait être utilisée dans ce cas. La distribution des pertes liée aux sinistres matériels en 1989 à Taïwan peut être bien approximée par une distribution Log-normale, avec des paramètres $\mu = 8{,}7876$ et $\sigma^2 = 1{,}3569$. Puisque quatre ans se sont écoulés depuis 1989, et puisque les montants des pertes à Taïwan sont probablement inférieurs aux moyennes mondiales, un coefficient d'inflation de 60 % a été appliqué. Cela augmente μ à $8{,}7876 + 1n(1{,}60) = 9{,}2576$, tout en laissant σ^2 inchangé ;

Tableau 5 : Niveau moyen optimal de non-déclaration des sinistres

Rang	Pays	Niveau moyen optimal de non-déclaration des sinistres	
		Unités de base	Pourcentage de la prime moyenne
1	Taïwan	10,879	315,92
2	Kenya	6,959	202,08
3	Finlande (nouveau)	6,882	199,84
4	Norvège (ancien)	6,641	192,85
5	Suisse (nouveau)	6,406	186,03
6	Suède	5,873	170,26
7	Pays-Bas	5,799	168;40
8	Allemagne (nouveau)	5,451	158,29
9	Malaisie	5,032	146,12
10	Finlande (ancien)	4,915	142,74
11	Portugal	4,815	139,83
12	Danemark	4,431	128,58
13	Hongkong	3,823	111,01
14	Royaume-Uni (non protégé)	3,818	110,88
15	Suisse (ancien)	3,749	108,87
16	Norvège (nouveau)	3,300	95,83
17	Belgique (nouveau)	3,001	87,14
18	Luxembourg (nouveau)	2,886	83,81
19	Japon (nouveau)	2,791	81,04
20	Thaïlande	2,624	76,20
21	France	2,524	73,28
22	Espagne	2,384	69,21
23	Corée	2,145	62,28
24	Luxembourg (ancien)	1,442	41,87
25	Royaume-Uni (protégé)	1,393	40,45
26	Belgique (ancien)	1,286	37,34
27	Italie (nouveau)	1,181	34,28
28	Japon (ancien)	712	20,68
29	Brésil	370	10,74
30	Italie (ancien)	19	0,55

– une fréquence des sinistres, fixée à 10 % ;
– un taux de conversion qui permet la comparaison de SBM très différents et de primes exprimées en de nombreuses devises diverses. Puisque la catégorie d'assurés au niveau 100 est située à des positions bien différentes, les niveaux des primes ont été corrigés par un facteur multiplicatif, de telle sorte que la prime moyenne collectée, dans l'hypothèse où tous les sinistres sont déclarés, soit la même pour chaque pays. Les unités de base du tableau 5 sont telles que, en prenant un ratio de dépenses de 40 % de la prime brute, la prime moyenne collectée s'élève à 3 443,6. La connaissance de la prime moyenne effectivement collectée dans chaque pays permettrait alors de calculer le niveau optimal de non-déclaration des sinistres dans la devise propre du pays concerné. Le tableau 5 classe tous les systèmes selon le niveau moyen optimal de non-déclaration des sinistres : le niveau moyen optimal de non-déclaration des sinistres pour chaque catégorie d'assurés est pondéré par la distribution des probabilités à l'équilibre de chaque catégorie. Les chiffres sont donnés en unités de base et en pourcentage de la prime moyenne.

II. UN INDICE DE SÉVÉRITÉ

Les quatre mesures définies dans la section 2 peuvent être utilisées pour évaluer le degré de modération ou de sévérité d'un SBM. Pour un système qui pénalise

Tableau 6 : Premières « notes » des facteurs pour tous les systèmes
Une mesure de la sévérité

Rang	Pays	« Notes » des facteurs
1	Suisse (nouveau)	1,7917
2	Finlande (nouveau)	1,7794
3	Kenya	1,6942
4	Suède	1,2791
5	Taïwan	1,1585
6	Norvège (ancien)	1,0974
7	Pays-Bas	1,0610
8	Malaisie	0,7948
9	Allemagne (nouveau)	0,5044
10	Finlande (ancien)	0,3427
11	Japon (nouveau)	0,2710
12	Danemark	0,1912
13	Suisse (ancien)	0,1060
14	Hongkong	0,0100
15	Royaume-Uni (non protégé)	– 0,0683
16	Espagne	– 0,1116
17	Portugal	– 0,1339
18	Belgique (nouveau)	– 0,1604
19	Luxembourg (nouveau)	– 0,2831
20	France	– 0,2886
21	Norvège (nouveau)	0,3934
22	Thaïlande	– 0,4754
23	Royaume-Uni (protégé)	– 0,8170
24	Corée	– 0,9310
25	Luxembourg (ancien)	– 1,1475
26	Italie (nouveau)	– 1,2003
27	Japon (ancien)	– 1,2102
28	Belgique (ancien)	– 1,4146
29	Brésil	– 1,6210
30	Italie (ancien)	– 1,8248

lourdement les sinistres, le RSAL, le coefficient de variation des primes, l'efficacité et le niveau optimal de non-déclaration des sinistres seront élevés. Toutefois, il y a une forte corrélation positive entre ces quatre mesures qui sont présentées, pour un assuré de référence, dans les tableaux 1, 3, 4 et 5.

L'analyse factorielle a été utilisée pour résumer les données. La première composante principale explique 72,60 % de la variance totale, la deuxième 18,71%. Le premier facteur est fortement corrélé avec l'efficacité, le niveau moyen de non-déclaration des sinistres et le coefficient de variation. Il est moins corrélé avec le RSAL. Il peut manifestement être utilisé comme mesure de la sévérité d'un SBM, le coefficient de variation étant la meilleure variable de remplacement pour cet indice. Des notes standardisées[3] pour ces facteurs sont présentées, pour les 30 systèmes à l'étude, dans le tableau 6. Tous les systèmes sont classés selon leur sévérité.

La conclusion la plus frappante que l'on peut tirer de l'étude du tableau 6 concerne le classement des SBM de seconde génération. A l'exception de la Norvège, tous les pays ayant récemment modifié leur système l'ont rendu beaucoup plus sévère. La Suisse remonte de la treizième à la première place, la Finlande de la dixième à la deuxième, le Japon de la vingt-septième à la onzième, etc.

III. COMMENTAIRES

1. Belgique

L'ancien système belge, en vigueur depuis 1971, est un exemple type des problèmes auxquels devaient faire face les assureurs appliquant un SBM modéré : une forte concentration des contrats d'assurance dans les catégories bénéficiant des plus fortes remises de prime. En appliquant une pénalité de rétrogradation de seulement deux catégories pour le premier sinistre, le système était en fait conçu pour une sinistralité moyenne de 1/3. Les sinistralités très inférieures observées depuis le premier choc pétrolier de 1974 ont créé un déséquilibre financier croissant, avec plus de 75 % des assurés dans l'une des trois catégories les plus basses en 1983, et moins de 1 % des assurés dans la zone malus. Par exemple, une certaine société a payé 713 millions de francs belges en bonus en 1983, en recouvrant seulement 3 millions en malus, engendrant ainsi une remise moyenne de 32,84 %. Une telle situation a conduit l'Union professionnelle des compagnies d'assurances à constituer un groupe de travail et à proposer aux autorités réglementaires la mise en place d'un nouveau système (voir Lemaire, 1988). Le nouveau système fut mis en place en 1992. Il pénalise le premier sinistre par une rétrogradation de quatre catégories.

L'impact des règles de transition plus strictes apparaît clairement dans notre classement global. La Belgique passe de la vingt-huitième à la dix-huitième place.

3. *N.B. Le détail des simulations et des calculs peut être obtenu directement auprès de l'auteur.*

Néanmoins, le nouveau système affiche encore un score légèrement négatif au niveau du premier facteur. Le nouveau SBM doit être classé « moyen ».

2. Japon

Jusqu'en avril 1993, les assureurs japonais appliquaient un SBM qui était unique dans le monde en ce sens que tout sinistre de dommages corporels était pénalisé comme l'équivalent de deux sinistres de dégâts matériels. (La Corée est le seul autre pays où les pénalités dépendent de la sévérité des sinistres.) Ce système était extrêmement modéré, classé vingt-septième à l'échelle de sévérité. Une fois que l'assuré avait atteint la catégorie bénéficiant de la plus forte remise de prime, son premier sinistre n'était pas pénalisé, car le niveau de la prime demeurait à 40. Même avec deux sinistres dans l'année, le niveau de la prime n'augmentait que de 40 à 45. Comme la pénalité pour un sinistre de dégâts matériels n'était qu'une rétrogradation de deux catégories, le système était en fait conçu pour des sinistralités d'environ 1/3. L'efficacité était extrêmement élevée pour des fréquences de sinistres situées autour de 0,33, avec un point culminant de 1,165 pour $\lambda = 0{,}29$. L'ancien SBM japonais était un exemple rare d'un système trop efficace ou sur-efficace, pour des valeurs spécifiques de λ. Les règles de transition sont maintenant plus sévères, et le SBM est classé onzième.

3. Suisse

En janvier 1990, les assureurs suisses ont modifié leur SBM, en gardant toutes ses caractéristiques antérieures, mais en augmentant la pénalité d'une catégorie à chaque sinistre. Cela a rendu le système suisse le plus sévère dans le monde. La décision de mettre en place un SBM fort a probablement été influencée par le fait que les assureurs suisses ne sont autorisés à utiliser qu'une variable de classification *a priori* (la cylindrée du moteur, avec plus de 70 % de tous les véhicules dans une catégorie), ainsi qu'une franchise pour les jeunes conducteurs.

4. Taïwan

Taïwan a adopté un système simple. Son unique caractéristique (que partage aussi le système en Thaïlande) est que toutes les majorations de prime sont effacées après une seule année sans sinistres déclarés et que toutes les remises de prime sont supprimées suite à un seul sinistre. Il en résulte que le niveau optimal de non-déclaration de sinistres est très élevé dans toutes les catégories d'assurés, et Taïwan est classé premier en termes du niveau moyen optimal de non-déclaration des sinistres. (Pour la plupart des autres pays, la non-déclaration de sinistres peut être extrêmement importante, mais alors c'est dans des catégories de malus élevé, qui sont peu peuplées. De faibles niveaux de non-déclaration des sinistres dans les meilleures catégories d'assurés entraînent un niveau moyen pondéré de non-déclaration des sinistres plus faible.)

Une autre conséquence de l'application de règles de transition plus strictes est

la variabilité élevée de la prime pour les assurés qui ont une faible fréquence de sinistres ($\lambda < 0,10$) et qui constituent la majorité. Sur tous les autres plans, Taïwan se classe autour de la moyenne, et globalement le système se classe cinquième. Sa faible efficacité maximale, de 0,278, est obtenue uniquement pour une forte valeur de la fréquence des sinistres ($\lambda = 0,49$) ■

Bibliographie

- BOWERS, HICKMAN, J., GERBER, H., JONES, D., NESBITT, C., *Actuarial Mathematics*, Society of Actuaries, Schumburg, Illinois, 1986.
- LEMAIRE, J., *Automobile Insurance : Actuarial Models*, Kluwer, Boston, 1985.
- LEMAIRE, J., « Construction of the New Belgian Motor Third Party Tariff Structure », *Astin Bulletin*, 18, 1988, p. 99-112.
- LEMAIRE, J., *Selecting a Fitting Distribution for Taiwanese Automobile Losses*, non publié, 1993.
- LOIMARANTA, « Some Asymptotic Properties of Bonus Systems », *Astin Bulletin*, 6, 1972, p. 233-245.
- NEUHAUS, « A Bonus-Malus System in Automobile Insurance », *Insurance : Mathematics et Economics*, 7, 1988, p. 103-112.

Les auteurs expriment leurs remerciements les plus sincères à Azleen Ahmad, Bjorn Ajne, Alain Chevreau, Ted Chung, Freddy Corlier, Thatsanee Dharmpipit, Hans Gerber, Walther Neuhaus, Meha Patel, Danny Quant, Joakim Hertig, Peter Johnson, Gi-Taig Jung, Edward Levay, Harri Lonka, Thomas Mack, Riccardo Ottaviani, Ermanno Pitacco, Shuji Naito, Roberto Westenberger, et Chen Yeh-Lai, qui ont fourni des données détaillées sur les systèmes en vigueur dans leurs pays respectifs. Nos remerciements particuliers vont à Ted Chung, qui nous a communiqué des données sur les pertes, et à Peter Johnson, pour ses commentaires sur ce texte.

STÉPHANE GUINET*

STRATEGIES DE CROISSANCE EXTERNE

dans le monde de l'assurance

MOTS CLEFS : *capacité distributive* ▪ *contrôle opérationnel* ▪ *globalisation* ▪ *multi-domestique* ▪ *solvabilité* ▪

L'objet de cet article est d'étudier les différentes stratégies de croissance externe que l'on a pu observer, ces dernières années, dans le monde de l'assurance. J'analyserai d'abord les dynamiques de croissance dans nos économies modernes. Je me pencherai ensuite sur les stratégies de croissance externe propres au monde de l'assurance en présentant les particularités de nos métiers et en cherchant enfin à qualifier précisément les objectifs recherchés ainsi que les moyens d'y parvenir. Je conclurai alors mon exposé en évoquant brièvement les techniques de valorisation propres, encore, à nos métiers d'assureurs.

I. DE LA NÉCESSITÉ DE CROÎTRE DANS NOS ÉCONOMIES MODERNES

Globalement, les économies des grands pays industrialisés offrent aujourd'hui peu de croissance structurelle. Il ressort cependant de diverses études que chaque industrie, des plus mûres (acier, charbon, papier...) aux plus évolutives (certains services financiers, systèmes d'information, télécommunications...), révèle au minimum deux ou trois groupes internationaux dont l'activité globale croît de plus de 10 ou 15 % par an. Souvent fortement implantés sur leurs marchés d'origine, ces groupes ont su sans cesse arbitrer croissance interne profitable, mais parfois limitée, et acquisitions d'opérations complétant stratégiquement leurs dispositifs historiques.

On constate également que les groupes les plus rentables sont souvent ceux qui ont connu la plus forte croissance. Pepsico, Philip Morris, Procter & Gamble, ITT, L'Air liquide peuvent en témoigner. Croissance ne rythme cependant pas nécessairement avec profitabilité. Et loin s'en faut. Mais pourquoi donc croître ?

Les dynamiques boursières imposent aujourd'hui aux dirigeants d'entreprise de servir non seulement une rentabilité satisfaisante, une sécurité dans cette rentabilité, mais aussi une perspective de croissance de cette rentabilité.

* *Chef de projet, direction des études stratégiques et du développement, groupe Axa.*

L'internationalisation et la globalisation de ses activités offrent ainsi souvent au chef d'entreprise un moyen fiable de lisser les effets des différents risques et cycles auxquels ces activités sont individuellement soumises et de réduire ainsi la volatilité tant de sa croissance future que de la profitabilité qu'il peut et pourra servir à ses actionnaires. Elle permet également d'engendrer des pôles de croissance et de profitabilité future et de financer ce futur à partir des marchés où il a aujourd'hui atteint sa maturité, sa taille « critique » et par conséquent souvent sa profitabilité normative optimale. La mondialisation des besoins, donc des échanges, la chute naturelle ou forcée des barrières géographiques, politiques, réglementaires, financières ou fiscales sont bien évidemment des facteurs incitant à de telles initiatives. Quelles sont les particularités et les dynamiques propres aux métiers de l'assurance dans ce domaine, tel est l'objet de cet article.

II. STRATÉGIES DE CROISSANCE EXTERNE DANS LE MONDE DE L'ASSURANCE

Il faut tout d'abord rappeler que le produit d'assurance est par essence même un bien immatériel. De fait, sa construction et sa commercialisation devraient permettre aisément des stratégies et synergies transnationales, et tels sont bien l'esprit et l'objet, entre autres, des évolutions réglementaires européennes récentes telle que la généralisation de la LPS. Mais les faits semblent montrer les limites actuelles et probablement futures de telles opportunités de croissance. Quel assureur européen opérant dans les domaines du *mass market* peut prétendre, aujourd'hui, commercialiser au niveau européen, et de façon significative, des produits conçus sur un de ses marchés d'origine ? Certaines activités, certes, comme la réassurance ou encore les grands risques d'entreprises, s'y prêtent et s'y prêteront. Mais le jour n'est pas arrivé où l'on vendra à Paris, Hongkong et Montréal le même contrat multirisque habitation et les services qui y sont liés comme l'on y vend, aujourd'hui, des rasoirs Gillette, du cognac Hennessy ou un service American Express. Les différences culturelles (degré d'aversion pour le risque, phénomènes de proximité...), juridiques (droit des contrats), réglementaires (contrôle des tarifs...) et fiscales empêcheront encore probablement longtemps les stratégies globalisantes à la McDonald's ou Coca-Cola. La véritable globalisation de nos métiers ne verra que difficilement le jour. Être international signifie alors nécessairement être « multidomestique » à défaut d'être « global ».

L'expérience prouve alors que les assureurs en quête de pôles de croissance internationale le font principalement au travers de la croissance externe.

Alors que, comme nous venons de le voir, des raisons structurelles bloquent la globalisation de nos métiers, il est intéressant de noter qu'un certain nombre de facteurs qui leur sont également propres favorisent, et même accélèrent, ces opérations de croissance externe.

L'extrême compétitivité, les évolutions profondes des techniques de distribution et donc la volatilité globale de certains marchés et activités sont certaine-

ment les principales causes de nombre de rapprochements. Il est généralement admis que la « taille critique » caractérisant globalement la masse minimale requise pour pouvoir jouer un rôle à part entière sur son marché et, par là, espérer servir sur le long terme une rentabilité satisfaisante à son actionnaire (par sa capacité à attirer et à conserver des talents et expertises, à investir dans des systèmes d'information évolués, à réassurer ses portefeuilles à des conditions intéressantes, à prouver à son réseau que sa solvabilité est satisfaisante...) est au minimum de l'ordre de 4 ou 5 % du marché considéré. Être sensiblement plus petit réduit fortement la probabilité de survie sur le long terme, surtout si l'entité n'est pas déjà membre d'un groupe « multidomestique » d'assurances. Le rachat récent de l'assureur IARD anglais Provincial par l'UAP s'inscrivait pleinement dans cette logique où la famille propriétaire historique de cet assureur a compris que son actif ne survivrait pas seul à son environnement très évolutif (concurrence du marketing direct sur les lignes personnelles auto et habitation). D'autres exemples de ce type sont et seront encore nombreux dans les marchés n'ayant pas achevé leur « concentration ».

Une seconde raison significative vient du fait que l'exercice du métier d'assureur est très généralement réglementé, voire fortement réglementé. Des contraintes de structure financière et de solvabilité sont souvent à l'origine d'opérations de rapprochement engagées par un assureur affaibli, soit parce qu'il a consommé immodérément une partie de ses fonds propres, soit parce que la croissance qu'il a connue le contraint à augmenter proportionnellement ses ressources stables et que son actionnariat du moment n'a pas voulu, ou pu, y souscrire intégralement. Les autorités de tutelle locales ont alors souvent un rôle interventionniste dépassant, à juste titre, leurs simples prérogatives réglementaires. Ce type de phénomène a prévalu ces dernières années en Scandinavie, lors d'importantes opérations de capital sur des sociétés affaiblies comme Skandia, Hafnia, Baltica ou encore Uni-Storebrand. Il est également à l'origine du rapprochement récent de l'assureur italien MAA, devenu insolvable, avec le groupe SAI.

Une particularité historique, connexe, et propre au secteur de l'assurance, est la présence de structures sociales de type mutualiste qui, étant dépourvues de « capital » et par là même d'actionnaires, ne peuvent augmenter durablement leurs fonds permanents (autrement que par autofinancement), dussent-elles pourtant en avoir un besoin urgent. Les rapprochements des groupes The Equitable (États-Unis) et tout récemment National Mutual (Australie) avec le groupe Axa sont nés de ce constat. L'adossement, il y a un an, de la GMF au groupe Azur en est un autre exemple. Nul doute que d'autres rapprochements naîtront dans les dix prochaines années des suites de cette particularité.

Une troisième grande source de rapprochements est le fait que, dans un certain nombre de pays, des groupes financiers, souvent bancaires, détiennent ou détenaient historiquement des participations d'assurances. L'ensemble des points que j'ai soulignés précédemment ont amené un certain nombre d'entre eux à rechercher un partenaire d'assurance qui leur apporterait une expertise

propre et à qui, eux, apporteraient un accès à leur réseau de distribution bancaire. De tels rapprochements ont prouvé être bénéfiques pour les deux acteurs, surtout si l'assureur ne prétendait pas devenir opérateur bancaire et gérer des risques dont il n'a pas l'expertise (risques de crédit, risques immobiliers, risques de contreparties...) et vice versa.

Si l'on se place maintenant du côté de l'acquéreur, il convient de souligner à nouveau un certain nombre de paramètres, propres à nos métiers et environnements réglementaires.

Tout d'abord, il est utile de rappeler que la logique générale d'internationalisation et de répartition d'activité trouve sa pleine justification dans le monde de l'assurance, où le chef d'entreprise, en diversifiant géographiquement son portefeuille :

– lissera l'effet des cycles techniques propres à son métier ;

– diluera son exposition aux « risques majeurs » (tremblements de terre, cyclones, etc.) ;

– optimisera son allocation d'actifs, réduisant par là ses risques purement financiers ;

– optimisera l'allocation des fonds propres qui lui sont alloués en fonction des croissances et rentabilités anticipées de ses différentes opérations ;

– limitera les effets des cycles monétaires et de change ;

– limitera son risque « réglementaire », qualifiant principalement les évolutions imprédictibles des réglementations (hausses impromptues des contraintes de solvabilité, contrôle des tarifs...).

Il pourra par ailleurs arbitrer le développement simultané de ses activités IARD et vie, chacune présentant des profils de risque, de volatilité et d'intensité capitalistique différents mais complémentaires.

L'assureur international pourra tenter, avec d'ailleurs plus ou moins de volonté et par conséquent de succès, de « leverager » son expérience cumulée en mettant en contact les expertises développées localement. Cependant, l'expérience et de nombreuses études ont prouvé que le concept d'« économie d'échelle » est très théorique dans le monde de l'assurance. Chaque entité locale doit avoir en son sein la quasi-intégralité des fonctions fondamentales de son métier, et rares sont les véritables synergies en matière de coûts directs. Certaines améliorations peuvent cependant être apportées en matière de coûts indirects (productivité, efficacité...).

Viennent ensuite quelques considérations propres encore au monde de l'assurance, et qui ont pu ainsi amplifier les opérations de fusions/acquisitions constatées cette dernière décennie.

Un certain nombre d'assureurs ont pu générer de véritables trésors de guerre du fait principalement :

– des principes comptables de certains pays, qui permettent d'amasser au cours des décennies des stocks impressionnants de plus-values latentes en hors bilan sans avoir à les extérioriser dans leur résultat et donc à en distribuer tout ou

partie à leurs actionnaires. La flambée des marchés financiers dans les années 80 a certainement accentué ce phénomène ;

– du peu, ou pas, de réelle responsabilité vis-à-vis d'un actionnaire qui soit n'existait pas (mutuelle), soit ne se comportait pas comme un acteur capitaliste classique (États actionnaires), laissant aux managements une liberté quasi totale dans leur stratégie d'expansion.

Ayant maintenant brièvement couvert les dynamiques globales de croissance externe dans le monde de l'assurance, il convient d'analyser les types de modalités pratiques mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies.

III. MODALITÉS ET IMPLÉMENTATION DE LA CROISSANCE EXTERNE

Les assureurs, d'un pays à l'autre, semblent clairement avoir adopté des politiques et objectifs fondamentalement différents en matière de croissance externe. Les résultats palpables de ces différentes politiques divergent également fortement. La question fondamentale minimale qu'un acquéreur potentiel devrait se poser lorsqu'il analyse une « cible » est : « Le schéma proposé me permettra-t-il de contrôler ou de protéger la rentabilité de mon investissement ? » Cette question semble bien naïve, mais l'expérience de ces dernières années montre qu'elle n'a pas toujours été rigoureusement analysée. On peut entendre par « contrôler » le simple contrôle du « management » de l'entité ou, de façon plus large, de l'organe d'administration de la société. J'ai essayé ci-dessous de « classer » de façon volontairement superficielle les trois grands schémas d'investissement que l'on peut observer :

– acquisition d'un pourcentage d'intérêt strictement supérieur à 50 % immédiat ou différé (mais certain) ; ce type d'accord est souvent clair. Il donne théoriquement à l'acquéreur les moyens de pouvoir veiller au « contrôle », à la « protection » et donc à la « valorisation » de son actif. Il permet de « consolider » sans ambiguïté la contribution de l'activité au niveau de sa maison mère, et de refléter ainsi objectivement la contribution d'une opération étrangère à la richesse globale du groupe ;

– acquisition d'un pourcentage d'intérêt compris entre 25/30 % et 50 % inclus ; ce type de schéma se rencontre souvent en présence de partenaires locaux avec lesquels des stratégies d'alliance sont envisagées. Ces montages doivent être construits de façon à sécuriser le contrôle « opérationnel » des activités à défaut du contrôle « capitalistique ». Ils peuvent aussi se rencontrer dans des marchés (en particulier asiatiques) où l'état des réglementations ne permet pas (encore) le contrôle en capital d'une activité d'assurance par un actionnaire « étranger ». Dans certains cas, ce type d'accord peut permettre une consolidation complète de l'activité au niveau de la maison mère et donc refléter objectivement la contribution économique d'une activité si tant est qu'elle soit « contrôlée » ;

– prise de participation entre 5 et 30 % (dans des structures à actionnariat non dilué). Ce type de schéma est curieusement encore assez répandu malgré les hé-

catombes qu'il a pu occasionner. L'assureur y recherche apparemment une présence symbolique dans un tour de table qu'il ne peut, par définition, contrôler sur la durée. Il intègre proportionnellement une quote-part d'activité mais ne peut prétendre objectivement exercer une activité dans le pays concerné.

Les mésaventures de Groupama, qui avait pris 5 % directement de la holding Fondiaria Holding et 20 % de la société Fondiaria Assicurazioni, celles du groupe Victoire, engagé minoritairement mais significativement dans la débâcle du danois Baltica, sont autant d'exemples qui devraient appeler à l'extrême prudence quant au bien-fondé de telles stratégies et à la transparence de l'information qu'en reçoit l'actionnaire ultime.

L'inversion et la longueur des cycles de production et de règlement ainsi que le caractère immatériel de l'activité sont autant de raisons incitant à un contrôle étroit des activités d'assurance. Combien d'assureurs ont découvert, trop tardivement, des « trous » dans les stocks de provisions techniques, ou d'actifs financiers, qu'ils n'avaient pas pris le soin, ou pas eu la possibilité, de contrôler méthodologiquement lors de l'exercice de leur rôle d'actionnaire.

Ce dernier point m'amène naturellement à évoquer rapidement, et donc, malheureusement, superficiellement, les particularités des techniques de valorisation à mettre en œuvre lors d'une opération de croissance externe dans le secteur de l'assurance.

IV. TECHNIQUES DE VALORISATION EN MATIÈRE DE CROISSANCE EXTERNE

Rappelons tout d'abord l'objectif primaire, souvent oublié, qui doit motiver une opération de croissance externe : offrir à son actionnaire une opportunité d'accroître la rentabilité de son groupe. Ce principe simple, mais sacro-saint, d'accroissement de richesse dicte les techniques mises en place pour valoriser un actif, en particulier d'assurance.

La rémunération attendue d'un investissement doit intégrer le « taux sans risque », à savoir la rentabilité que l'assureur aurait obtenue sur la même somme d'argent investie en actifs financiers classiques, et une « prime de risque » reflétant le caractère par nature risqué de l'opération de croissance externe considérée. Une fois évalué, ce taux de rendement exigé sera utilisé pour valoriser la capacité distributive future de la cible analysée, qui seule fournira une notion objective de « valeur ».

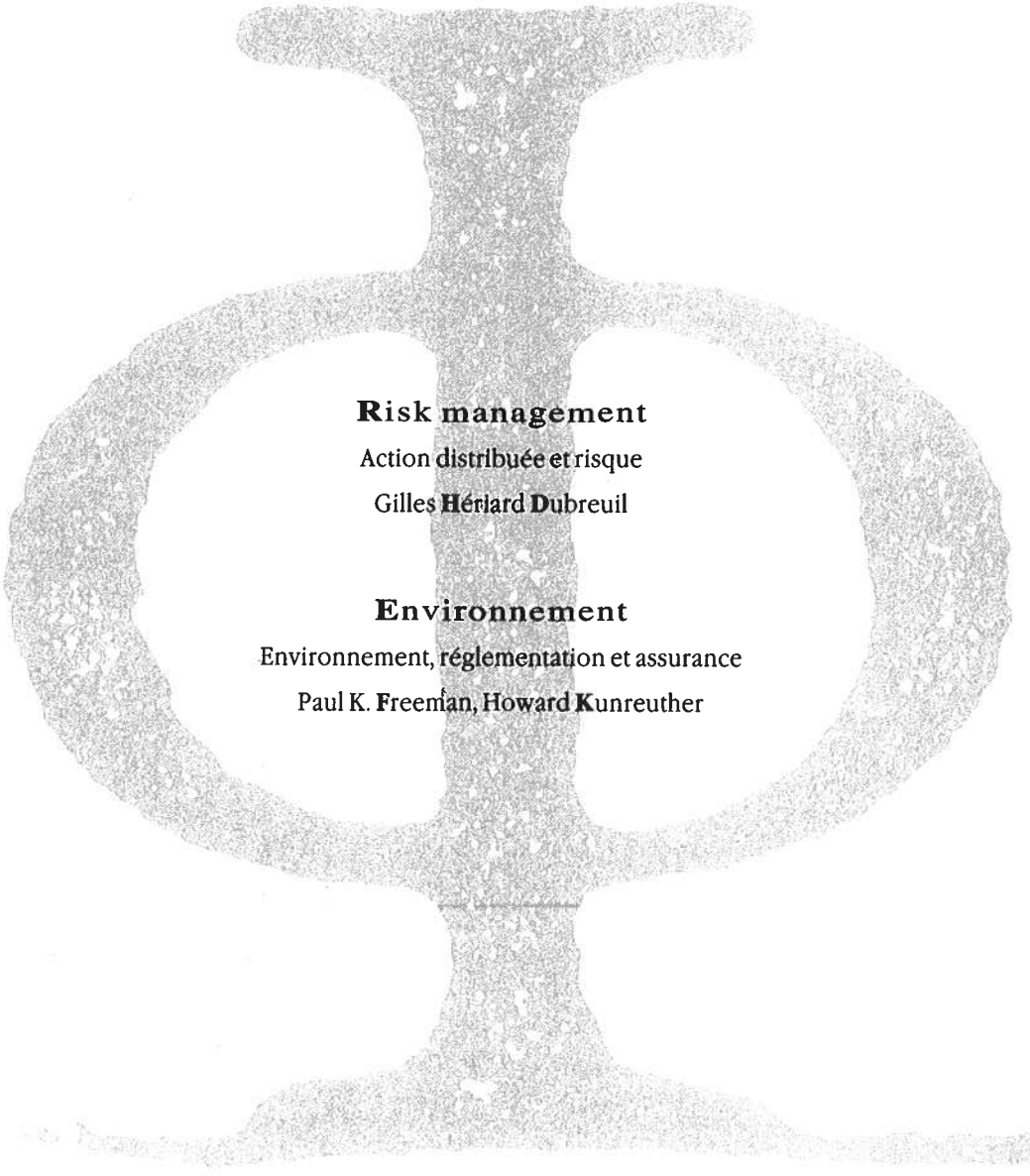
Cette capacité distributive future doit, elle, intégrer une série d'hypothèses opérationnelles et financières réalistes reflétant la meilleure idée de l'évolution de l'activité que se font les techniciens de l'acquéreur au moment de l'étude. La prudence s'imposera lorsqu'un *business plan* opérationnel anticipe, sur dix ans, une croissance régulière du volume de cotisations, du résultat technique et du dividende servi. Rares sont les sociétés d'assurances ayant connu de telles évolutions ! Quant à la capacité distributive, elle est, par essence même, fortement cor-

rélée à l'intensité capitalistique de l'activité et du marché considérés. Seul ce type d'approche, décrite ici malheureusement très brièvement, permet à l'acquéreur d'optimiser sa probabilité de créer de la richesse. Il est temps que notre profession, au niveau international, abandonne les approches du type « une activité vie vaut deux fois le montant de ses cotisations » ou « le Price Earning Ratio (PER) d'une activité dommages doit être entre 7 et 10 » (l'Italie en est encore aujourd'hui un bel exemple flagrant). Je crois fondamentalement aux approches de type « cash-flows libres », qui, encore une fois, sont les seules permettant à l'investisseur de porter un jugement serein sur la cible qu'il analyse et les risques qui lui sont liés. Les groupes français d'assurances ont investi plus de 50 milliards de francs ces dernières années en opérations étrangères de croissance externe. Il est d'ores et déjà certain, et généralement admis, que plusieurs de ces investissements ont détruit de la richesse confiée initialement par leurs actionnaires.

* *
*

J'irai jusqu'à prétendre que le véritable enjeu des réflexions stratégiques n'est pas de savoir si l'expansion optimale doit être centrée sur l'Europe, doit inclure l'intégralité des marchés matures ou doit se concentrer sur les marchés émergents du XXIe siècle. Il réside probablement plus, pour le chef d'entreprise, en une capacité réfléchie, mais opportuniste, à optimiser l'allocation de ses fonds propres en vue de sécuriser et de maximiser la richesse future de ses actionnaires. Le groupe d'assurances et de services financiers américain AIG en est, aujourd'hui, un bel exemple ■

RUBRIQUES



Risk management

Action distribuée et risque

Gilles **H**ériard **D**ubreuil

Environnement

Environnement, réglementation et assurance

Paul K. **F**reeman, Howard **K**unreuther

GILLES HÉRIARD DUBREUIL*

ACTION DISTRIBUEE ET RISQUE

MOTS CLEFS : *action distribuée* ▪ *émergence* ▪ *épistémologie* ▪ *facteur humain* ▪ *responsabilité* ▪ *sécurité* ▪

Les défaillances technologiques sont généralement attribuées à des erreurs humaines. L'homme est-il le maillon faible des systèmes techniques ? L'analyse des mécanismes cognitifs mis en œuvre dans l'action distribuée conduit à mettre en cause l'idée d'une sécurité qui se définirait en termes de conformité avec un modèle idéal. Le fonctionnement technologique s'apparente à un processus distribué d'auto-organisation. Les états du système, normaux comme accidentels, sont des « formes émergentes » de cette cognition-action distribuée (rationalité réticulaire). Au cœur du système technique, la rationalité limitée des individus du réseau se traduit sur le plan global par l'émergence de niveaux de probabilité des états sûrs comme des états accidentels. Il découle de cette approche un regard différent sur les enjeux de la sécurité, sur la place de l'homme dans le système technique et sur la nature de sa responsabilité.

Cet article propose une analyse de la problématique du risque et de la responsabilité dans les processus d'action socialement distribués que sont les systèmes technologiques. Cette réflexion est développée à partir de l'étude des mécanismes cognitifs qui sont mis en œuvre dans ces processus ainsi que des régulations sociales qui favorisent la confiance, permettent la distribution sociale des tâches et la délégation de la prise de risque. La sécurité de fonctionnement d'un système technologique est souvent interprétée en termes de conformité à un modèle censé décrire le fonctionnement idéal de ce système. De cette vision découle une compréhension des phénomènes accidentels comme dysfonctionnement résultant d'une erreur humaine. Sur le plan symbolique, la dimension humaine du système technique est pensée comme un mal nécessaire. L'intervention de l'homme, facteur perturbant dans le fonctionnement de la machine idéale, s'oppose à la pureté technique.

Cette approche réductrice rend mal compte de la réalité de l'exploitation d'un système technique. Elle est à l'origine d'une incompréhension sociale de la nature du risque et de la responsabilité. Elle peut conduire à des mesures correctives qui renforcent paradoxalement l'insécurité des systèmes.

* *Mutadis consultants, Institut européen de cindyniques.* *Cette communication a été présentée aux IV^es Rencontres du programme « Modélisation de la complexité », les 9 et 10 juin 1994, à Aix-en-Provence.*

Nous postulons que cette incompréhension résulte d'une confusion épistémologique. Pour poser un regard différent sur le fonctionnement d'un système technique, il est nécessaire de reprendre, sur le plan épistémologique, l'analyse de l'action socialement distribuée. Dans cet article, celle-ci est appréhendée comme un processus social d'économie cognitive qui permet la réalisation de tâches complexes dont la résolution dépasse le cadre individuel.

Reprenant les observations de H. Simon[1], nous distinguerons, sur un plan épistémologique, les actions fondées sur une rationalité substantive de celles qui s'effectuent à travers une rationalité procédurale. Le passage de la conception à la réalisation d'un système technologique s'opère par le biais d'un changement de processus cognitif. La phase de conception est rendue possible par une approche substantive nécessairement réductrice, tandis que la phase de réalisation et d'exploitation s'opère à partir d'une distribution de l'action fondée sur une rationalité procédurale qui ouvre la possibilité d'une meilleure prise en compte de la complexité. On en déduira que l'appréciation de la sécurité d'une installation technologique n'est pas réductible à son degré de conformité au modèle initial de conception.

Le fonctionnement d'un système technique s'apparente donc plutôt à un processus d'auto-organisation, où la cohérence globale n'est pas obtenue à partir d'une unité de traitement centralisée mais à partir de règles locales. Chaque acteur, en intervenant à son niveau dans la complexité de son propre environnement, mais sans visibilité globale (rationalité limitée), contribue ainsi d'une façon plus ou moins aveugle à la cohérence globale. On reconnaîtra ici le paradigme de la « main invisible » dans les mécanismes de marché. Pour rendre compte de la sécurité comme de l'accidentalité d'un système technique, on parlera de « propriété émergente », au sens développé par F. Varela dans son modèle d'automate cellulaire.

Cette approche conduit à porter un regard différent sur la fonction de l'intervention humaine dans l'exploitation d'un système technique. Celle-ci est au cœur du système technique dont elle corrige en permanence les « dissonances cognitives ». Elle assure sa cohérence et rend possible son fonctionnement. La sécurité n'est pas la conformité du système à un hypothétique modèle. Elle consiste plutôt à réduire les potentialités accidentelles intrinsèques du système les plus probables et les plus graves, à partir d'objectifs et de référentiels d'action socialement négociés. La prise en compte de cette dimension épistémologique permet de mieux cerner la façon dont s'organisent les contributions individuelles à l'accomplissement des tâches collectives et, en particulier, de mieux comprendre la nature des responsabilités.

I. DU MODÈLE À L'ACTION DISTRIBUÉE : LE SYSTÈME TECHNOLOGIQUE

Les démarches de sûreté pratiquées dans l'industrie font généralement référence à l'erreur humaine comme origine des situations accidentelles[2]. Cette approche pose problème sur le plan épistémologique dans la mesure où elle sem-

ble implicitement faire référence à une hypothétique installation idéale que l'intervention humaine viendrait pervertir. Une approche plus rigoureuse sur le plan épistémologique doit nous conduire à postuler que cette installation idéale – qui requiert des opérateurs infaillibles – n'existe pas dans la réalité mais seulement dans le cerveau de ses concepteurs. Le processus réel est un réseau humain d'acteurs en interactions systémiques complexes qui permettent le fonctionnement d'une installation ou d'un système que son modèle initial (le modèle prescrit par le concepteur) ne représente que très partiellement.

Selon leur degré de complexité, certaines situations pourront être résolues à travers une démarche substantive[3] (modélisation complète de la situation par réduction, calcul de la solution optimale unique), ou une démarche procédurale, c'est-à-dire par l'engagement d'un processus qui permet, de proche en proche, l'élaboration d'une situation satisfaisante, mais pas nécessairement optimale. A l'inverse de l'approche substantive, la rationalité procédurale n'implique pas l'élaboration d'un modèle unique qui prétendrait rendre compte de la globalité de la situation traitée. Elle ouvre la possibilité d'une prise en compte plus riche de la complexité. Comme le souligne J.-L. Lemoigne[4], il s'agit plutôt d'un chemin qui se construit en marchant, qui se définit plus par son résultat – l'obtention d'une situation satisfaisante – que par sa procédure.

La réalisation d'une installation industrielle à partir d'un plan, puis son exploitation s'accompagnent d'un changement de nature. L'installation réelle est infiniment plus complexe que son plan, qui ne décrit que certains de ses aspects. En prenant consistance, le plan devient un réseau d'acteurs en interaction. La rationalité substantive qui avait permis l'élaboration du plan se mute en une rationalité procédurale qui conduit le processus d'action collective. La coopération active des acteurs, à travers une multitude de gestes et d'initiatives, va permettre le fonctionnement du système. Certains gestes sont prescrits, mais une multitude ne le sont pas et naissent de l'expérience de chacun de ces acteurs dans son environnement direct (ce sont les « bonnes pratiques »). La rationalité qui permet au système de fonctionner est procédurale dans le sens où chaque acteur agit en fonction de son propre environnement, sans avoir lui-même une conscience complète du processus qui se déroule sur le plan collectif et sans qu'un modèle global ne permette de représenter ce processus. Le modèle, le plan initial ne permet qu'une représentation très partielle du processus en cours.

Cette transformation (passage à une rationalité procédurale) qui permet l'action collective s'accompagne de nouveaux facteurs de vulnérabilité du système collectif qui ont été observés empiriquement par les risk-managers[5]. Ainsi le cloisonnement, la spécialisation, la complexité, la non-communication résultent de la distribution des tâches. De même, l'ambiguïté quant aux finalités résulte de l'absence de modèle commun. Comme on l'a décrit plus haut, de multiples dispositifs vont néanmoins permettre de coordonner l'action des intervenants du réseau à différents niveaux : règles générales de fonctionnement, chartes de poste,

règles de sécurité (culture de sûreté dans l'industrie nucléaire), formation plus ou moins poussée et connaissance mutuelle des acteurs *(common knowledge)*, culture d'entreprise, déontologie, éthique, morale, etc.

Rationalité substantive	Rationalité procédurale
Une solution optimale résultant d'un calcul	Des solutions satisfaisantes
Un modèle global	Pas de modèle global, mais des modèles pas nécessairement cohérents
Visibilité globale	Opacité du tout pour les acteurs
Problèmes simples ou compliqués	Problèmes complexes
Généralisation	Spécialisation

Du modèle à l'action distribuée

Selon les choix opérés, la rationalité globale du système sera plus ou moins procédurale, plus ou moins aveugle sur le plan collectif et opaque du point de vue de l'acteur. Dans l'industrie nucléaire, par exemple, l'accroissement du niveau de formation théorique des exploitants (ou l'introduction redondante d'acteurs mieux formés comme l'ingénieur sûreté radioprotection) est un moyen de fournir aux acteurs une compréhension plus large de leur action. L'acquisition d'une meilleure visibilité permet à l'acteur d'évaluer la pertinence de ses gestes dans un contexte plus global. Ainsi, par exemple, la méthode de conduite incidentelle, dite de l'« approche par états », utilisée par l'industrie nucléaire depuis l'accident de Three Miles Island, permet à l'exploitant, par-delà la procédure de gestion incidentelle préétablie dans laquelle il est engagé, d'avoir une compréhension globale de l'état de son installation à partir des principaux paramètres de son état physique (quelles que soient les circonstances qui ont conduit à cet état).

II. LES PROPRIÉTÉS ÉMERGENTES D'UN SYSTÈME

Ces différentes considérations conduisent à rechercher une meilleure représentation du fonctionnement d'un système technologique qui prenne en compte, d'une part, l'absence de visibilité globale de ces processus et, d'autre part, la nécessaire faillibilité des acteurs du réseau qui pilotent ce système. Le concept d'émergence développé par F. Varela[6] pour représenter les phénomènes d'auto-organisation dans les réseaux neuronaux propose un modèle séduisant de la façon dont des propriétés globales peuvent émerger d'une activité coopérative entre neurones, chaque constituant fonctionnant seulement dans son environnement local. Ce concept, qui a notamment été développé dans le modèle de l'« automate cellulaire », rend compte du fonctionnement collectif d'un

système qui ne requiert pas d'unité centrale de traitement pour contrôler son fonctionnement : « Ce transfert de règles locales à la cohérence globale est le cœur de ce qu'il était convenu d'appeler l'auto-organisation pendant les années de la cybernétique. Aujourd'hui, on préfère parler de propriétés émergentes ou globales, de réseaux dynamiques et non linéaires, de systèmes complexes[7]. »

Ainsi, la sécurité de fonctionnement peut être représentée comme une propriété émergente d'un système (réseau humain) régi par un mécanisme social de rationalité essentiellement procédurale, plutôt que comme le résultat de la conformité du système à un hypothétique modèle global (si un modèle existe, il ne représente qu'un aspect limité de la réalité du système). Notons que ce fonctionnement satisfaisant n'est pas incompatible avec une certaine fréquence d'erreurs de la part d'acteurs qui ne sont jamais infaillibles, par définition (nous reviendrons plus loin sur le concept d'erreur humaine). La fiabilité de l'ensemble est donc atteinte malgré un certain niveau de faillibilité de ses composants techniques et humains.

De la même façon, les dysfonctionnements qui apparaissent dans un système peuvent également être représentés de façon satisfaisante comme des propriétés émergentes de ce système. Ce qui est à l'origine de l'accident, c'est l'émergence d'une configuration événementielle néfaste, la coïncidence d'un certain nombre d'événements qui vont conduire le système à l'accident. D'une certaine manière, c'est ce qui fait que cela marche (la rationalité procédurale qui conduit le réseau humain et permet la résolution de la complexité) qui fait aussi que cela ne marche pas. Les accidents sont des propriétés émergentes d'un réseau au même titre que le fonctionnement normal de ce dernier.

Parmi les événements qui vont conduire à l'accident peuvent figurer des événements fortuits (dont le système paraissait initialement indépendant), mais également des gestes individuels dont les conséquences vont prendre une dimension inhabituelle du fait de leur coïncidence. C'est le plus souvent après coup que ces gestes prennent leur dimension d'erreur et de faute. On voit ainsi que le véritable enjeu de la prévention est de détecter les configurations événementielles les plus néfastes et les plus probables et de modifier le système pour les prévenir ou pour limiter leurs conséquences. On voit aussi que l'enjeu de la prévention n'est pas forcément d'éliminer les erreurs individuelles si le système peut les absorber (et un système collectif réel qui fonctionne, constitué d'hommes faillibles, en chair et en os, a nécessairement une capacité d'absorber une certaine fréquence d'erreurs). Un surcroît de contraintes sur les acteurs se fait d'ailleurs souvent au détriment de la souplesse du système.

Le véritable enjeu du fonctionnement du système n'est donc pas uniquement que chacun des acteurs se conforme strictement à des prescriptions. Il est plutôt que ces acteurs puissent agir de façon relativement indépendante et souple, en intelligence avec les caractéristiques de leur environnement direct, sous la contrainte d'un minimum de règles, et que de cet ensemble d'actions individuelles

émerge un fonctionnement satisfaisant du système dans son ensemble. C'est ce « tricotage » du réseau qui permet le fonctionnement du système.

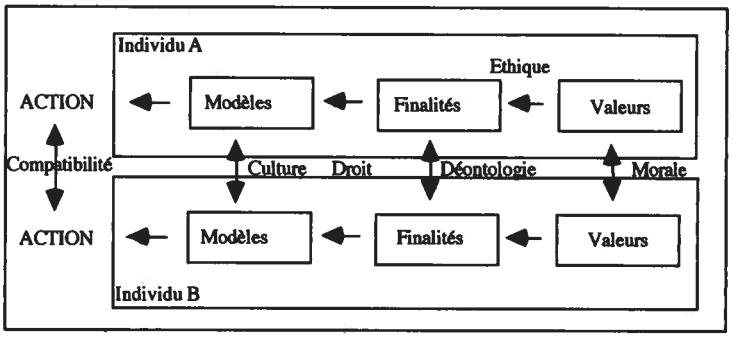
III. LES MÉCANISMES SOCIAUX DE RÉGULATION

En l'absence totale ou partielle d'un modèle commun aux acteurs du réseau, ce sont également des mécanismes de régulation qui permettent la coordination des acteurs. Différents moyens facilitent la régulation des actions individuelles au sein d'une collectivité et le maintien d'une compatibilité entre les finalités de ses différents acteurs. Ils contribuent à établir un climat de confiance qui permet l'action distribuée.

D'une façon générale, les mécanismes de régulation favorisent l'établissement d'un climat de confiance sociale, qui est une condition nécessaire de l'action distribuée. Un tel climat est une composante nécessaire d'un processus de spécialisation et de distribution de l'action au sein d'une collectivité, dans la mesure où il permet la délégation de la prise de risque associée à cette action. Le modèle de communication interpersonnelle finalisée[8] proposé par G. Le Cardinal apporte un éclairage sur les processus interpersonnels de coopération, à partir d'une étude du « dilemme du prisonnier ». Cette approche met en relief la fonction sociale de la confiance dans le processus de coopération. Deux acteurs vont coopérer dans la mesure où ils perçoivent que leurs finalités réciproques sont compatibles (pas identiques mais compatibles). C'est cette compatibilité présumée qui permet la confiance entre les acteurs, qui permet elle-même leur coopération.

Les mécanismes de régulation, qui ont été décrits par G. Y. Kervern[9], peuvent prendre des formes différentes. Ce sont des jeux de contraintes collectives qui viennent encadrer les comportements individuels ou institutionnels. Ces contraintes existent à différents niveaux. Ce sont, par exemple, des valeurs partagées dans une collectivité. Des démarches éthiques ou morales permettent à chaque individu (par la mise en cohérence de ses finalités avec ses valeurs) de faire en sorte que ses actes et ses intentions restent compatibles avec les intérêts des autres membres de la collectivité. De même, des codes de déontologie, des contraintes juridiques ou réglementaires viennent régler l'action *a priori* en établissant une structure qui encadre les finalités et les actions. La régulation de l'action collective peut encore s'effectuer à travers le partage de représentations (modèles communs à l'ensemble des acteurs). Celles-ci constituent un fond commun de connaissance dans la collectivité (une culture) et viennent structurer la réalité collective à partir de laquelle chaque individu élabore son comportement. On peut ainsi dégager une hiérarchie de niveaux logiques en distinguant une structure à trois niveaux successifs : les représentations (modèle, concept, norme, forme, dimension, mesure), les finalités (les objectifs) et les valeurs.

Mécanismes sociaux de régulation de l'action



Une hiérarchie semble bien apparaître dans la mesure où le champ des valeurs permet un certain nombre de finalités, qui, à leur tour, structurent les représentations de l'environnement par l'individu ou par la collectivité[10]. A chaque niveau, la régulation s'effectue à travers un processus de sélection et de validation dans le champ des contraintes définies au niveau supérieur (processus stochastique).

Le processus qui permet à un corps social d'autoréguler l'action de ses membres présente des analogies avec le processus d'adaptation somatique, tel que l'a décrit G. Bateson[11]. Pour celui-ci, l'adaptation somatique est régie par un principe d'économie de la souplesse. Ce n'est que progressivement, en fonction des besoins, que sont mis en œuvre des processus d'adaptation de plus en plus globaux, mais de moins en moins réversibles, et donc coûteux en termes de souplesse adaptative.

Des démarches morales, éthiques, juridiques, réglementaires, normatives sont des jeux de contraintes qui se situent à différents niveaux ou règlent les relations entre ces différents niveaux. Ce sont des mécanismes qui permettent une régulation verticale (entre ces trois niveaux, sur le plan individuel) ainsi qu'une régulation horizontale (entre les individus d'une collectivité). Les trois niveaux ne sont pas nécessairement présents dans tous les mécanismes de régulation qui se construisent, en fonction des évolutions de l'environnement, en un processus adaptatif graduel et économe. Il existe une grande diversité de mécanismes, selon les époques, les cultures et les secteurs d'activité.

IV. L'ACCIDENT : PHÉNOMÈNE COMPLEXE

Propriété émergente, l'accident apparaît donc bien comme un phénomène complexe, ce qui conduit à postuler sa possible intelligibilité ainsi que sa quasi-décomposabilité en sous-systèmes (sous-événements), au sens développé par H. Simon dans l'ouvrage cité plus haut. Il devient alors possible de faire l'hypothèse d'une structure arborescente pour l'accident ou la catastrophe. Si l'on se réfère à la fameuse parabole des horlogers Hora et Tempus[12] développée par H. Simon, on peut alors imaginer que l'accident est une combinaison de sous-

événements dont la probabilité est plus forte que celle de l'accident lui-même – c'est-à-dire voir l'accident non pas comme une combinaison purement fortuite d'événements, mais au contraire comme une combinaison (de probabilité *a*) d'événements eux-mêmes combinaison (de probabilité >*a*) d'événements eux-mêmes combinaison, etc.

La méthode dite d'« analyse des précurseurs », développée dans l'industrie nucléaire, qui consiste à calculer la probabilité accidentelle d'une exploitation à partir d'un relevé des incidents passés (les presque accidents), nous semble procéder de cette démarche, dans la mesure où elle fait implicitement l'hypothèse qu'un accident hypothétique a les plus grandes chances de résulter de la coïncidence de sous-événements dont la fréquence n'est pas négligeable. Cette méthode découle de l'analyse probabiliste, mais elle est fondée non pas sur une recherche exhaustive des combinaisons néfastes d'événements (tâche infinie et irréalisable en pratique), mais sur une recherche de même type, restreinte à la combinaison des formes émergentes observées empiriquement au cours de l'exploitation (les événements signifiants ou les presque accidents). Cette méthode permet d'évaluer le risque en réduisant considérablement le champ d'investigation, mais elle suppose une réelle transparence de l'exploitation, ce qui reste toujours difficile à obtenir, pour les raisons développées plus haut (cloisonnement, non-communication).

On retiendra aussi de ces observations le fait que, en pratique, seule une partie des formes accidentelles susceptibles d'émerger (les plus probables) pourra faire l'objet d'une prévention (le risque nul reste un objectif impossible à atteindre). En matière de sécurité, il est donc nécessaire d'allier la recherche des événements les plus probables avec celle des événements les plus graves. En pratique, ces derniers seront toujours impossibles à réduire d'une façon exhaustive, sauf à supprimer le système. C'est pourquoi certaines approches industrielles retiennent, de façon empirique, le principe de la prise en compte de l'événement le plus grave effectivement survenu. Mais cette approche, qui est fondée sur l'observation du passé, montre quelques faiblesses dès lors que l'on manipule des technologies radicalement nouvelles dont les conséquences les plus graves restent difficiles à évaluer en l'absence d'historique.

V. L'ERREUR HUMAINE ET LA RESPONSABILITÉ

La notion d'erreur humaine doit être maniée avec précaution. En effet, le geste d'un acteur, qu'il soit nécessaire au fonctionnement d'une installation (prescription ou bonne pratique) ou ordinairement sans effet particulier (anodin), est toujours susceptible d'apparaître après coup comme une erreur, si, conjugué avec d'autres événements inhabituels ou ignorés de l'acteur, il conduit le système à l'accident. La notion d'erreur doit être rapportée à un contexte connu de l'acteur. Dès lors qu'un système est conduit par un mécanisme de rationalité plus ou moins procédurale, c'est-à-dire plus ou moins aveugle, il devient difficile de par-

ler de l'erreur d'un acteur. Dans cette perspective, la responsabilité de l'acteur doit être évaluée à partir de son champ de compréhension. On voit bien la difficulté de l'appareil juridique français à appréhender cette complexité de l'accident, notamment dans le cas de l'accident de la gare de Lyon, qui a résulté d'une conjonction très improbable de plusieurs gestes d'apparence banale, effectués par différents acteurs dans des contextes indépendants. Le procès qui a suivi cet accident illustre l'ambiguïté du concept de responsabilité judiciaire face à l'accident technologique. Ainsi le substitut du procureur de la République, Mme Person, soulignait-elle dans ses réquisitions[13] que Mme Mirroir (qui a tiré le signal d'alarme pour faire arrêter un train qu'elle croyait omnibus, pensant que, si elle n'arrivait pas à l'heure pour chercher ses enfants à la sortie de l'école, ceux-ci seraient conduits au commissariat) avait « mis en place le premier élément de l'enchaînement fatal » et qu'elle devrait assumer « jusqu'à la fin de ses jours » la responsabilité de l'accident. Citons encore, dans ce même procès, les propos du substitut à l'adresse de M. Saulin, conducteur du train sans frein. Après avoir méthodiquement développé chacune des erreurs commises par le conducteur après le signal d'alarme, celle-ci déclarait : « Vous n'êtes pas un homme de sang-froid. Vous n'avez pas l'étoffe d'un conducteur de train. C'est uniquement par votre incompétence que vous avez transformé un train sage, obéissant, en parfait état de marche, en un train fou et meurtrier. » On perçoit, à travers cet exemple, la difficulté du système judiciaire à comprendre la nature du phénomène accidentel.

L'erreur individuelle elle-même peut, d'ailleurs, être vue comme une propriété émergente du réseau. C'est le sens de certaines études sur les phénomènes de stress dans les groupes qui conduisent à rechercher[14], au-delà des erreurs individuelles, des précurseurs comportementaux (comportements erratiques, boulimie, anorexie, alcoolisme), psychiques (dépression) ou sociaux (existence de boucs émissaires dans une équipe, contexte familial). L'idée de ces recherches n'est pas de détecter un potentiel de défaillance individuel, mais plutôt de remonter dans l'échelle de causalité au contexte social, professionnel ou privé dans lequel survient l'erreur, laquelle est interprétée comme défaillance collective plutôt qu'individuelle.

Mettre fortement l'accent sur l'erreur humaine sans prendre en compte le champ de compréhension de l'acteur peut avoir des conséquences dangereuses à plus d'un titre. Premièrement, si l'on retient l'idée que les accidents résultent de la conjonction de sous-événements qui émergent du fonctionnement du système avec une certaine fréquence, on voit l'importance de la transparence du système et de la traçabilité des événements à partir desquels seront réalisées les évaluations du niveau de sûreté et les éventuelles mesures correctives. Pointer l'erreur individuelle peut renforcer l'opacité du système à travers l'enchaînement pervers : erreur -> culpabilité -> sanction -> dissimulation. Des mesures correctives ne consisteront pas uniquement à réduire la fréquence des erreurs mais

peut-être à modifier le système pour lui donner plus de souplesse et de capacité à les absorber, et cela en préservant la marge de manœuvre des acteurs.

Si l'on retient comme concept d'erreur celui de manquement à des normes globalement prescrites et connues de l'acteur, ou de comportements dont les effets peuvent être appréciés par celui-ci, on peut présumer qu'un bon système, un système sûr, doit être en mesure d'intégrer une certaine fréquence d'erreurs de la part de ses acteurs. Malgré ces erreurs, la configuration émergente reste alors celle d'un fonctionnement acceptable (c'est, notamment, la fonction des redondances). Un système sûr n'est pas un système dont les acteurs ne commettent pas d'erreurs, mais peut-être un système susceptible d'absorber une certaine fréquence d'erreurs de la part de ses acteurs, sans aller jusqu'à l'accident.

Notons qu'avant de parler d'erreur il faudra encore s'assurer que les prescriptions sont effectivement compatibles avec la pratique quotidienne des acteurs et que ceux-ci ne sont pas conduits à enfreindre ces règles pour rendre possible le fonctionnement de l'installation. Le cas échéant, un renforcement du contrôle des normes revient à placer l'acteur en situation paradoxale, dite de « double contrainte » au sens développé par G. Bateson[15], et pouvant conduire à de graves traumatismes psychiques (stress, dépression) et ainsi, paradoxalement, renforcer la vulnérabilité du système. Citons (là encore à titre d'illustration), dans le procès qui a suivi l'accident de la gare de Lyon, les propos du substitut du procureur à l'adresse de M. Fouquet, agent d'accompagnement : « Vous n'avez pas d'excuses, vous avez perdu du temps à renseigner des voyageurs. Ce n'était pas votre tâche à ce moment-là. »

* *
*

En conclusion, il faut souligner le caractère préoccupant du déficit qui caractérise l'appréhension des phénomènes accidentels par la société à tous ses niveaux. La complexité de ceux-ci met en échec les mécanismes usuels de régulation de l'action collective, et notamment le système juridique. Ce déficit induit des effets pervers graves en mettant principalement l'accent sur l'erreur humaine et la culpabilité de l'individu. Il débouche sur des processus de recherche de boucs émissaires qui sont souvent dérisoires et injustes. Il conduit à des blocages sociaux et économiques durables et au repli individuel, dans la mesure où, en définitive, il revient à mettre en question le principe même de l'action distribuée. La notion de responsabilité doit être rapportée au champ de compréhension de l'acteur au moment même où il accomplit le geste qui va contribuer à l'accident. Encore faut-il examiner de façon précise les contraintes qui lui sont dictées par la nécessité de faire fonctionner le système. Notons enfin que l'action distribuée engendre un risque résiduel qui lui est consubstantiel. Il importe, par conséquent, de repenser la problématique de la responsabilité, qui ne peut être uniquement portée par les acteurs de la vie collective, lesquels deviendraient tous alors des condamnés en puissance. Qui voudrait encore, dans ces conditions, as-

sumer l'engagement d'un risque collectif au bénéfice d'un intérêt général ? « Je ne serai pas le Garetta de la rillette », déclarait récemment le responsable d'une chaîne de distribution confronté à la mise en question d'un de ses produits ■

Notes

1. *Simon, Herbert (1978), « Rationality as Process and as Product of Thought », « American Economic Review », n° 6.*
2. *AIEA-Insag 4. Ce texte présente les principes directeurs d'une culture de sûreté et précise en introduction que, « à l'exception de ce que l'on appelle parfois les cas de force majeure, les problèmes qui peuvent se poser dans une centrale nucléaire ont en général pour origine une erreur humaine ».*
3. *Ce concept a été développé par H. Simon dans l'ouvrage cité en note 9. « La rationalité substantive se caractérise aisément par l'image du calcul de la décision optimum : la solution est unique », « autrement dit, la rationalité substantive postule une rationalité suprême, capable d'arbitrer entre les bons raisonnements (qui calculeraient la vraie solution) et les autres, qui conduisent à des solutions moins vraies. Une rationalité consubstantiellement vraie ou naturelle indépendante des sujets qui la mettent en œuvre » (note du traducteur, J.-L. Le Moigne, p. 25).*
4. *Lemoigne, J.-L., « Sur la capacité de la raison à discerner rationalité substantive et rationalité procédurale », dans l'ouvrage « Calculer et raisonner : les usages du principe de rationalité en sciences sociales », éditions de l'EHESS, Paris, 1994.*
5. *Stahel, W.-R. (Association de Genève), conférence de 14 janvier 1994, La Sorbonne, Paris I.*
6. *Varela, F., « Autonomie et connaissance : essai sur le vivant », Paris, Seuil, 1989.*
7. *Varela, F., « Connaître les sciences cognitives », Paris, Seuil, 1989.*
8. *Le Cardinal, G., « L'homme communique comme unique, modèle systémique de la communication interpersonnelle finalisée », Thèse de l'université de Bordeaux III, disponible à l'IUT de technologie de Compiègne, BP 169, 60206 Compiègne.*
9. *Kervern, G.-Y., « Généralisation du concept de déficit systémique cindynogène », groupe épistémologie, Institut européen de cindyniques, février 1993.*
10. *Simon, H., « Sciences des systèmes, sciences de l'artificiel », Dunod, Paris, 1991. Voir également le modèle canonique du processus de décision-résolution organisationnelle présenté dans l'ouvrage de J.-L. Lemoigne, « La Modélisation des systèmes complexes », Paris, Dunod, 1991, p. 131.*
11. *Bateson, G., « Le rôle des changements somatiques dans l'évolution », publié dans le recueil « Vers une écologie de l'esprit », Seuil, 1980, tome II, p. 100.*
12. *Simon, H., page 177 de l'ouvrage cité en note 9.*
13. *« Le Monde » daté du vendredi 30 octobre 1992.*
14. *Raphel, C., unité de psychologie, Service de santé des armées.*
15. *Bateson, G. et al., « Vers une théorie de la schizophrénie », Behavioral Science, vol. I., n°4, 1956 (une traduction française a été publiée dans « Vers une écologie de l'esprit », Paris, Seuil, 1980, tome II, p. 42-49).*

L'auteur remercie les membres du groupe épistémologie de l'Institut européen de cindyniques, dont les remarques et les suggestions sur les versions successives de ce texte ont permis son élaboration, et particulièrement Georges Yves Kervern, de l'UAP, Pierre Mollon, d'EDF (direction de l'économie, de la prospective et de la stratégie). Il remercie également Pierre Schmitt, de l'exploitation du parc nucléaire d'EDF.

PAUL K. FREEMAN – HOWARD KUNREUTHER*

ENVIRONNEMENT, REGLEMENTATION ET ASSURANCE

MOTS CLEFS : *États-Unis* ▪ *réglementation* ▪ *responsabilité civile* ▪ *risques écologiques* ▪

Cet article étudie la complémentarité étroite qui devrait lier l'assurance, la réglementation et le régime de responsabilité civile dans le traitement de certains risques écologiques. L'idée de base est que les assureurs seront d'autant plus enclins à garantir des risques de cette nature que les normes de risque et les conditions d'indemnisation de victimes éventuelles seront bien définies. Deux études de cas sont présentées montrant comment l'assurance a pu être utilisée aux États-Unis dans le traitement des risques liés à l'amiante et des risques de contamination écologique de la propriété foncière.

Depuis plusieurs années, le rapport entre assurance et politique gouvernementale fait l'objet d'importants débats. Les discussions couvrent des aspects variés, allant de l'analyse de la relation réciproque entre assurance et droit civil en tant qu'outils compensatoires[1] au rôle spécifique que l'assurance joue en protégeant les biens publics contre des pertes potentiellement lourdes[2]. Un aspect qui n'a pas été explicitement mis en exergue dans ces débats est celui de l'utilisation potentielle de l'assurance comme outil destiné à faire respecter les réglementations. Ce n'est que depuis peu que les questions d'environnement figurent parmi les préoccupations majeures de notre société. La première tentative importante de création d'une politique nationale pour la protection de l'environnement date de 1969, suite à l'adoption de la loi nationale sur la qualité de l'environnement (National Environmental Quality Act[3]). L'Agence pour la protection de l'environnement (Environmental Protection Agency, ou Epa) fut créée l'année suivante, en 1970[4]. La réglementation relative aux substances dangereuses a commencé à être mise en place en 1976 avec la promulgation de la loi sur la préservation et la récupération des ressources (Resource Conservation and Recovery Act, ou RCRA[5]).

* *Eric Group, Inc., 7257 S. Tucscon Way, Englewood, CO 80112 ; Centre Wharton de la gestion du risque et des processus décisionnels (Wharton Risk Management and Decision Processes Center), université de Pennsylvanie, Philadelphie, PA 19072. Traduction effectuée par Rachel Meghir.*

Le RCRA a été conçu pour protéger l'environnement, préserver les ressources naturelles et fournir une législation « du berceau à la tombe », régissant la manière de manipuler les déchets dangereux. Les dispositions de cette loi interdisaient aussi la mise en décharge des déchets et facilitaient la conversion des décharges (à ciel ouvert) existantes en des installations ne présentant aucun danger pour l'environnement et pour la santé publique.

Le RCRA attribue la responsabilité civile principalement aux entreprises qui ont affaire à des substances dangereuses dans l'exercice de leurs activités. Quatre ans plus tard, en 1980, le Congrès votait une loi relative à la réponse aux accidents écologiques, à l'indemnisation et à la responsabilité civile en matière d'atteinte à l'environnement (Comprehensive Environmental Response, Compensation, and Liability Act, ou Cercla[6]), afin de répondre aux problèmes que le RCRA ne couvrait pas de façon adéquate, c'est-à-dire les problèmes générés par les déchets dangereux qui avaient été produits et abandonnés dans le passé.

Ces lois sur l'environnement, ainsi que les réglementations qui ont été mises en place depuis, ont créé des normes de comportement qui servent souvent de cadre de référence pour une action en justice. L'« acte dommageable » est le régime de responsabilité civile pour traiter les sinistres corporels résultant de dommages causés à l'environnement, y compris ceux provenant d'une exposition à des produits chimiques toxiques.

Cet article a pour objectif de montrer comment l'assurance, couplée à des réglementations bien précises, peut compléter le système actuel de responsabilité civile pour traiter certains types de risques écologiques. Comme nous le verrons plus loin, les assureurs sont plus enclins à garantir des risques pour lesquels il existe des normes bien définies et des données suffisantes permettant d'évaluer la nature des sinistres éventuels déclarés par l'assuré, ainsi que l'importance du paiement qui en résulte. Une telle assurance devrait protéger le patrimoine de l'entreprise contre les réclamations liées soit à des maladies humaines (asbestose, cancer), soit à des dommages matériels (nettoyage de déchets), tout en indemnisant la victime sur la base de conditions contractuelles[7].

Deux études de cas sont présentées qui montrent comment l'assurance a pu être utilisée en pratique pour des cas de traitement antiamiante de locaux et de responsabilité civile, dans le cadre de la loi Superfund sur la valeur d'une propriété foncière potentiellement contaminée. Ces exemples doivent être perçus comme un point de départ pour amorcer discussions et débats entre chercheurs et responsables politiques sur l'opportunité et les limites de l'approche proposée.

I. L'ASSURABILITÉ DES RISQUES ÉCOLOGIQUES

L'assurance est un mécanisme de transfert contractuel du risque. Il existe un marché de l'assurance parce que, d'une part, des assureurs peuvent offrir des garanties pour un grand nombre de risques et, de l'autre, des assurés ont besoin de

se protéger de l'éventualité d'une perte importante consécutive à des blessures, des maladies ou des accidents provoqués, dans une entreprise, par ses processus de production, ses modes de fonctionnement ou les produits qu'elle utilise. L'assurance peut également garantir à l'entreprise la couverture de frais de réhabilitation en cas de contamination de l'environnement qui serait découverte dans le futur.

Tous les risques ne sont pas assurables. Dans certains cas, le montant des pertes potentielles ne peut pas être quantifié, ou encore la couverture proposée par l'assureur peut se trouver en contradiction avec la législation existante. Bien souvent, il est difficile de fixer une prime qui satisfasse en même temps l'acheteur et le vendeur.

II. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

Les conditions d'assurabilité ont été définies dans un livre de Berliner[8] (1982) et appliquées aux risques écologiques par Kunreuther[9] (1987). Deux problèmes fondamentaux se présentent lorsque des concepts d'assurance liés à l'environnement sont analysés selon les critères de base de l'assurabilité.

En premier lieu, les tribunaux ont souvent exigé des assureurs qu'ils paient des indemnités pour des pertes qu'ils n'avaient jamais eu l'intention de couvrir. Cela résulte de problèmes d'interprétation des contrats d'assurance et a été exacerbé par le changement des définitions de la responsabilité. Pour traiter cette question, il est donc important de porter une attention particulière à la précision du langage des polices d'assurance. Chaque police d'assurance définit les limites contractuelles de la garantie, établit la perte maximale possible (*maximum possible loss*, ou MPL) et décrit en détail les risques qui sont assurés. Si les termes du contrat sont interprétés d'une manière qui diffère de l'intention de l'assureur, alors la MPL d'origine peut être radicalement modifiée et l'assureur devra s'exposer à des pertes que le contrat n'était pas censé couvrir au départ[10].

La variabilité des interprétations des termes des polices d'assurance rend ardue la détermination et la délimitation des pertes ; la fixation des tarifs est aussi rendue extrêmement difficile.

En second lieu, pour nombre de risques d'atteinte à l'environnement, à la différence des garanties conventionnelles, l'information historique nécessaire à la modélisation actuarielle habituellement utilisée fait défaut. Des données statistiquement valables en matière de probabilité et d'ampleur des pertes, établies sur la base de l'expérience historique en matière de sinistres, n'existent pas dans le domaine de l'environnement. Les entreprises ne peuvent donc pas calculer les dommages potentiels liés à leurs produits au moyen des techniques actuarielles usuelles. Face à cette situation, la plupart des assureurs ont préféré ne pas explorer le marché de l'assurance de l'environnement.

Pour traiter ce problème, il est nécessaire de préciser la fréquence de pertes d'ampleur différente ainsi que la perte maximale possible assurée, afin de fixer

les primes adéquates. Du fait que la plupart des risques écologiques résultent de la politique gouvernementale et qu'ils ont été classifiés en tant que tels depuis peu, il existe peu de données historiques relatives aux pertes encourues à la suite d'exposition à des produits toxiques. D'autres méthodes d'évaluation des pertes doivent donc être trouvées.

III. UTILISATION DE LA SCIENCE POUR DÉVELOPPER DES PRODUITS ASSURABLES

Le rôle de la science dans le développement de produits d'assurance valables en matière d'environnement est crucial. Pour définir la perte maximale possible, la perte moyenne et la fréquence des pertes, les fournisseurs d'assurance pour les risques écologiques utilisent des modèles scientifiques à la place des modèles actuariels historiques standards.

Le processus de modélisation scientifique est fondé sur un examen approfondi de la perspective d'assurance. Chaque caractéristique du risque est analysée en détail. L'aspect aléatoire du risque, les causes de pertes, leur limitation et la sélection des clients sont déterminés. Ils serviront à identifier les risques qu'on peut assurer au sein du marché. Les éléments clefs de l'approche scientifique sont les suivants :

– en matière de risque d'atteinte à l'environnement, il doit y avoir une norme scientifique ou une norme d'ingénierie qui soit communément acceptée, afin de permettre l'évaluation des facteurs associés au risque en question. La norme a un double objectif : elle peut servir à sélectionner les clients potentiels et à détecter, parmi eux, ceux qui ne répondent pas aux normes ; elle peut aussi servir à déterminer l'ampleur des pertes, dans l'hypothèse où l'assuré obéit à cette norme. Une norme peut résulter soit d'une réglementation nationale (par exemple, le nombre de fibres d'amiante dans l'air autorisé par l'Administration de la sécurité et de la santé professionnelles [Occupational Safety and Health Administration, ou Osha], ou par l'Epa), soit d'une pratique de l'industrie elle-même (par exemple, des spécifications de produits établies par les associations professionnelles), soit encore d'une pratique des institutions financières (par exemple, vérifier que le niveau de radon est au-dessous d'un niveau prédéterminé avant d'octroyer une hypothèque sur une propriété) ;

– un protocole bien défini doit être établi afin de caractériser le risque, par exemple sur la manière d'effectuer un audit écologique. Ce protocole, qui est censé inclure la norme d'ingénierie, devrait être fondé sur des principes scientifiques solides et soutenu par des données scientifiques. Pour cela, la société d'assurances doit nouer des relations étroites avec le milieu scientifique ;

– des normes de souscription doivent être établies à partir de l'intégration de la norme d'ingénierie existante dans le modèle scientifique. Ces normes de souscription, qui sont souvent associées aux caractéristiques de l'entreprise ou de la

propriété à assurer, servent à juger de la qualité des clients éventuels. Dans le cas d'une police pour traitement antiamiante, l'assureur, se fondant sur ces normes de souscription, voudra savoir si l'entreprise applique des consignes de sécurité appropriées. Ainsi, il se peut que l'assureur n'accepte de garantir que les entreprises qui respectent des consignes de sécurité méticuleuses[11] ;

– les tarifs doivent être déterminés en fonction des modèles scientifiques et des normes de souscription. La structure tarifaire qui en résulte reflète ainsi l'utilisation de modèles non traditionnels, puisque les données historiques sur ces risques écologiques n'existent pas. Ces tarifs tiennent compte du degré d'incertitude associé au risque. Par exemple, supposons qu'un groupe d'experts conclue que la meilleure estimation de la probabilité qu'un individu développe un cancer à la suite d'une exposition à une substance particulière pendant une certaine durée est $p = 0{,}001$. En même temps, les experts notent qu'il y a une grande incertitude autour de cette estimation. Pour garantir ce risque, l'assureur va très probablement arrêter un tarif plus élevé que celui qu'il fixe pour couvrir d'autres risques, plus « certains », dont la probabilité est également $p = 0{,}001$[12] ;

– les assurés doivent être suivis de près afin d'être certains que leur comportement est conforme au modèle scientifique d'origine. Sinon, les tarifs appliqués par l'assureur ne refléteront pas le risque tel qu'il est défini par l'activité de modélisation scientifique ;

– le modèle initial doit être ajusté au fur et à mesure que de nouvelles données scientifiques et statistiques deviennent disponibles.

En résumé, un risque est assurable si l'on peut déterminer la fréquence et l'ampleur des pertes avec un degré de précision raisonnable. Le fait de disposer de normes bien définies permet à l'assureur d'entreprendre une modélisation scientifique qui l'aidera à déterminer le degré d'incertitude associé à ce risque. Plus l'incertitude est grande et plus il est probable que la prime sera élevée. En développant des normes de souscription afin de distinguer les bons risques des mauvais, et en suivant de près l'évolution de l'activité, l'incertitude sur l'ampleur des dommages diminue et les tarifs futurs peuvent être affinés.

IV. COMMERCIALISATION DE L'ASSURANCE ENVIRONNEMENT

Le concept même d'assurance est fondé sur la capacité de l'assureur à attirer suffisamment de clients pour pouvoir répartir le risque entre eux. Pour les assurances spécialisées, telle l'assurance en matière d'atteinte à l'environnement, la loi des grands nombres exige qu'un nombre statistiquement significatif d'assurés soit inclus dans le pool de risque ainsi défini. En outre, la création d'un produit a peu de valeur si celui-ci n'est pas accepté par le marché. Le rôle que peut jouer l'assurance pour surveiller les comportements est limité par le nombre d'assurés.

Dans le domaine de l'assurance de risque écologique, la commercialisation présente des défis spécifiques. Pour l'assureur, le défi est de créer des produits

qui satisfassent aux conditions d'assurabilité. La question qui reste ouverte est celle de savoir s'il y aura un marché suffisamment vaste pour le produit, de sorte que les assureurs aient un intérêt à le proposer. Il n'y a pas de réponse facile sur la manière de commercialiser un nouveau produit d'assurance, mais il est possible de décrire un ensemble de facteurs qui peuvent favoriser ou gêner la création d'un marché pour le produit.

V. LE RÔLE D'UNE RÉGLEMENTATION BIEN DÉFINIE

Comme nous l'avons déjà dit, une condition clef de l'assurabilité d'un risque écologique est l'acceptation d'une norme bien définie par ceux qui sont touchés par ce risque. Du point de vue de la commercialisation, l'acceptation sur le marché d'une norme donnée est une précondition pour la vente d'un tel produit d'assurance. La norme peut être imposée par la réglementation nationale (par exemple, le nombre maximal de fibres d'amiante dans l'air) ou être le résultat d'une autorégulation (par exemple, les entreprises veillent à ce que la pollution résultant de la production de biens particuliers ne dépasse pas un certain niveau, qu'elles s'imposent à elles-mêmes).

Si les entreprises n'acceptent pas certaines normes, il peut alors être difficile de commercialiser l'assurance, comme nous le montre l'exemple des cuves souterraines de stockage. Une méthode efficace pour détecter à temps une fuite dans les cuves souterraines consiste à mesurer régulièrement le niveau de liquide dans les cuves. Une baisse anormale du niveau de liquide signale une fuite. La surveillance du niveau de liquide pourrait être instituée comme norme, ce qui permettrait aux assureurs d'offrir une garantie pour le risque de fuite. En d'autres termes, sur la base de cette surveillance, il serait possible de lancer une assurance pour couvrir les effets d'une éventuelle fuite. Toutefois, cette assurance ne pourra pas être commercialisée si les clients ne se soumettent pas à des exigences raisonnables en matière de surveillance du niveau de liquide.

VI. LA MOTIVATION DES CLIENTS

De façon générale, une assurance est souscrite par les entreprises afin de se protéger contre des pertes imprévues. Les clients souscrivent une police d'assurance pour les risques écologiques pour des raisons souvent très variées. Parfois, la souscription d'une telle assurance est obligatoire. La réglementation nationale sur les stockages souterrains, par exemple, exige des propriétaires qu'ils apportent la preuve de leur capacité financière à payer pour d'éventuelles opérations de nettoyage en cas de fuite du réservoir. L'assurance est un moyen de satisfaire à ces exigences. Dans certains États, elle constitue le seul recours pour les petits propriétaires de réservoirs cherchant à remplir cette condition.

Dans d'autres cas, les clients souscrivent une police d'assurance en matière de risque écologique pour libérer l'entreprise du souci de ce risque et lui permettre

de poursuivre son activité principale. Par exemple, la présence d'amiante dans des locaux commerciaux pourrait empêcher leur propriétaire de louer son bien immobilier. Il est du droit du propriétaire de faire peu de cas des risques de santé que fait encourir la présence d'amiante, mais il a besoin d'avoir une assurance couvrant l'exposition à l'amiante afin d'apaiser les inquiétudes des locataires potentiels et de pouvoir louer sa propriété.

De même, un entrepreneur spécialisé dans le traitement antiamiante peut ne pas se sentir concerné par les répercussions sur la santé d'un dégagement d'amiante lors de son activité. Cependant, les propriétaires des locaux exigeront une assurance contre l'exposition à l'amiante comme condition préalable pour commencer les travaux. L'assurance est souscrite pour satisfaire aux exigences commerciales à court terme, et non pas pour garantir les risques liés à l'amiante.

Un administrateur de créances hypothécaires peut prendre une assurance en matière d'atteinte à l'environnement pour les propriétés qu'il détient dans l'espoir d'obtenir une cotation plus élevée sur ses titres, et non par souci de l'environnement. Un promoteur immobilier qui se retrouve avec une propriété potentiellement contaminée sur les bras pourrait se montrer prêt à souscrire une assurance en matière d'atteinte à l'environnement, même au prix fort, afin de pouvoir vendre cette propriété perçue sur le marché comme polluée.

L'achat d'une assurance-environnement peut également être motivé par un faible seuil de tolérance au risque de la part d'une société.

Les entreprises souscriront une assurance pour calmer leurs craintes relatives à l'impact que pourrait avoir sur leur viabilité financière un incident écologique. Lorsqu'il y a une forte incertitude autour d'un risque écologique potentiel pouvant menacer les affaires d'une entreprise, l'assurance est perçue comme un mécanisme de protection d'une grande utilité.

VII. LES DÉFIS DE LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE

Le système de distribution de produits traditionnels d'assurance devient un handicap lorsqu'il s'agit de l'assurance en matière d'atteinte à l'environnement. Si la plupart des courtiers d'assurance sont à l'aise avec la vaste gamme de produits disponibles qu'ils peuvent proposer à leur clientèle d'entreprises, il n'en va pas de même avec les assurances en matière de risques écologiques. Ces produits peuvent nécessiter des connaissances approfondies en ingénierie, ne relevant pas des compétences habituelles du courtier d'assurance ni de celles du gestionnaire de risques pour l'entreprise.

En outre, du fait que nombre de garanties écologiques sont fondées, du moins en partie, sur les réglementations en matière d'environnement, les courtiers doivent se familiariser avec un nouvel ensemble de connaissances. Enfin, confrontés aux réglementations qui évoluent et aux nouvelles interprétations, par les tribunaux, de la loi sur l'environnement et des contrats d'assurance, les courtiers doivent surmonter une barrière supplémentaire pour vendre leurs produits.

Les courtiers seront également de plus en plus amenés à proposer des options d'assurance environnement à un nouveau groupe de responsables d'entreprise. Habituellement, l'achat d'assurances relève de la seule compétence du gestionnaire de risques, qui choisit l'assurance sur la base des options proposées par le courtier. Mais les garanties en matière d'environnement font intervenir un nouvel ensemble d'acteurs dont certains peuvent avoir plus d'autorité ou de poids au niveau de la prise de décisions. Juristes, directeurs des opérations, vice-présidents des départements acquisitions, finances, commercial ou développement peuvent faire partie de la décision finale en ce qui concerne l'achat d'assurance garantissant les risques écologiques.

La nouveauté de ces garanties et la sensibilisation encore limitée, au sein des entreprises, sur leur importance font que celles-ci prévoient rarement le coût de ce type de protection dans leur budget. Il en résulte que le financement doit être assuré au détriment d'autres activités de l'entreprise. Le scénario le plus probable est celui dans lequel la décision d'achat d'une assurance pour les risques écologiques est retardée jusqu'à ce que des fonds deviennent disponibles et que les responsables de l'entreprise se sentent plus à l'aise avec le concept. Cela est particulièrement vrai dans le cas de souscription d'une assurance volontaire non liée à un événement spécifique tel que la vente d'un bien immobilier.

VIII. LE SYSTÈME ACTUEL POUR FAIRE FACE AUX RISQUES D'ATTEINTE À L'ENVIRONNEMENT

1. Le rôle de la responsabilité civile de l'entreprise

Le droit civil est la partie du droit commun qui traite des délits et quasi-délits commis entre deux parties en dehors de toute obligation contractuelle. Les deux fonctions du droit civil sont :

- de fournir les bases pour l'obtention de réparations pour la partie lésée ;
- de dissuader d'autres acteurs de s'engager dans des activités similaires.

Au cours des quarante dernières années, une tendance s'est fait jour en droit civil : le concept de la responsabilité civile de l'entreprise, laquelle attribue une responsabilité inconditionnelle à un défendeur engagé dans certaines activités.

Pour intenter une action en matière de responsabilité civile sur la base de la négligence, plusieurs éléments doivent être prouvés avant que les réparations soient accordées[13]. Historiquement, les plaignants devaient apporter les preuves suivantes afin d'obtenir réparation :

- que le défendeur devait respecter, vis-à-vis du requérant, une certaine norme de diligence ;
- que cette norme de diligence avait été enfreinte par négligence de la part de l'accusé ;
- que les actes du défendeur aient causé les préjudices subis par le requérant ;
- que les préjudices subis par le plaignant soient quantifiables.

Les préjudices consistent généralement en dommages corporels ou en dommages aux biens. Dans toute demande d'indemnisation liée à la responsabilité civile, le requérant doit d'abord démontrer que le défendeur a enfreint certaines normes de bonne conduite. Les normes de bonne conduite peuvent être conçues de plusieurs façons, mais dans le domaine des plaintes liées à l'environnement, elles découlent le plus souvent d'un code établi par une agence nationale de contrôle. Ce code, ou cette réglementation, à son tour, s'appuie généralement sur les politiques émanant du corps fédéral ou des corps législatifs des états. Par exemple, les normes législatives de base qui traitent des déchets dangereux sont détaillées dans les dispositions du RCRA et du Cercla. L'Epa est chargée de développer des directives applicables à la plupart des normes législatives. Dans certains domaines, toutefois, diverses agences gouvernementales peuvent avoir juridiction dans un domaine particulier. Dans ces cas-là, plusieurs réglementations, parfois éventuellement contradictoires, peuvent s'appliquer à un même comportement. Les tribunaux jouent un rôle clef d'arbitre pour déterminer si les normes ont été respectées ou non.

Une fois qu'une norme de bonne conduite a été établie, le requérant doit normalement démontrer que le défendeur a fait preuve de négligence en transgressant cette norme. Cependant, le droit civil est en constante évolution. Au cours des quarante dernières années, le concept de la responsabilité civile de l'entreprise s'est fait jour en droit civil. L'obligation pour le plaignant de prouver la négligence lorsqu'un défendeur s'engage dans certains types particuliers d'activité a été supprimée. A la place de cela, une responsabilité inconditionnelle est imputée à tout défendeur engagé dans ces activités, sans qu'il soit besoin de prouver la négligence.

La responsabilité civile de l'entreprise est devenue une théorie de droit civil applicable, d'une part, aux demandes d'indemnisation liées à la responsabilité civile sur les produits[14] et, d'autre part, aux préjudices résultant de dommages fait à l'environnement et de l'utilisation de produits chimiques toxiques[15]. Cette évolution s'explique notamment par l'argument des experts légaux, adopté par les tribunaux, que les fabricants pourraient surveiller leurs activités et leurs produits, grâce au contrôle de qualité, beaucoup plus facilement que les consommateurs ne pourraient détecter les défauts[16]. Plus important encore, le concept de la responsabilité civile de l'entreprise a été stimulé par l'idée que cette approche forcerait les fabricants à investir dans des activités de prévention des pertes, de telle sorte que les bénéfices marginaux résultant de la réduction des pertes soient égaux aux coûts marginaux de l'investissement dans des mesures d'atténuation ou de prévention des risques[17].

Cette évolution était fondée sur l'idée que le risque devrait être réparti sur l'ensemble de la population. En rendant les fabricants et fournisseurs de services inconditionnellement responsables des pertes causées par leurs activités, le coût lié à cette responsabilité civile pourrait être inclus dans les prix de vente de leurs produits. Ainsi, au lieu d'avoir à apporter la preuve de négligence, les requérants

pourraient disposer des fonds accumulés par ce coût de responsabilité inhérent au produit à condition de démontrer qu'ils ont subi des préjudices à cause du produit, indépendamment de la négligence du fabricant. Autrement dit, le système de droit civil, par la responsabilité inconditionnelle, devait jouer le rôle habituellement assigné à l'assurance, à savoir la répartition des risques au sein d'une population à risques similaires[18].

IX. LES DÉFIS DU SYSTÈME ACTUEL

Même en admettant que la responsabilité inconditionnelle soit reconnue à un défendeur lors d'une déclaration de sinistre en matière d'environnement, la deuxième étape nécessaire à l'obtention de réparations consiste à établir un lien de causalité entre l'activité du défendeur et le préjudice subi par le requérant. La doctrine de la responsabilité civile de l'entreprise exige toujours que ce lien de causalité soit établi. En fait, l'idée implicite est que le système de responsabilité civile de l'entreprise constitue un type particulier de système d'assurance selon lequel ceux qui sont exposés à un risque paient un prix plus élevé pour le produit ou le service, en échange d'une protection financière couvrant dommages ou préjudices. C'est pourquoi les risques couverts au titre de la responsabilité civile de l'entreprise devraient satisfaire aux conditions d'assurabilité.

Selon le système réglementaire actuel, la plupart des risques d'atteinte à l'environnement ne satisfont pas aux conditions d'assurabilité. Aujourd'hui, il existe peu de preuves scientifiques permettant d'établir dans quelle mesure des produits chimiques spécifiques sont susceptibles de produire des maladies chez l'homme et de porter atteinte à l'environnement. La toxicologie et l'épidémiologie sont d'une portée limitée quand il s'agit de déduire, à partir d'expériences menées sur des animaux, les risques de développement d'un cancer chez l'homme, car humains et animaux ont des sensibilités différentes. Les toxicologues s'avancent rarement à conclure que l'homme court un risque connu simplement parce que des animaux ont contracté une maladie lors d'une expérience contrôlée[19]. En outre, rien ne permet de dire que la situation sera clarifiée par plus d'études scientifiques et d'évaluations de risque[20].

Aujourd'hui, le problème le plus important, aussi bien pour les requérants que pour les défendeurs, est d'établir un lien de causalité entre exposition à des substances dangereuses et préjudice présumé ou maladie[21]. Ne pas faire la preuve du lien de causalité peut empêcher les requérants d'obtenir réparation, même s'ils parviennent à démontrer clairement qu'ils ont subi des préjudices. Les défendeurs préféreront abandonner des pans entiers d'activité plutôt que de produire des biens ou des services qu'ils estiment susceptibles de les exposer à des risques aléatoires et coûteux de responsabilité civile[22].

Même dans le cas de maladies telles que l'asbestose ou le mésothéliome, pour lesquelles la causalité est plus évidente, les tribunaux rencontrent des difficultés pour attribuer la responsabilité[23]. Par exemple, il est difficile de déterminer si

Steve McQueen a développé un mésothéliome parce qu'il a travaillé avec de l'amiante dans les chantiers navals durant la Seconde Guerre mondiale ou parce qu'il a porté une combinaison en amiante lors de courses automobiles[24].

Quand un individu fait une demande d'indemnisation pour préjudices subis, la discussion pour déterminer un éventuel responsable occasionne des frais de transaction et des frais juridiques souvent très élevés. L'étude Rand sur le coût des litiges liés à l'amiante a montré que les requérants perçoivent seulement 37 % environ du montant dépensé par les défendeurs et leurs assureurs. Le reste est absorbé par les frais de transaction et les frais juridiques[25].

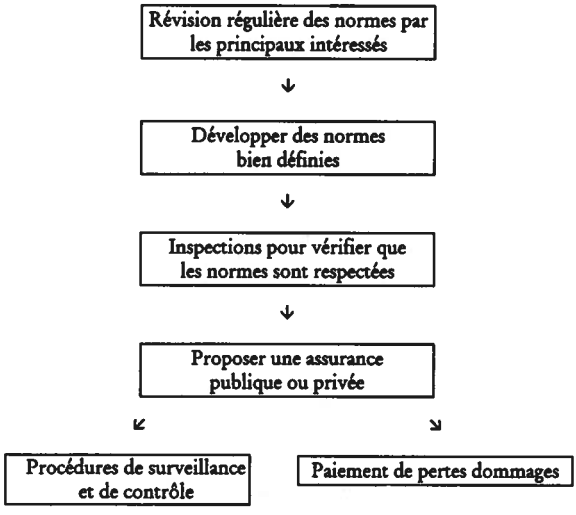
X. UNE PROPOSITION POUR MODIFIER LE SYSTÈME ACTUEL

La figure 1 présente le schéma d'un système de réglementation et d'assurance destiné à réduire les pertes occasionnées par les risques écologiques. Elle souligne l'importance de l'existence de normes bien définies et de procédures d'inspection et de contrôle. Ces éléments sont conçus de telle sorte que le risque soit perçu comme étant assurable et commercialisable, tout en satisfaisant en même temps aux objectifs sociaux de la politique en matière d'environnement. Nous décrivons ci-dessous chacun des aspects de cette approche.

1. Développer des normes bien définies

Un ensemble de normes bien définies devrait être établi par les agences réglementaires concernées, après consultation des parties intéressées associées à un risque particulier. Ainsi sera réduite de façon substantielle l'incertitude entourant les normes fondées sur la technologie, qui servent aujourd'hui à déterminer

Figure 1 : un programme de normes bien définies avec l'assurance



la responsabilité de l'entreprise en ce qui concerne certains risques écologiques. Une norme bien définie serait plus souhaitable, tant du point de vue de l'entreprise que de celui de l'assureur.

De telles normes sont plus faciles à contrôler et permettent d'avoir une plus grande certitude eu égard à une éventuelle responsabilité.

Pour illustrer les avantages de cet aspect, considérons le problème auquel font face aujourd'hui les entreprises qui doivent satisfaire à la « meilleure technologie disponible ». Les normes existantes exigent que la meilleure technologie disponible du moment soit utilisée dans les opérations d'une entreprise. Ainsi, lorsqu'une nouvelle technologie apparaît, les entreprises ne savent pas quelle est leur responsabilité civile si elles n'adoptent pas cette technologie. Les assureurs, quant à eux, hésitent à fournir une couverture pour ces risques parce qu'ils ne savent pas comment seront appliquées les normes de la meilleure technologie disponible.

2. Procéder à des inspections pour vérifier que les normes sont respectées

Si une norme bien définie est adoptée, son application peut être vérifiée par inspection et contrôle. Les inspections peuvent être imposées par un gouvernement ou une agence réglementaire. Les ascenseurs sont régulièrement contrôlés pour assurer la sécurité des usagers ; les édifices sont inspectés pour vérifier que les normes en vigueur en matière d'incendie sont appliquées. Des inspections peuvent également être requises par des institutions relevant du secteur privé. Par exemple, les compagnies d'assurances exigent souvent l'inspection d'une propriété avant l'établissement d'une police d'assurance.

3. Proposer une assurance couvrant des pertes spécifiques

Si les assureurs privés étaient prêts à proposer des contrats couvrant les demandes d'indemnités, cela présenterait des avantages par rapport au système actuel pour deux raisons principales. D'abord, l'assurance est plus efficace en matière de dissuasion. Les assureurs ont un intérêt financier à surveiller de près les activités de leurs assurés et à vérifier que les normes sont effectivement respectées. Imposer l'application des normes réglementaires est un moyen bien plus dissuasif que la simple éventualité – c'est du moins ainsi que la perçoivent les intéressés – de se voir attribuer une responsabilité civile, souvent de façon aléatoire, comme c'est le cas sous le système actuellement en vigueur.

Le second avantage de l'assurance est que les conditions d'indemnisation peuvent être définies contractuellement au lieu d'être déterminées par les tribunaux. Cela peut réduire de façon substantielle les frais de transaction qu'entraîne le système actuel, tout en relativisant l'importance de la nécessité d'établir une relation de causalité entre exposition à un toxique et indemnisation. Comme nous le verrons plus loin dans cet article, une police d'assurance peut prévoir l'indemnisation à des niveaux prédéterminés sur la seule base d'un dégagement de substances dangereuses.

Toutefois, pour que l'assurance soit véritablement une option viable, les conditions d'assurabilité et de commercialisation doivent être réunies. Si une norme claire et précise est définie et si une inspection adéquate est effectuée pour s'assurer que cette norme est respectée, l'assureur pourra estimer la probabilité et l'ampleur des risques afin de déterminer le juste niveau de la prime. Si l'incertitude du risque est très élevée, l'assureur pourra chercher à fixer des taux élevés. Si les primes dépassent le niveau que les clients sont prêts à payer, et qu'en outre l'assurance n'est pas requise, alors le risque sera considéré comme non commercialisable.

4. Mettre en œuvre des procédures de surveillance et de contrôle

Des procédures de surveillance et de contrôle, qui peuvent être facilement mises en œuvre, sont des éléments nécessaires au succès d'un programme d'assurances. Les assureurs contrôleront régulièrement les opérations d'une entreprise afin de s'assurer qu'elle suit un ensemble de directives préalablement définies. Si l'entreprise se révèle avoir été laxiste dans l'application de ces directives, trois options se présentent à l'assureur :

– exiger que la firme mette en action un ensemble de mesures de redressement, sous peine de suspension de la couverture ;
– accroître la prime pour qu'elle reflète le risque supplémentaire encouru ;
– annuler le contrat d'assurance.

5. Réviser périodiquement les normes

Au fil du temps, des informations plus précises seront disponibles, grâce notamment à l'application de méthodes d'évaluation des risques de plus en plus sophistiquées et à la compilation de nouvelles données concernant les pertes et les paiements de dommages par les compagnies d'assurances. Il semble donc logique de revoir les normes à des intervalles réguliers et prévus à l'avance, par exemple tous les cinq ans, afin d'évaluer l'impact de ces données sur le risque en question.

XI. DEUX EXEMPLES EN GUISE D'ILLUSTRATION

Cette section décrit deux cas pour lesquels il existe à l'heure actuelle une assurance garantissant les entreprises ou les individus en cas de responsabilité civile liée à des risques d'atteinte à l'environnement. Le premier exemple, une assurance qui protège les entrepreneurs effectuant des traitements antiamiante, montre comment une norme bien définie a permis de baser le montant des primes d'assurance sur le risque. En outre, des conditions de marché favorables ont facilité l'introduction et l'acceptation du produit.

Le second exemple concerne une assurance destinée à protéger les propriétaires de biens immobiliers d'une éventuelle responsabilité civile liée à une contamination inconnue de leur propriété. Il décrit comment des assureurs ont es-

sayé de fixer des primes liées au risque en l'absence d'une norme parfaitement bien définie et acceptée sur le marché.

1. Exemple 1 : assurance de responsabilité civile pour le traitement antiamiante

■ *La nature du problème*

L'amiante est le nom commun d'un groupe de minéraux naturels qui se présentent sous forme d'une masse de fibres soyeuses soit compactes, soit relativement longues. Dans les années 60, ce minéral a été identifié comme substance cancérigène. L'apport de preuves médicales a montré que des fibres d'amiante présentes dans l'air qui sont inhalées ou avalées sont liées à un certain nombre de maladies, dont l'asbestose (maladie pulmonaire chronique), le cancer du poumon et le mésothéliome (un cancer affectant la membrane intérieure de la cage thoracique). Au début des années 70, le gouvernement américain a donc commencé à interdire l'utilisation de l'amiante.

Au début des années 80, de fortes pressions se sont développées au sein de la société américaine pour que l'on enlève l'amiante contenu dans les édifices existants. Cette pression était alimentée par l'inquiétude du public à propos des effets néfastes sur la santé de l'exposition à l'amiante, ainsi que par la décision du gouvernement de faire inspecter les écoles afin de déterminer le niveau d'amiante contenu dans leurs structures[26]. Du début jusqu'au milieu des années 80, aussi bien l'Epa[27] que l'Osha ont promulgué des directives relatives aux travaux d'enlèvement d'amiante[28].

La réglementation nationale pour l'enlèvement d'amiante donne des spécifications précises dans les domaines de la surveillance des sites où se déroulent les travaux, des procédures pour assurer la protection des travailleurs, du transport, de la destruction des fibres d'amiante et des techniques adéquates pour enlever l'amiante. La surveillance des sites doit être effectuée par des entreprises indépendantes d'hygiène industrielle[29].

■ *Faisabilité d'une assurance de ce type*

En s'appuyant sur ce cadre réglementaire, les compagnies d'assurances ont commencé à offrir des garanties aux entrepreneurs engagés dans des travaux de traitement antiamiante. Ces contrats partaient du postulat que la responsabilité civile de ces entrepreneurs, en ce qui concerne dommages à la propriété et dommages corporels, était engagée du fait d'une exposition aux fibres d'amiante dépassant le niveau autorisé sur un site de travaux.

La littérature scientifique sur les effets de l'exposition à l'amiante a clairement identifié les facteurs clefs qui aboutissent à la manifestation de la maladie : concentration de fibres et durée de l'exposition multipliées par le dosage du débit. Un examen approfondi des méthodes et pratiques de traitement antiamiante a révélé l'existence de protocoles d'ingénierie visant à limiter l'exposition aux fi-

bres d'amiante, surtout pour des tierces personnes se trouvant en dehors du site des travaux. Il a été d'ailleurs possible de vérifier l'adhésion de l'entrepreneur à ces protocoles.

Ayant démontré que satisfaire aux critères d'assurabilité était possible, les assureurs ont procédé en trois étapes pour faire passer le produit de l'état de concept à celui de réalité : définition de la couverture, modélisation des pertes et établissement des tarifs, tests de commercialisation.

■ *Définition de la couverture*

La police de responsabilité civile spéciale liée à l'amiante (Asbestos Special Liability Policy) a été conçue pour fournir une couverture légale à l'assuré en ce qui concerne les préjudices infligés à des tiers, sous forme de dommages corporels ou de dommages à la propriété, qui survient au cours d'activités de traitement antiamiante. Des contrats sur mesure ont été rédigés, délimitant de façon précise les risques couverts par l'assurance.

On n'a pas utilisé de polices d'assurance standards, car, lorsque les risques ne sont pas clairement définis et que le but de la police reste quelque peu ambigu, c'est la doctrine d'adhésion qui détermine les décisions des tribunaux, ce qui est immanquablement défavorable à l'assureur. Par contre, les tribunaux réservent le meilleur accueil aux polices dont le langage est clair et qui détaillent les définitions de l'événement, des dommages, des éléments qui déclenchent la couverture d'assurance, des clauses exclusives et des exceptions à ces clauses. Les fournisseurs d'assurance en matière d'atteinte à l'environnement ont donc conclu que les polices sur mesure permettaient de surmonter les faiblesses inhérentes aux polices standards et étaient plus susceptibles d'être soutenues devant les tribunaux.

■ *Modélisation des pertes et de la structure des tarifs*

Une revue exhaustive de la littérature médicale a été entreprise, en portant une attention particulière aux modèles, construits par l'Osha[30], de réaction au dosage. En promulguant des normes qui réglementent, pour l'industrie, le niveau d'exposition professionnelle à l'amiante, l'Osha a développé des modèles quantitatifs d'évaluation du risque pour faire des projections sur la mortalité et la morbidité en fonction des dosages. D'après les résultats, pour chacune des quatre catégories différentes de maladies (à savoir, cancer du poumon, mésothéliome, asbestose et cancer gastro-intestinal), la mortalité et la morbidité varient selon le degré de concentration de fibres d'amiante dans l'air et la durée de l'exposition.

En s'appuyant sur les modèles de l'Osha, il a été possible d'estimer la fréquence relative de manifestation de la maladie en liaison avec des niveaux spécifiques d'exposition à l'amiante ; il a été également possible de construire des tables spécifiques de mortalité/morbidité pour chaque catégorie de maladie en fonction du niveau d'exposition attendu liée aux activités types de traitement antiamiante.

Les niveaux d'exposition liés aux activités de traitement antiamiante sont moins élevés que ceux liés aux risques du métier.

Pour calculer la fréquence anticipée des pertes, chez les entrepreneurs engagés dans des travaux de traitement antiamiante, il a fallu des données supplémentaires, en particulier le nombre de tierces personnes se trouvant très proches des activités de traitement antiamiante, le degré de concentration des fibres d'amiante en dehors de la zone des travaux et la durée de l'exposition pendant les travaux. En complétant ces données par des informations sur la durée de projets de traitement antiamiante tirées d'un échantillon de tels projets, il a été possible de faire des estimations sur le dosage d'amiante subi par des tierces personnes hors de la zone des travaux. En faisant la synthèse de ces données avec les tables de mortalité/morbidité décrites précédemment, il devenait possible de faire des projections sur la fréquence de manifestation des maladies en termes de revenus des entrepreneurs.

La sévérité des pertes, ou encore le coût associé aux sinistres liés à des activités de traitement antiamiante, a été estimée à partir d'études détaillées de coûts préparées par l'institut Rand de justice civile[31]. Ces études décrivaient l'étendue des distributions de pertes à partir des procès sur l'amiante ayant précédé la faillite Manville de 1982, et fournissaient la répartition de l'indemnisation des victimes, des frais de litige encourus par la défense et des dépenses pour pertes non affectées. Pour estimer les distributions finales de pertes et les dépenses d'ajustement de pertes, les paramètres conservatifs de tendances et de périodes de latence des maladies ont été choisis.

■ *Tests de commercialisation*

Une analyse approfondie des possibilités de commercialisation de l'assurance de responsabilité civile liée à l'amiante n'était pas nécessaire étant donné que l'obtention d'une telle couverture était une condition *sine qua non* pour que des entrepreneurs spécialisés dans le traitement antiamiante obtiennent les chantiers.

Sur la base de leurs travaux initiaux de modélisation, plus de 50 000 projets de traitement antiamiante ont été assurés par Eric. La compagnie d'assurances a régulièrement réexaminé les opérations de ses assurés, y compris la surveillance de données sur l'émission dans l'air de fibres d'amiante. Le nombre d'incidents liés au dégagement de fibres a été minime (moins de 100), et le paiement d'indemnités est resté dans les limites prévues.

2. Exemple 2 : assurance de responsabilité civile en cas de transfert de propriété

■ *La nature du problème*

La loi globale sur la réponse en cas d'accident écologique, l'indemnisation et la responsabilité civile en matière d'atteinte à l'environnement (Cercla), plus com-

munément connue sous le nom de Superfund, couvre les problèmes créés par les déchets dangereux produits et abandonnés dans le passé. Elle rend obligatoire un régime de responsabilité civile qui prescrit que les responsables d'une contamination de l'environnement paieront, dans la mesure du possible, les coûts du nettoyage. Aux yeux des tribunaux, le Cercla imposerait un système étendu de responsabilité civile de trois types :

– une responsabilité conjointe et solidaire, qui attribue la responsabilité civile sans souci de proportionner la responsabilité entre les parties. Si une entreprise est responsable pour une quelconque part de la contamination, elle peut se voir attribuer la responsabilité pour la totalité du coût de nettoyage de la contamination ;

– une responsabilité rétroactive, qui attribue aux propriétaires actuels de la propriété la responsabilité de tout nettoyage de l'environnement requis au moment présent, même pour des activités ayant été engagées par les propriétaires précédents et qui étaient parfaitement légales à l'époque ;

– une responsabilité inconditionnelle, qui attribue la responsabilité sans exiger une preuve d'intention criminelle ou de contribution aux dégâts. Une entreprise peut être tenue responsable du nettoyage de l'environnement uniquement parce que la contamination est maintenant à un niveau inacceptable, même si le propriétaire actuel a toujours observé les anciennes normes de comportement.

Le Cercla précise que quatre catégories de personnes peuvent être tenues responsables d'assumer les coûts de nettoyage de l'environnement :

– les propriétaires/opérateurs actuels d'installations produisant des déchets dangereux ;

– toute personne, ancien propriétaire ou ancien opérateur d'une installation au moment de la mise en décharge d'une substance dangereuse ;

– toute personne qui s'est chargée de la mise en décharge ou du traitement d'une substance dangereuse dans toute installation que possédait ou qu'opérait une autre personne (« générateur ») ;

– tout transporteur de déchets dangereux.

Pour se protéger de l'éventualité d'avoir à payer des frais de nettoyage, les acheteurs de propriétés et leurs bailleurs de fonds effectuent avant l'achat des inspections du site afin de détecter une possible contamination. Néanmoins, toutes les formes de contamination ne peuvent pas être détectées par ces inspections, ce qui laisse le nouveau propriétaire et le banquier exposés à un risque de responsabilité civile potentiellement important.

■ *Faisabilité d'une assurance de ce type*

Une assurance a été conçue pour faire face au risque de responsabilité civile auquel les propriétaires s'exposent dans le cadre de la loi Superfund. Cette assurance de responsabilité civile en cas de transfert de propriété (Property Transfer Liability, ou PTL) couvre les acheteurs de biens immobiliers à usage commercial

et leurs banquiers en cas de responsabilité liée à une contamination présente mais non encore détectée sur la propriété.

Pour obtenir cette couverture, le client doit faire effectuer des inspections de site préalablement à l'acquisition, par un cabinet indépendant d'ingénierie agréé par la compagnie d'assurances pour réaliser ce type d'évaluations. Toute contamination détectée lors de l'évaluation du site sera exclue de la garantie. Une police de PTL donne la possibilité d'avoir un impact significatif sur le marché privé et sur la réponse de celui-ci au Cercla.

D'abord, en exigeant une inspection des propriétés pour déterminer une contamination, la PTL exige en fait que toute contamination existante soit identifiée. Le problème étant identifié avant la réalisation de la transaction, le coût de remédiation sera inclus dans la valeur de la propriété. L'ampleur du risque inconnu (contamination non détectée par l'inspection des lieux) est reflétée dans la prime d'assurance. Cette assurance permet ainsi à la fois de découvrir et de quantifier les coûts liés à une contamination déjà présente de l'environnement ; ce qui en fait un instrument puissant de la politique de l'environnement.

Les trois étapes nécessaires pour passer du concept fructueux à la réalité sont les suivantes :

- *Définition de la couverture*

L'assurance PTL est conçue pour des propriétés à usage commercial, par opposition aux propriétés industrielles ou résidentielles. La faible fréquence de contamination des propriétés à usage commercial rend l'assurance abordable par un grand nombre de souscripteurs.

- *Modélisation des pertes et structure des tarifs*

Le taux national moyen de contamination des propriétés à usage commercial est d'environ 12 %. Ce chiffre a été calculé par Eric à partir d'une base de données de 9 000 audits de l'environnement. Ce taux représente le pourcentage de propriétés dont la contamination dépasse les niveaux autorisés par le gouvernement. Sur certaines propriétés, malgré les audits effectués préalablement à l'acquisition, des contaminations existantes ne seront pas détectées. Dans ce cas, une demande de dommages pourrait être déposée par un propriétaire bénéficiant d'une garantie PTL.

Pour estimer les pertes éventuelles dues à une contamination non détectée par une inspection préalable à l'acquisition, un examen du coût des opérations de nettoyage ordonnées par les instances fédérales et étatiques a été mené sur plus de 3 000 sites. Les données disponibles montrent que le coût moyen des mesures de remédiation (Cost of Remedial Action) (Cora), exprimé en dollars de 1991, varie de 102 000 dollars pour les stockages souterrains (*underground storage tanks*, ou UST) à un peu plus de 33 millions de dollars pour les sites figurant sur la liste fédérale des priorités nationales (Federal National Priority List, ou NPL).

Une fois que la fréquence potentielle des pertes (échec de détection de la con-

tamination) et l'étendue des dommages sont cernées, il s'agit de déterminer la façon dont ces pertes peuvent être réparties.

Un modèle légal se fondant sur 150 lois fédérales et étatiques a été construit pour comprendre l'affectation des pertes.

Sur la base des données ci-dessus, il est possible de déterminer un niveau de prime qui reflète le risque et l'incertitude correspondante. Avec une probabilité de contamination de $p = 0{,}10$ et une probabilité de demande d'indemnité se situant à $q < 0{,}10$, il est possible de proposer une assurance à un prix raisonnable, même si les coûts de nettoyage de sites contaminés mais non détectés ne sont pas prévisibles et peuvent dans certains cas s'avérer relativement élevés.

- *Tests de commercialisation*

L'assurance de responsabilité civile en cas de transfert de propriété n'était pas commercialisable tant que les clients potentiels n'avaient pas adopté la pratique d'une inspection de l'environnement préalable à l'achat d'une propriété. Avant que ces inspections deviennent une pratique courante (c'est-à-dire acceptée comme une norme de comportement), les clients ajoutaient le coût de l'inspection des lieux au coût de l'assurance. De ce fait, le coût total associé à la souscription d'une police d'assurance leur paraissait prohibitif.

L'acceptation par le marché des pratiques d'inspection de l'environnement des propriétés peut être clairement ressentie à travers les vidéocassettes de plus de 30 groupes d'action ayant opéré sur tout le territoire national entre 1991 et 1992. A l'origine, les commanditaires des recherches, tous vice-présidents des divisions « acquisitions » des plus grandes entreprises de développement et d'investissement du pays, n'ordonnaient une inspection de l'environnement des propriétés que si une contamination était soupçonnée. Cependant, au cours des dix-huit mois de l'étude, ces inspections sont devenues la norme sur toutes les propriétés. Le même changement d'attitude s'est opéré dans l'industrie bancaire, au fur et à mesure que les banques ont commencé à exiger des inspections comme condition préalable au financement de la plupart des opérations immobilières[32].

Il est également important pour la vente de la PTL que le coût de l'assurance soit inclus dans les coûts globaux de vente d'une propriété. Lorsque le coût de l'assurance est inclus dans le coût de la propriété, et peut être financé en même temps que celle-ci, l'assurance en matière d'atteinte à l'environnement n'est plus vue comme une dépense non budgétée.

XII. LEÇONS À TIRER

L'examen des résultats de la création et de la vente des produits d'assurance liés au traitement antiamiante et au transfert de propriété permet de tirer un certain nombre de leçons relatives à l'impact potentiel de l'assurance en matière d'atteinte à l'environnement sur la politique gouvernementale. D'abord, en se fon-

dant sur des normes bien définies, l'assurance environnement peut servir de vecteur pour l'institutionnalisation des normes. La surveillance par les compagnies d'assurances, dans le cadre de leurs opérations courantes de souscription, des activités de leurs assurés incite fortement ces derniers à appliquer et à respecter les normes. Cela est particulièrement vrai lorsque l'assurance est une condition *sine qua non* pour que l'assuré puisse exercer son activité principale (par exemple, lorsque les entrepreneurs sont tenus d'avoir une assurance pour pouvoir travailler), ou encore lorsque la souscription d'une assurance est directement liée à la possibilité pour l'assuré de procéder à une transaction particulière (par exemple, dans le cas où une assurance-environnement est exigée pour l'octroi d'un financement). En outre, cette fonction de contrôle a un effet dissuasif, car elle accroît les conséquences du non-respect des normes.

En second lieu, comme il a déjà été mentionné dans cet article, une des deux fonctions clefs du droit commun est de fournir un moyen d'obtenir réparation. En tant que contrat, l'assurance peut aussi bien élargir que limiter les conditions selon lesquelles le paiement sera effectué. Ces conditions ne doivent pas nécessairement dépendre du système de droit civil. Dans des domaines tels que les risques d'atteinte à l'environnement, il peut être plus facile et moins coûteux pour toutes les parties concernées d'adopter des conditions contractuelles de paiement plutôt que de recourir au droit commun pour déterminer la responsabilité civile. Par exemple, l'assurance PTL couvre le risque de dépassement des niveaux d'exposition aux matières dangereuses sans tenir compte du préjudice effectivement causé.

Enfin, l'assurance remplit ces deux fonctions avec un minimum d'intervention gouvernementale. Par exemple, sur la base de normes de performance acceptées – lesquelles, dans le cas d'assurances de transfert de propriété, ont été créées entièrement à l'initiative privée –, le secteur de l'assurance a fait de l'autocontrôle au lieu de s'appuyer sur des instances réglementaires.

CONCLUSION

Cet article présente des arguments en faveur du développement de normes bien conçues pour certains risques écologiques, afin de les rendre assurables et commercialisables. Si des polices d'assurance sont créées pour garantir ces risques, elles fourniront un moyen de paiement fondé sur un arrangement contractuel plutôt que sur la preuve d'une causalité.

L'assurance, conjuguée à des normes et réglementations précises, renforcera la dissuasion et favorisera les activités de prévention de pertes. Les entreprises et leurs assureurs seront incités à effectuer des inspections. Les assureurs feront des efforts de surveillance et de contrôle, et chercheront à appliquer des pénalités appropriées et des augmentations de prime aux assurés qui ne satisferont pas aux normes en vigueur. En outre, les entreprises seront incitées à mettre en pratique des innovations qui diminueront les risques.

Actuellement, la plupart des risques d'atteinte à l'environnement ne remplissent pas les conditions de base d'assurabilité ou de commercialisation, et par conséquent les assureurs hésitent à les garantir. Le marché privé a tenté de lancer des assurances pour les stockages souterrains, l'exposition aux peintures à base de plomb, les décharges (aussi bien pour les déchets dangereux que non dangereux), et pour d'autres expositions clairement définies. Le succès dans ces domaines a été limité. Une compréhension des questions évoquées dans cet article pourrait aider les responsables politiques à concevoir des réglementations et à créer des conditions de marché qui permettraient au secteur de l'assurance de jouer un rôle plus actif dans la politique de l'environnement. Dans une large mesure, le gouvernement peut aussi bien créer que détruire les conditions qui permettraient à l'assurance de se développer et de se commercialiser ■

Notes

1. *Voir Abraham, Kenneth S., et Lance Liebman, 1993, « Private Insurance, Social surance, and Tort Reform : Toward a New Vision of Compensation for Illness and Injury », 93, « Colum Law Review », 75. Une présentation informative des théories courantes est faite par Rubin, Paul H., 1993, « Tort Reform by Contract », Washington, DC : American Enterprise Institute.*
2. *Voir Priest, George L., 1987, « The Current Insurance Crisis and Modern Tort Law », 96 « Yale LJ », 1521.*
3. *42 USC 4331-4335, 4341-4347.*
4. *Une discussion complète des origines de l'Epa est présentée par Landy, Mark K., Roberts, Marc J., Thomas, Stephen R., 1990, « The Environmental Protection Agency : Asking the Wrong Questions », New York, Oxford University Press.*
5. *42 USC 6901-6987.*
6. *42 USC 9601-9615, 9631-9633, 9641, 9651-9657, et 26 USC 4611-4612.*
7. *Une proposition alternative au système de droit civil, en faveur d'initiatives contractuelles, a récemment été faite par Rubin, Paul H., 1993, « Tort Reform by Contract », Washington, DC : American Enterprise Institute.*
8. *Berliner, Baruch, 1982, « Limits of Insurability of Risks », Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.*
9. *Kunreuther, Howard, 1987, « Problems and Issues of Environmental Liability Insurance », « The Geneva Papers on Risk and Insurance », 12, 180-197.*
10. *L'exemple classique dans ce cas est celui de la commune de Jackson, où les tribunaux ont exigé d'une compagnie d'assurances une indemnité pour une contamination des eaux souterraines. La police d'assurance stipulait qu'elle couvrirait seulement des « dommages soudains et accidentels », ce que les tribunaux ont interprété comme voulant dire « inattendus et involontaires ». Le défendeur a fait appel et l'affaire s'est finalement arrangée à l'amiable, mais le secteur de l'assurance en a tiré la leçon qu'il faut porter une grande attention au langage des polices. Pour plus d'informations sur le cas de la commune de Jackson, voir Leslie Cheek, 1990, « Insurability Issues Associated With Cleaning Up Inactive Hazardous Waste Sites », dans Howard Kunreuther et Rajeev Gowda, « Integrating Insurance and Risk Management for Hazardous Wastes », Boston, Kluwer Academic Publishers.*
11. *L'assureur peut encore accepter de garantir, à un taux beaucoup plus élevé que celui de ces polices normales, une entreprise qui ne remplit pas les normes de souscription mais qui requiert néanmoins une couverture.*
12. *Voir Kunreuther, H., Hogarth, R., et Meszaros, J., 1993, « Ambiguity and Insurer Ambiguity and Market Failure », « Journal of Risk and Uncertainty », 7, 71-87.*
13. *Prosser, William L., et Wade, John W., 1971, « Torts : Cases and Materials », Foundation Press.*
14. *Priest, George L., 1985, « The Invention of Enterprise Liability : A Critical History of the Intellectual Foundations of Modern Tort Law », « Journal of Legal Studies », 14, 461-528.*
15. *Mielenhausen, Thomas C., 1991, « Insurance Coverage for Environmental and Toxic Tort Claims », 17 Wm. Mitchell L. Rev. 945.*
16. *Shavell, Steven, 1987, « The Economics of Accident Law », Cambridge, Harvard University Press.*
17. *Pour deux sources excellentes résumant cette littérature, voir William Landes et Richard Posner, 1987, « The Economic Structure of Tort Law », Cambridge, Harvard University Press, et aussi Steven Shavell, 1987, « Economic Analysis of Accident Law », Cambridge, Harvard University Press.*
18. *Landes, William, et Richard Posner, 1987, « The Economic Structure of Tort Law », Cambridge, Harvard University Press.*
19. *Kraus, Nancy, Malmfors, T., et Slovic, Paul, 1992, « Intuitive Toxicology : Expert and Lay Judgments of Chemical Risks », « Risk Analysis », 12, 215-232.*

20. *Graham, John, Green, Laura, et Roberts, Marc, 1988, « In Search of Safety », Cambridge, Harvard University Press.*
21. *Rabin, Robert L., 1987, « Environmental Liability and the Tort System », 24 Houston L. Rev, 27 ; Ginsberg, William R., et Lois Weis, 1981, « Common Law Liability for Toxic Torts : A Phantom Remedy », 9 Hofstra L. Rev, 859.*
22. *Huber, Peter W., 1988, « Liability : The Legal Revolution and Its Consequences », New York, Basic Books.*
23. *« Asbestos Abatement Reports », 15 octobre 1990.*
24. *Viscusi, Kip., 1992, « Reforming Products Liability », Cambridge, Harvard University Press.*
25. *Kakalik, James S., Ebener, Patricia A., Felstiner, William L. F., Shanley, Michael G., 1983, « Costs of Asbestos Litigation », Santa Monica, CA, Rand Corp.*
26. *Asbestos Hazard Emergency Response Act (Ahera), Section 203 of Toxic Substance Control Act, 15 USC 2641-2654.*
27. *National Emission Standards for Hazardous Air Pollutants (Neshap) for Asbestos, 40 CFR Part 61 (1989).*
28. *Asbestos Regulations for the Construction Industry (29 CFR 1926.58).*
29. *CFR 1926.58 (f).*
30. *L'introduction d'Osha, « Asbestos Regulations for the Construction Industry » (29 CFR 1926.58), présente une analyse des études pertinentes dont l'Osha s'est servi pour fixer les niveaux permissibles d'exposition (29 CFR 1926.58 (c)).*
31. *Dixon, Lloyd S., Drezner, Deborah S., Hammit, James K., 1993, « Private Sector Cleanup Expenditures and Transaction Costs at 18 Superfund Sites », Santa Monica, CA, Rand Corp.*
32. *Les résultats d'enquêtes générales entreprises par la suite ont confirmé les tendances mises en évidence dans les travaux de recherche sur le marché. Voir Bennett, Mark J., « Survey Shows Lenders' Widespread Adoption of Environmental Risk Management Policies », « Real Estate /Environmental Liability News » (Part 2), 10 mai 1993.*

Nous remercions Neil Doherty, Mary Ellen Gallagher et Irv Rosenthal, avec qui nous avons eu des discussions fructueuses pendant la préparation de ce texte. Une première version en a été présentée à un séminaire de politique gouvernementale et de gestion qui s'est tenu à l'université de Pennsylvanie et à la conférence sur le Superfund de l'Institut américain d'entreprise (American Enterprise Institute), où des commentaires utiles ont été recueillis. Nos remerciements vont également à l'Agence américaine de protection de l'environnement/Bureau de prévention des urgences chimiques (US Environmental Protection Agency/Chemical Emergency Preparedness and Prevention Office, ou CEPPO), ainsi qu'à la fondation William et Flora Hewlett pour leur soutien au centre Wharton de la gestion du risque et des processus décisionnels (Wharton Risk Management and Decision Processes Center).

CHRONIQUES

Responsabilité

Contaminations par transfusion sanguine :
responsabilité et assurance après les récents arrêts
de la Cour de cassation et du Conseil d'État
Claude **D**elpoux

Vieillissement

Le risque de vie
Michel **B**isch

Livres

« Averting the Old Age Crisis : A World Bank Policy Research Report »
de Philip **D**avis
*André **B**abeau*

« L'État, la logique du pouvoir politique »,
d'Anthony **D**e **J**asay
*Michel **L**utfalla*

CLAUDE DELPOUX*

CONTAMINATIONS PAR TRANSFUSION SANGUINE :

responsabilité et assurance après les récents arrêts de la Cour de cassation et du Conseil d'État

Si la plupart des victimes de contamination par le VIH consécutive à des transfusions sanguines ont obtenu du Fonds d'indemnisation créé par la loi du 31 décembre 1991 la réparation de leur préjudice, d'autres ont préféré la voie du procès en responsabilité contre les centres de transfusion sanguine, cliniques ou hôpitaux, voie qui ne leur était pas expressément fermée par la loi d'indemnisation. Les juridictions du fond tant de l'ordre judiciaire que de l'ordre administratif ont rendu des décisions comportant des motivations diverses, les unes ne retenant la responsabilité qu'en cas de faute prouvée, les autres se plaçant sur le terrain de la responsabilité objective pour motiver la condamnation à réparer. Saisis de plusieurs pourvois, la Cour de cassation et le Conseil d'État ont rendu à des dates proches des décisions similaires. Il s'agira moins dans cette chronique de commenter sous l'angle juridique les cinq arrêts – cela a été fait dans les revues spécialisées [1] – que de situer les réflexions qu'ils inspirent dans le contexte plus vaste de la responsabilité civile produits, de la responsabilité civile médicale et de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

I. LES SOLUTIONS CONVERGENTES DE LA COUR DE CASSATION ET DU CONSEIL D'ÉTAT

1. La consécration de la responsabilité sans faute des centres de transfusion sanguine

La Cour de cassation casse l'arrêt rendu le 8 septembre 1992 par la cour d'appel de Toulouse, qui considérait que le centre n'avait pas manqué à son obligation de moyens et rejette le pourvoi formé par le centre de transfusion sanguine et son assureur contre l'arrêt rendu le 28 novembre 1991 par la cour d'appel de Paris, qui retenait la responsabilité du centre du fait de la présence dans le sang d'un virus indécelable.

La Cour fonde ses décisions sur une obligation de résultat (fournir aux receveurs des sangs exempts de vices) sans possibilité d'exonération pour risque de développement : « Le vice interne du sang ne constitue pas pour l'organisme fournisseur une cause qui lui est étrangère. »

Le Conseil d'État annule deux arrêts rendus le 20 octobre 1992 par la cour administrative d'appel de Paris qui, constatant qu'aucune faute n'était établie, écartaient la responsabilité de l'Assistance publique. Se fondant sur les dispositions légales qui donnent aux centres de transfusion sanguine le monopole des opérations de collecte de sang et la mission de

* *Directeur responsabilité civile Apsad/FFSA.*

1. *Cass. 1re civ. 12 avril 1995 (deux arrêts) JCP 1995 II 22467 note P. Jourdain, CE Ass. 26 mai 1995 (trois arrêts) JCP 1995 II 22468 note J. Moreau, AJDA 1995, note J. H. Stahl et D. Chauvaux, p. 508.*

contrôle médical des prélèvements, de traitement, de conditionnement et fourniture de produits sanguins, le Conseil d'État juge que, « eu égard tant à la mission qui leur est ainsi confiée par la loi qu'aux risques que présente la fourniture de produits sanguins, les centres de transfusion sanguine sont responsables même en l'absence de faute des conséquences dommageables et la mauvaise qualité des produits fournis ».

Lorsque le centre est un service d'un hôpital public, sans personnalité juridique distincte, c'est la personne morale publique gestionnaire du centre (dans les deux espèces, l'Assistance publique) qui assume la responsabilité sans faute ainsi encourue.

Le Conseil d'État, en créant un nouveau cas de responsabilité sans faute, la Cour de cassation, en restant dans le cadre de l'obligation contractuelle de sécurité de résultat, aboutissent à la même solution : responsabilité objective du centre sans possibilité d'exonération, même quand il est impossible d'éviter la contamination du receveur.

2. La responsabilité pour faute des cliniques et hôpitaux

Statuant sur le pourvoi de la Clinique de l'Essonne contre l'arrêt qui retenait sa responsabilité *in solidum* avec celle du centre au motif que, « en raison de la confiance que le malade doit lui faire, la clinique a l'obligation de fournir des produits sanguins non viciés », la Cour de cassation casse partiellement. Les juges du fond auraient dû rechercher « si la clinique tenue d'une simple obligation de prudence et de diligence dans la fourniture de produits sanguins livrés par un centre de transfusion avait la possibilité de contrôler la qualité du sang transfusé ».

C'est donc sur le terrain de l'obligation de moyen et sur celui-là seul que peut être engagée la responsabilité d'une clinique en cas de défectuosité des produits sanguins ; elle n'est responsable que si sa faute est établie. Il est certain qu'en matière de transfusion sanguine le rôle de la clinique se borne à transmettre aux médecins transfuseurs les produits sanguins contrôlés, traités et conditionnés par les centres de transfusion sanguine ; elle ne peut exercer le moindre contrôle sur la qualité de ces produits, afin notamment de détecter des virus pathogènes ; c'est la raison pour laquelle la Cour de cassation ne la rend pas responsable, hormis le cas de faute prouvée, des défectuosités dommageables pour les receveurs.

Dans le troisième arrêt rendu le 26 mai, le Conseil d'État statuant sur le fond écarte la responsabilité de l'hôpital public où avaient été transfusés des produits sanguins fournis par un centre de transfusion sanguine ne relevant pas de cet hôpital. Ici encore, le Conseil d'État se fonde sur les dispositions légales relatives à la mission des centres de transfusion sanguine et en tire la conclusion que, lorsque la contamination est uniquement imputable au produit sanguin vicié fourni par le centre de transfusion sanguine, ce dernier (en fait, la personne morale publique ou privée dont il relève) encourt la responsabilité exclusive du dommage « considérant, d'autre part, qu'en vertu de la loi du 21 juillet 1952, modifiée par la loi du 2 août 1961, les centres de transfusion sanguine ont le monopole des opérations de contrôle médical des prélèvements sanguins, du traitement, du conditionnement et de la fourniture aux utilisateurs des produits sanguins ; qu'ainsi le préjudice résultant pour un malade de sa contamination par des produits sanguins transfusés est imputable à la personne morale publique ou privée dont relève le centre de transfusion sanguine qui a élaboré les produits utilisés ; que lorsque la transfusion a été effectuée dans un hôpital qui ne relève pas de cette personne morale, cet hôpital ne peut être tenu responsable des conséquences dommageables de la transfusion ».

Ainsi, s'agissant de la responsabilité de l'hôpital simple utilisateur d'un produit sanguin fourni par un centre de transfusion sanguine qui n'en relève pas, le Conseil d'État n'appli-

que ni la théorie du risque ni celle de la faute révélée. La solution retenue paraît exclure l'application de la jurisprudence Bianchi, même lorsque toutes les conditions exigées par l'arrêt du 9 avril 1993 sont réunies [2].

Pour la Cour de cassation, la clinique n'encourt pas une responsabilité objective en cas de contamination par un produit sanguin vicié ; pour le Conseil d'État, la responsabilité du centre de transfusion sanguine dans la même hypothèse est exclusive de celle de l'hôpital simple utilisateur ; c'est donc le régime de la faute prouvée qui est de règle ; ici encore, la Cour de cassation et le Conseil d'État ont adopté des solutions identiques.

II. QUELQUES RÉFLEXIONS AUTOUR DE CES ARRÊTS

1. Le Conseil d'État comme la Cour de cassation se placent dans une logique de responsabilité civile produits pour condamner les centres de transfusion sanguine à réparer les conséquences dommageables de contamination. L'obligation de délivrer un sang exempt de vice est absolue ; la présence d'un virus pathogène, fût-elle indétectable et imparable, établit l'inexécution de cette obligation.

Les hautes juridictions n'ont pas distingué entre le sang labile et les produits stables préparés industriellement ; ces derniers constituent, depuis la loi du 4 janvier 1993, des médicaments relevant des articles L 670.1 à 5 du Code de la santé publique et leur caractère de « produit » n'est pas sérieusement discutable. Rappelons toutefois que la directive du 14 juin 1989 relative aux médicaments dérivés du sang impose aux États membres de prendre « toutes dispositions pour que les procédés de fabrication et de purification permettent [...] de garantir dans la mesure où l'état de la technique le permet l'absence de contamination virale spécifique », réservant ainsi le cas du risque de développement.

Le sang labile est certes contrôlé et conditionné par les centres de transfusion sanguine, mais, techniquement, il ne peut constituer un produit fabriqué ; assimiler le sang labile à la chose vendue ou au produit fabriqué relève plus de la fiction juridique que de la réalité technique.

2. Le Conseil d'État comme la Cour de cassation aboutissent à une canalisation de la responsabilité sur les centres de transfusion sanguine. En effet, les fournisseurs intermédiaires (clinique, hôpital public simple utilisateur) ne répondent pas de la qualité intrinsèque du sang et des produits sanguins transfusés.

Cette solution est en divergence avec la jurisprudence habituelle qui tient le fournisseur professionnel pour responsable des vices cachés du produit fourni, même s'il n'a aucune possibilité de contrôle sur le produit et avec les projets relatifs à l'introduction en droit interne de la directive du 27 juillet 1985 relative à la responsabilité civile des produits défectueux qui chargent tout fournisseur professionnel de la même responsabilité que celle qui incombe au producteur (alors que la directive canalise sur le fabricant ou l'importateur). Elle ouvre des perspectives intéressantes : comment, en effet, expliquer la solution :

– par les spécificités du sang et des produits dérivés ? On vient de voir que les hautes juridictions s'étaient placées en ce qui concerne la responsabilité civile des centres de transfusion sanguine dans une pure logique de responsabilité civile produits ; si ces spécificités ne justifient pas un régime particulier au niveau des centres de transfusion sanguine, pourquoi le justifieraient-elles au niveau des fournisseurs intermédiaires ? Il faut abandonner cette explication ;

2. *A propos de l'arrêt Bianchi, voir « L'indemnisation de l'aléa thérapeutique, pourquoi ? comment ? », par Michel Pinault, « Risques », n° 14, p. 91.*

– serait-ce donc parce que la clinique ou l'hôpital ne sont pas en l'occurrence des fournisseurs ? Pour retenir cette explication, il faudrait donner au terme de fournisseur une acception étroite (simple revendeur), alors que le terme est justement choisi pour recouvrir des réalités contractuelles diverses (vente, entreprise, fourniture annexe à une prestation de service, etc.).

L'explication est ailleurs : la canalisation devient nécessaire lorsque la responsabilité est ultra-stricte et reste engagée même en cas de risque de développement. Faire peser sur tout professionnel le risque de l'inconnu, de l'imprévisible et de l'irrésistible rend l'activité professionnelle impossible à assumer, car les risques échappant au contrôle du professionnel se sont multipliés par l'effet conjoint des hautes technologies et de la distribution de masse. Dès lors que la responsabilité est stricte, elle doit peser uniquement sur les spécialistes (ceux qui ont le contrôle effectif de la structure interne d'un produit ou plus généralement des effets d'une activité).

3. La symétrie des solutions respectives du Conseil d'État et de la Cour de cassation ne doit pas faire oublier qu'elles sont l'aboutissement de voies différentes.

Le raisonnement du Conseil d'État se fonde sur la mission et le monopole des centres de transfusion sanguine. Il n'est donc pas transposable à l'hypothèse d'utilisation d'autres produits qui relèvera du cadre habituel de la responsabilité civile hospitalière (y compris la jurisprudence Bianchi).

Celui de la Cour de cassation se fonde sur l'impossibilité pour la clinique de contrôler la qualité du sang transfusé ; le même raisonnement devrait donc s'appliquer chaque fois que le dommage subi par le patient est causé par un produit pharmaceutique dont la clinique ne peut pas contrôler la qualité : dès lors que le dommage n'est imputable qu'au vice interne du médicament, la clinique n'a pas à en répondre ; à noter que, dans l'affaire souvent citée du sérum altéré ayant donné lieu à l'arrêt du 4 février 1959, il n'était pas établi que le dommage était dû à un vice interne du produit préexistant à sa livraison à la clinique, et cet arrêt de rejet ne peut être au regard des faits de l'espèce considéré comme un arrêt de principe [3].

4. « S'il faut en toute chose raison garder », force est de constater que les magistrats ont voulu concilier l'exigence de réparation (en déterminant le responsable qui ne peut s'exonérer même en cas de risque de développement) et le souci de la mesure (par la canalisation qui évite de faire supporter à tout professionnel une obligation techniquement impossible à tenir).

L'effort est louable, car, en ces matières difficiles, l'esprit de système – aussi bien quand il veut réduire la responsabilité à la faute que quand il prône la généralisation sans limites de l'obligation de sécurité-résultat – aboutit à des impasses.

Mais, vu la nature et l'ampleur des problèmes sous-jacents au contentieux de la contamination, on ne peut attendre du seul juge qu'il résolve des problèmes dont la solution doit résulter d'un véritable choix de société.

5. En effet, le problème des responsabilités liées aux contaminations transfusionnelles se situe au point de focalisation de deux dossiers de fond aux enjeux économiques sociaux et humains considérables :

– responsabilité du fait des produits défectueux et exonération ou non en cas de risque de développement ;

– responsabilité médicale et indemnisation de l'aléa thérapeutique.

3. *Cf.* « *Risques* », *n°7*, « *Sida post-transfusionnel : jurisprudence et assurance de responsabilité : des dérives dangereuses* », *par C. Delpoux.*

Dans l'un et l'autre cas, il est nécessaire et urgent que le législateur se prononce :

- *pour la responsabilité civile produits,* il faudra clairement choisir entre la non-exonération pour risque de développement dans un système de responsabilité objective stricte canalisée sur le fabricant et l'exonération pour risque de développement qui permet d'envisager l'application du régime à tout fournisseur. Ce choix nécessaire exclut la possibilité de faire du nouveau en gardant l'ancien et d'essayer de cumuler les deux logiques. Répétons-le : à terme, l'indemnisation effective (par des personnes solvables) des victimes ne s'obtiendra que par un droit de la responsabilité cohérent et univoque ;

- *pour la responsabilité civile médicale,* le choix doit être fait entre les avancées de la responsabilité civile objective – dont, en principe, personne ne veut mais que l'on laisse à discrétion de la jurisprudence – et la réaffirmation du principe de la faute prouvée, sauf à instituer un système d'indemnisation directe au profit de victimes d'accidents médicaux graves. Ici encore, on ne fera pas l'économie de la clarté et de la cohérence...

Et, pour revenir du général au particulier, il faudra bien aussi que le législateur se prononce sur la nature juridique du sang labile, car, en l'état actuel du droit, ce n'est que pour les produits stables dérivés que la réponse est indiscutable.

6. On sait que, pour le passé (contaminations par le virus du sida et surtout par le virus de l'hépatite), le problème du financement de la dette de responsabilité des centres de transfusion sanguine reste posé, car les contrats d'assurance conformes aux exigences réglementaires n'ont pas été conçus (et d'ailleurs ils ne pouvaient pas l'être !) pour couvrir des phénomènes dommageables de l'ampleur du sida ou de l'hépatite. Notre réflexion sur l'assurabilité de la responsabilité des centres de transfusion sanguine ne concernera que l'avenir.

En attendant les clarifications législatives, les arrêts de la Cour de cassation et du Conseil d'État constituent jusqu'à nouvel ordre la solution de référence en matière de responsabilité civile liée aux contaminations post-transfusionnelles. Ce qui amène naturellement une interrogation sur le renouvellement du contrat couvrant la responsabilité des centres de transfusion sanguine : on sait que ce contrat ne garantit que les cas de faute prouvée et exclut expressément les contaminations par des virus indétectables en l'état des connaissances scientifiques et techniques ; le risque couvert par l'assurance ne représente donc qu'une faible partie du risque encouru. Peut-on envisager que ce contrat soit aménagé pour couvrir le risque tel qu'il se présente maintenant au vu d'une jurisprudence convergente relevant des deux hautes juridictions ? Pour le risque connu, c'est une question de prix... et de capacité pour les organismes transfusionnels à le payer. Pour le risque inconnu en principe inassurable, l'assureur pourrait peut-être montrer quelque audace s'il était sûr de la limitation de son engagement en montant et dans le temps ; or la Cour de cassation en matière d'application de la garantie dans le temps n'accepte que le fait générateur... ce qui renvoie à un autre problème, celui de la compatibilité des règles de responsabilité et de l'assurabilité au regard des règles prudentielles propres à la technique de l'assurance.

Les décisions des hautes juridictions seront critiquées par certains parce qu'elles poussent trop loin la responsabilité (en n'exonérant pas pour risque de développement), par d'autres, parce qu'elles ne protègent pas assez les victimes (en exonérant la clinique ou l'hôpital simple utilisateur). Mais la vraie question n'est pas là : elle est de créer les conditions juridiques et financières d'un droit à réparation aussi étendu que possible dès lors qu'il peut être couvert par l'assurance ■

MICHEL BISCH*

LE RISQUE DE VIE : un résumé de solutions

En allemand, « danger de mort » se dit *Lebensgefahr*, « danger de vie », risque de perdre sa vie. Il devient donc difficile de traduire directement en allemand la notion de risque de vie, sans faire de contresens. La traduction devient *Erlebensrisiko*, risque de survie.

Risque-t-on finalement sa vie ou sa mort ? Les oppositions de mots, d'une langue à l'autre, pour un même événement traduisent à la fois la crainte de perdre quelque chose, la vie, et celle de l'événement lui-même, la mort. Ces deux craintes sont évidemment liées, et leur expression, leur gestion, leur conjuration sont le propre de l'homme.

La mort est mauvaise par elle-même et il faut la combattre par la richesse, la religion, la philosophie. Ce combat, dans nos sociétés, comporte des victoires éclatantes ; la probabilité de décéder à la naissance, dans l'enfance, dans les âges actifs, et bientôt à la retraite, devient faible ou infime. La mort elle-même devient illégale : la recherche de responsabilité devient la règle, repoussant la notion de mort naturelle dans les vieux termes juridiques.

L'organisation économique règle assez bien, par des mécanismes de protection obligatoire et des contrats libres d'assurance, les conséquences de la mort pour les ayants droit. Ainsi, dans notre histoire, vivre est forcément un bienfait ; vivre longtemps, un risque qui se répand. Du siècle dernier à ce jour, les mécanismes d'assurance retraite et de pension se sont développés à mesure de cet événement toujours heureux, référence du niveau de vie d'un pays.

« Soudain », l'expression peut être retenue pour un événement de quelques dizaines d'années à l'échelle de l'histoire humaine, la longévité s'accroît et suscite de terribles inquiétudes, et détermine pour nos sociétés et les individus un risque inconcevable, au sens propre du mot, le risque de vie. Derrière sa manifestation statistique de dérive de longévité se profilent des problèmes variés et redoutables.

Pour l'individu, d'abord. Si la mort est tragique, ses conséquences économiques touchent les survivants, et c'est l'altruisme qui guide leur protection. La survie prolongée, avec diminution des capacités physiques, mentales, affectives et financières, est subie par l'individu, sans limite de temps, avec l'incertitude de la qualité de l'existence.

Le risque de vie serait, sans paradoxe, presque plus personnel que la mort, et donc bien plus redoutable.

Pour les relations de famille ensuite, les bouleversements sont considérables : avec les générations, l'éloignement physique de la famille s'accroît, avec un risque de perte affective au moment de l'affaiblissement ; des parents ou même des grands-parents deviennent des héritiers normaux ; des grands-parents, au centre, soutiennent à la fois leurs parents et petits-enfants.

Cette modification fondamentale de l'espérance de vie (les Allemands diront

* *Docteur en sciences sociales et économie.*

Erlebenswahrscheinlichkeit, « vraisemblance de vie ») aura un jour des conséquences sur les droits et obligations dictés par le Code civil pour les familles.

En matière sociale, le traitement et le financement du risque de vie, dans l'une de ses manifestations, la dépendance, paraissent des problèmes insolubles. Soit le traitement est généralisé, comme le risque de maladie et l'« ancien risque vieillesse », et son coût pose la question du choix d'affectation des ressources de la société, question à laquelle on ne peut ou n'ose répondre. Soit le traitement est concentré sur les cas les plus graves et les indigents, et, outre un coût encore élevé, il convient de définir des critères et des limites. Celles-ci constituent l'un des problèmes caractéristiques de la dépendance.

La dépendance est en effet une situation personnelle, graduée, et ressentie différemment selon la personnalité et la vie culturelle, matérielle, physique de chacun. Par exemple, l'incapacité de lire ou d'avoir des relations sociales, par difficultés de déplacement, est ressentie plus durement par une personne ayant une vie sociale ouverte, qui sera par contre moins sensible à d'autres incapacités.

Devant cette difficulté de définition de critères, pouvoirs publics et groupement d'assureurs ont recherché, pour des raisons de coût et de maîtrise de la sinistralité, une sorte de solution extrême, l'« incapacité d'effectuer 3 actes sur 4 de la vie quotidienne », qui détermine une dépendance indiscutable. Cette recherche même est une manière de reconnaître le flou, l'imprécision et pourtant la réalité de la dépendance vécue par une personne. Cette solution intellectuellement satisfaisante s'avère cependant une « assurance catastrophe personnelle » qui non seulement écarte l'immense majorité des cas intermédiaires, mais encore rencontre de sérieuses difficultés d'application pratique :

– une souscription rigoureuse, dans les âges élevés, freine le développement d'une masse assurée et provoque une antisélection par perception personnelle du risque, hors de tout critère médical ;

– le traitement des sinistres ne peut s'affranchir d'une réalité faite de doutes sur un critère, avec un enjeu de prestations importantes et très souvent une suite contentieuse avec un assuré au plus mauvais moment de sa vie, en plein « risque de vie », ou sa famille.

L'intérêt contradictoire entre l'assureur et l'assuré, la propension croissante à des sinistres par définition sans recul historique et le montant unitaire élevé des provisions par cas expliquent pour une large part la prudence des assureurs-réassureurs, et l'interrogation, l'inquiétude, le désarroi des personnes âgées et de leur famille dans leur demande de couverture.

Si les solutions techniques actuelles reposent sur d'incontestables analyses, elles rencontrent des limites dans ce que nous pourrions appeler des erreurs de transposition.

En premier lieu, nombre de contrats que nous appelons, par commodité, de dépendance restrictive reprennent des techniques de l'assurance accident-maladie des âges actifs. Dans ces âges, les événements sont nets, peu fréquents, d'un coût limité en montant et dans la durée. Ces techniques éprouvées dans ce contexte se révélent d'application difficile dans des âges élevés, avec des affections floues et personnelles, coûteuses, durables. C'est peut-être, sur le fond, le fait même d'une transposition d'une même technique d'un environnement à l'autre qui pose les limites décrites.

En second lieu, nous observons le développement de contrats d'épargne, que nous appelons, par commodité, de retraite ou de bancassurance, proposés pour gérer le risque de dépendance. Ces contrats sont conçus pour, dans des durées longues, permettre une consommation différée dans de bonnes conditions par le jeu exponentiel de la capitalisation d'intérêts. Ces contrats reposent sur la faible probabilité de décès durant la vie active, pour assurer une retraite. Une technique fondée sur la durée a peu de sens dans les âges élevés où cette durée atteint le maximum d'incertitudes. Les produits financiers n'ont donc pas le temps d'un effet de levier. Fondés sur des unités de compte, ces contrats feraient encore

dépendre les prestations, en cas de besoin par dépendance, du marché boursier. Oublier le temps et la durée ne peut être une solution générale.

Il nous paraît utile, à la manière des pratiques industrielles, de tendre à des solutions fondées sur une réflexion particulière au grand âge, en évitant ou en modifiant les transpositions de techniques. Ces solutions, réponses au risque de vie, comprennent l'analyse des modes de vie, des relations familiales, des comportements statistiques pour, à la différence de pratiques qui maintiennent l'incertitude de l'assuré, donner à l'individu un ensemble de certitudes, de moyens de gérer librement sa dernière partie de vie. Pour éviter l'antisélection, les solutions passent par une étude globale du marché et une acceptation libérale qui donne à un portefeuille de risques le profil moyen de la population.

Cette approche est, dans sa présentation, respectueuse de la liberté individuelle et, dans son organisation, de nature à préserver les équilibres techniques de la société d'assurances.

Le risque de vie est nouveau ; à mesure qu'il s'affirme et se comprend, il convient de le traiter par une réflexion propre.

L'important travail de réflexion théorique, actuarielle et d'analyse de comportement a donné naissance à un ensemble de solutions pratiques et simples. Elles sont conduites par la Compagnie des rentes et capitaux, filiale de Théma.

Deux grandes classes de situation ont été retenues :

– la protection des personnes âgées par elles-mêmes ou leur conjoint ;

– la protection des parents âgés (quatrième génération) par des enfants jeunes retraités (troisième génération).

La base contractuelle des solutions est le livret de prévoyance senior, dont le sigle, LPS, évoque une liberté transfrontalière, les frontières étant ici celles des âges et des générations.

Dans le cas de la protection de la personne âgée par elle-même, le processus est le suivant :

– l'acceptation est fondée sur un questionnaire de santé adapté à l'âge : les questions sont relatives à la capacité de vie sociale, à la capacité physique minimale plus qu'à la maladie proprement dite, les personnes d'un âge élevé étant souvent de toute façon malades ou virtuellement malades. Le critère discriminant nous paraît plutôt le style de vie ;

– un tableau de garanties est chaque année adressé à l'assuré ; il comporte l'expression en francs de nombreuses prestations : une rente indemnitaire de première dépendance ; un complément annuel de prestation ; une indemnité d'équipement, particulièrement appréciée pour des aménagements domestiques lors de la première dépendance ; une rente de dépendance aggravée, mise en service dans les cas les plus difficiles. Dans cette situation, la garantie de restitution des primes payées aux proches, en cas de décès, n'est plus assurée, et, en contrepartie, ces mêmes proches se voient soulagés dans leur contribution au soutien de leurs parents. Les primes payées sont restituées, en cas de décès, aux proches désignés par l'assuré. Celui-ci n'est donc plus hésitant entre sa propre couverture et la transmission d'une partie de son avoir à ses proches. Ceux-ci, indirectement, bénéficient de la couverture de leurs parents.

L'appréciation des sinistres est à la fois subjective et objective. Elle est subjective, au sens premier du terme, c'est-à-dire l'attention au sujet, à la personne, dans la mesure où chaque handicap a une répercussion différente selon l'environnement et le mode de vie de la personne : l'incapacité de relations sociales pour une personne très active peut s'avérer particulièrement grave, car les dommages psychologiques entraînent souvent des dommages physiques de plus en plus invalidants.

Il nous a donc paru important d'intervenir rapidement sur des sinistres considérés comme mineurs dans les contrats de prévoyance restrictive, mais qui, dans les âges élevés,

et contrairement aux âges actifs, sont par eux-mêmes générateurs de sinistres lourds que nous cherchons justement à éviter.

Dans l'appréciation du sinistre, le médecin de famille joue un rôle essentiel par sa connaissance du quotidien de l'assuré, et, comme assureur, nous lui faisons confiance.

Il convient aussi de relever que, en cas d'incapacité de gérer une rente indemnitaire, le contrat prévoit que cette gestion soit déléguée au notaire de famille désigné au préalable.

Le notaire a été choisi par préférence aux proches pour des raisons de neutralité et de garantie extérieure pour une personne âgée affaiblie. Notons ainsi un équilibre inédit, et bien adapté, entre intervenants et appréciations internes, par le médecin de famille, et, parfois, gestion et garantie externe, par le notaire de famille.

L'appréciation du sinistre est objective, car fondée sur une observation de la réalité et des conditions propres au grand âge, et non sur des techniques adaptées aux âges actifs et projetées dans une situation différente.

L'adéquation de la technique assurancielle à son environnement est un facteur majeur d'équilibre pour l'assuré et l'assureur. Nous pensons en effet qu'une acceptation ouverte, dans le grand âge, est moins sujette à sélection adverse qu'une acceptation restrictive en vue d'une couverture restrictive.

D'une part, le propre du risque de vie est son caractère multiforme, incertain dans sa durée, et variable pour un même individu dans le temps. D'autre part, il nous paraît plus réalisable de tendre vers une population dont le comportement et la morbidité soient proches de la statistique générale que d'imaginer couvrir une population qui a conscience de ses risques, s'assure, et en fait court moins de risques que la moyenne, ce que l'on appelle des « risques sélectionnés ».

Le coût commercial de la recherche de cette catégorie et le traitement parfois contentieux de ses sinistres constituent une source de déséquilibre technique pratiquement « assuré ». Les grands réassureurs mondiaux qui appuient l'analyse et la démarche de la Compagnie des rentes et capitaux partagent cette analyse par un soutien majeur et contractuel à long terme.

Les prestations définies par les personnes âgées, fixées dans le livret de prévoyance senior, sont disponibles en francs français, deutche Mark et francs suisses. Les contrats peuvent être souscrits par des personnes plus jeunes, par exemple de 55 ou 60 ans, en faveur de leurs parents âgés. Dans certains cas, les primes payées seront restituées aux enfants au décès de leurs parents. Ces enfants sont considérablement soulagés dans leur soutien à leurs parents. Cette troisième génération (les enfants) soutient souvent à la fois la quatrième génération et la première ou la deuxième. S'il est vrai que la troisième génération concentre le patrimoine, et parfois le revenu, elle prend fréquemment en charge les autres générations, et l'assurance est un instrument parfait de solidarité familiale, utilisé ici dans la gestion du risque de vie, dont la dépendance est la manifestation la plus redoutée.

Les solutions simples et pratiques ainsi décrites ont l'originalité d'être fondées sur un nouveau regard sur la vie et de poser une nouvelle catégorie d'assurance contre le risque de vie. Cela a été possible car la réflexion assurancielle a été intégrée, dès l'origine, dans la réflexion économique et sociologique ■

Averting the Old Age Crisis

***A World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press, 1994.**

Plus de 400 pages sur un thème déjà tellement ressassé, les bras risquent de vous en tomber. Ce serait dommage, car le dernier rapport de recherche de la Banque mondiale, préfacé par Michael Bruno, son économiste en chef, se laisse lire presque comme une bande dessinée et fait la synthèse de nombreuses informations souvent très difficiles à réunir.

On l'aura compris, il s'agit d'éviter la crise provoquée par le vieillissement en mettant partout en place des systèmes de protection vieillesse à l'épreuve du temps.

La structure du rapport est la suivante : environ 300 pages de développement en 8 chapitres et quelque 100 pages d'annexes et fiches présentant brièvement mais de façon précise des sujets bien délimités : par exemple, d'un régime en répartition ou d'un régime en capitalisation, quel est celui qui a le moindre coût ? Ou bien la redistribution entre générations, ou encore les risques d'évasion dans les systèmes obligatoires.

Un très gros effort didactique est également fait dans les chapitres où sont fournis des résumés, des tableaux et des graphiques très bien choisis. Un glossaire des principaux termes est placé en début d'ouvrage. Tout, donc, a été fait pour que le rapport ne reste pas sur les étagères.

Quant au fond, l'idéal proposé est, sans surprise, un système à plusieurs « piliers » :

- un premier étage obligatoire géré par les pouvoirs publics et financé par l'impôt ; il s'agit d'assurer un minimum à ceux qui en ont besoin ; plusieurs formules sont possibles : pension forfaitaire, prestations sous conditions de ressources, simple garantie de prestation minimale donnée au deuxième « pilier » ;
- le deuxième étage correspond aux régimes de retraite professionnels ou à des plans d'épargne individuels, les uns et les autres obligatoires et gérés par le secteur privé (mettre des fonds importants entre les mains de l'État est trop dangereux) ;
- le troisième étage doit rester, quant à lui, facultatif ; il peut être lié aux professions ou relever de plans d'épargne ouverts à tous ; il s'agit d'offrir une possibilité supplémentaire à ceux qui souhaitent davantage de ressources et de sécurité pour leur retraite.

Ce système est optimal, selon les auteurs, parce qu'il équilibre les risques du point de vue de la protection vieillesse et qu'il est capable de faciliter une croissance saine de l'économie.

L'idéal existe donc, mais il y a aussi les pratiques passées et les circonstances actuelles. Les auteurs n'ont évidemment pas la naïveté de préconiser la mise en place du système à trois étages partout et à tout prix. Entre autres raisons parce que les degrés d'urgence, d'un pays à l'autre, ne sont pas les mêmes.

Trois groupes de pays sont distingués. D'abord, les économies jeunes à bas revenus (Afrique, Asie du Sud) : les auteurs, fort justement, recommandent à ces pays de ne pas affaiblir prématurément les divers soutiens « informels » aux personnes âgées (familles,

villages, voisinage) ; ils leur proposent de se consacrer au seul premier pilier et de le limiter aux zones urbaines et aux grandes entreprises, avec une grande modération dans les prestations forfaitaires. Plus tard seulement ces pays pourront envisager, à mesure que leur économie se développera, la généralisation du premier pilier et l'introduction du deuxième.

Aux pays jeunes, mais en fort développement (les quatre « dragons » en particulier), il est conseillé d'étendre progressivement leur système de base en le finançant d'abord par des cotisations sur les salaires, puis par le recours à l'impôt quand le système fiscal sera stabilisé. Dans le même temps, ces pays devraient introduire un deuxième étage obligatoire géré en capitalisation ; mais cela suppose une bonne réglementation, un système bancaire, un marché secondaire des titres publics et un marché boursier capable de se développer rapidement. La mise en place de ce deuxième pilier demandera donc des années.

Enfin viennent les économies plus anciennes, déjà pourvues de systèmes de base très développés ; les auteurs ne mâchent pas leurs mots : il convient dans les pays concernés de reculer l'âge d'ouverture des droits à la retraite et de réduire les prestations pour les rendre identiques pour tous ; c'est le deuxième pilier dans lequel les prestations doivent tenir compte du montant des revenus d'activité. Quant au troisième et dernier étage, son introduction posera moins de problèmes puisqu'il restera facultatif.

Ce dernier groupe rassemble les pays de l'OCDE, les pays européens de l'Est et plusieurs pays d'Amérique latine. On peut estimer qu'il est encore fort hétérogène et que plusieurs sous-groupes devraient être introduits, chacun correspondant à un cas de figure différent. Les auteurs n'en disconviendraient sans doute pas, tant paraît grande à travers ces pages leur volonté de coller au terrain et d'être utiles aux décideurs souvent confrontés à des choix à plus d'un égard délicats ■

André Babeau, *Crep.*

L'État, la logique du pouvoir politique
par Anthony De Jasay, préface de P. Salin, Paris, Les Belles-Lettres, coll. « Laissez faire », 1994.

L'État gêne les économistes non marxistes. Pour ceux-ci (sinon pour le jeune Marx), en effet, il représente l'appareil de coercition de la classe dominante. Pour les extrêmes libéraux (les « libertariens »), il est plus nuisible qu'utile, puisqu'il détourne à son profit – c'est-à-dire à celui de la classe politique et de la bureaucratie – des sommes qui, laissées aux agents économiques, seraient certainement mieux dépensées – qu'il s'agisse de la couverture des dépenses du « circuit » propre de l'État ou des transferts sociaux.
Parue dans une collection au titre explicite, l'analyse de l'oxonien De Jasay (initialement publiée en 1985) demeure d'une lecture fascinante. L'auteur fait, en effet, table rase de l'État hobbésien de nature comme du contral social ainsi que, je l'ai dit, de la vulgate marxiste : tout est, chez lui, rapport de forces (il écrit ainsi que l'État est un accident de l'Histoire), mais, en même temps, De Jasay montre que ces rapports ne mènent pas nécessairement à la guerre ; sinon, on ne comprendrait pas la coopération entre États. A l'intérieur, il réserve ses critiques les plus sévères aux théoriciens de la justice sociale, de Bentham ou Mill à J. Rawls.

Lorsqu'il aura satisfait sa curiosité sur cette forme d'extrême libéralisme – fort éloignée de notre tradition nationale, laquelle est bien connue de l'auteur, dont de nombreux exemples sont français –, le financier pourra se reporter aux quelques développements consacrés par l'auteur à l'inflation (p. 333 et sqq.) : De Jasay tient pour une théorie en termes d'affrontements entre « groupes égoïstes », chacun cherchant à s'approprier une part plus grande du gâteau – vainement, puisque la hausse des prix est là pour tenter continuellement de rétablir la structure souhaitable des prix relatifs. L'intervention de l'État ne change rien à l'affaire : au contraire, l'État démocratique, interventionniste, entretiendrait l'inflation. On peut toutefois se demander si cette théorie « sociologique » n'est pas très datée – le livre ayant été publié, on l'a dit, en 1985, avant que nous ne soyons revenus à la présente absence d'inflation. En fait, l'inflation a été de tous les temps, de l'Empire romain à la Révolution française en passant par Philippe le Bel et par le siècle qui suit la découverte des trésors d'Amérique. L'État démocratique n'est pas intrinsèquement plus inflationniste que l'État guerrier ou conflictuel, au contraire ; dans la mesure où l'inflation est souvent un phénomène de guerre, le second trouve, dans la hausse des prix, un moyen de ne pas payer ses dettes. Dans le premier – l'État démocratique –, les perdants de l'inflation ont, par contre, leur mot à dire[1].
Il est bon de décaper les idées reçues sur l'État comme sur toute autre institution humaine. Avec son talent de logicien, A. De Jasay y excelle, comme avant lui les

1. *On pourra se reporter sur ce point au très intéressant ouvrage que vient de publier F. Crouzet sur « La Grande Inflation » (celle qui va de Louis VI au franc dit « de Germinal »), Paris, Fayard, 1994.*

théoriciens du marché politique (tel le prix Nobel Buchanan). Et, s'il est vrai que l'État-providence moderne est un compromis social, souvent imposé par l'État bureaucratique (Napoléon III, Bismarck) à des entrepreneurs qui n'en voulaient guère, ce compromis a montré son utilité lorsque les démocraties furent menacées par l'État totalitaire (nazi avant guerre, léniniste après 1945), lequel semblait pourtant offrir quelque séduction. On rajoutera que, une fois fixée la nécessité de l'intervention, tout le reste est une question de proportion : tel est bien le sens du débat entre droite et gauche dans les pays anciennement industrialisés. Mais on aura remarqué que ni l'une ni l'autre ne sont désormais en faveur de l'inflation – au contraire[2] ■

Michel Lutfalla, *Axa*.

2. *Le même éditeur publie un très curieux « Pouvoir d'entreprendre » (1993, 408 pages). Un haut fonctionnaire français, peu favorable aux ingérences économiques et sociales de l'État, et qui signe d'un pseudonyme (P. Lefort), y aborde toute une série de questions, dont celle de la « banque libre ». Le titre du chapitre sur ce point est explicite : « Les méfaits du monopole monétaire ». On y trouve des expressions telles que « la Banque centrale est donc une institution nuisible » (p. 124). Le livre a sans doute été achevé avant la loi sur l'indépendance de la Banque de France. Il est curieux que l'auteur, visiblement fasciné ailleurs dans l'ouvrage par l'ordolibéralisme allemand, ne parle pas de la Bundesbank.*

Quels pouvoirs ? Quelles responsabilités ?

Le séminaire des 10 et 11 octobre 1995, organisé par le Forum du droit et des affaires et l'Union des jeunes avocats (Uja, Paris), traitera des pouvoirs et du rôle de l'administrateur, et examinera notamment ses rapports avec l'actionnariat. De plus, la responsabilité, tant civile que pénale, de l'administrateur sera également abordée de façon concrète.

Ce séminaire s'adresse aux administrateurs, à l'actionnariat et aux dirigeants. Il se tiendra au pavillon Dauphine, place du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 75016 Paris.

Pour de plus amples informations, contacter Isabelle Jean-Baptiste (directeur de conférences) et Annie Tronel-Peyroz (directeur marketing), téléphone : 53 68 76 66 ; télécopie : 45 31 06 70 ■

Communication financière

Le séminaire des 17 et 18 octobre 1995, organisé par le Forum du droit et des affaires, a pour but de répondre aux besoins d'information et d'améliorer l'impact de votre stratégie financière.

Ce séminaire se tiendra au pavillon Dauphine, place du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 75016 Paris.

Pour de plus amples informations, contacter Isabelle Jean-Baptiste (directeur de conférences) et Annie Tronel-Peyroz (directeur marketing), téléphone : 53 68 76 66 ; télécopie : 45 31 06 70 ■

L'espérance de vie sans incapacités

L'Academia europaea et l'Afacade (Association française des amis de l'Academia europaea) organisent, avec le soutien de la Fédération française des sociétés d'assurances, un colloque sur « L'espérance de vie sans incapacités ».

Ce colloque se tiendra à la Fédération française des sociétés d'assurances, salle de l'Auditorium, 26, boulevard Haussmann, 75009 Paris, **les 4 et 5 décembre 1995,** de 9 heures à 17 h 30.

Le programme des séances est le suivant : 1) Concepts, méthodes et sources. 2) Premières estimations, premières analyses. 3) Les facteurs d'évolution. 4) Les enjeux.

Pour de plus amples informations, contacter Jacques Dûpaquier, 197, rue Saint-Jacques, 60240 Delincourt (téléphone et télécopie : (16) 44 49 08 89), ou le département des manifestations, FFSA, 26, boulevard Haussmann, 75009 Paris (tél. : 42 47 92 91 ; télécopie : 42 47 94 25) ■

ABONNEMENT À LA REVUE « RISQUES »

A retourner à : **SCEPRA — 9, rue d'Enghien — 75010 PARIS**

Tél. : (33) (1) 42 47 93 56 — (33) (1) 40 22 06 67

Fax : (33) (1) 42 47 94 25 — (33) (1) 40 22 06 69

Nom et prénom .....

Institution ou entreprise .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Pays ..... Tél. .....

Je souhaite m'abonner à la revue *Risques*	QTÉ	PRIX TTC	TOTAL TTC
☐ Abonnement de soutien (4 numéros/an)	.....	2 000 F	.....
☐ Abonnement (4 numéros/an) **à partir du n° 23**	.....	700 F	.....
Je commande les numéros suivants :			
☐ N° 1 : Les Horizons du risque	.....	épuisé	.....
☐ N° 2 : Les Visages de l'assuré (1re partie)	.....	125 F	.....
☐ N° 3 : Les Visages de l'assuré (2e partie)	.....	125 F	.....
☐ N° 4 : La Prévention	.....	125 F	.....
☐ N° 5 : Age et assurance	.....	épuisé	.....
☐ N° 6 : Le Risque thérapeutique	.....	125 F	.....
☐ N° 7 : Assurance crédit/Assurance vie	.....	125 F	.....
☐ N° 8 : L'Heure de l'Europe	.....	125 F	.....
☐ N° 9 : La Réassurance	.....	épuisé	.....
☐ N° 10 : Assurance, droit, responsabilité	.....	150 F	.....
☐ N° 11 : Environnement : le temps de la précaution	.....	150 F	.....
☐ N° 12 : Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?	.....	épuisé	.....
☐ N° 13 : Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	.....	150 F	.....
☐ N° 14 : Innovation, assurance, responsabilité	.....	150 F	.....
☐ N° 15 : La Vie assurée	.....	150 F	.....
☐ N° 16 : Fraude ou risque moral ?	.....	150 F	.....
☐ N° 17 : Dictionnaire de l'économie de l'assurance	.....	150 F	.....
☐ N° 18 : Éthique et assurance	.....	150 F	.....
☐ N° 19 : Finance et assurance vie	.....	150 F	.....
☐ N° 20 : Les Risques de la nature	.....	150 F	.....
☐ N° 21 : Assurance et maladie	.....	190 F	.....
☐ N° 22 : L'Assurance dans le monde (1re partie)	.....	190 F	.....
☐ N° 23 : L'Assurance dans le monde (2e partie)	.....	190 F	.....
☐ « Responsabilité et indemnisation »	.....	100 F	.....
☐ « Assurer l'avenir des retraites »	.....	100 F	.....
☐ « Les Entretiens de l'assurance 1993 »	.....	100 F	.....
☐ « Les Entretiens de l'assurance 1994 »	.....	150 F	.....

Tampon de l'entreprise **Date** ..... **Total** .....

Je vous joins le montant de : ..... F à l'ordre de SCEPRA « RISQUES » par :

☐ Chèque bancaire ☐ Chèque postal ☐ Virement en francs français

Banque Hervet, Agence principale Trinité, compte SCEPRA : 30368 00072 007216 Q 0617 35

SARL au capital de 50 000 F - RCS : PARIS B 353 120 934 - SIRET : 353 120 934 000 16 - APE : 221 E

TVA intracommunautaire FR 12353 120 934

RISQUES

Les Cahiers
de l'assurance

Édités par
SARL SCEPRA
Principal associé
SARL SEDDITA
9, rue d'Enghien
75010 Paris

Directeur de la publication
Pierre Bollon

Rédaction
2, rue de la Chaussée-d'Antin
75009 Paris

Directeur de la rédaction
François Bourguignon,
directeur d'études
EHESS

Secrétaire de rédaction
Dominique Steib
Tél. : 42 47 93 56
Fax : 42 47 94 25

Direction artistique
Catherine Feuillie

Illustration de couverture
Paul Gendrot

Correcteur
Alix Ratouis

Numéro de commission paritaire : 72.325
Dépôt légal : septembre 1995
ISSN : 1152-9253

Abonnement annuel :
4 numéros par an
Prix de l'abonnement :
700 F TTC
(prix au numéro : 190 F TTC)

Photocomposition, photogravure, impression, routage :
Morel et Corduant
11, rue des Bouchers
59800 Lille
Tél. : 20 57 44 96

L'ASSURANCE DANS LE MONDE

2e partie

Présentation 6

Marchés développés et émergents d'assurance hors Europe et Amérique du Nord :
Amérique latine ..... Patrick Chevrel 11
Chili ..... Alain Muller 19
Asie ..... Éric Boutitie, François Haitaian 27
Chine ..... Thierry Mathou 39
Corée du Sud ..... Gilles Dufresne 49
Japon ..... Jean-François Estienne 57
Vietnam ..... Daniel Bucheton, Duc Cominh 63
Australie ..... Nicolas Burgard 69
Afrique du Sud ..... Patrick Warin 77

L'assurance vie dans les pays en voie de développement ..... Jean-François Outreville 85

Fonds de pension et mesures d'incitation fiscale ..... Edward Whitehouse 101

30 systèmes de bonus-malus ..... Jean Lemaire 119

Stratégies de croissance externe dans le monde de l'assurance ..... Stéphane Guinet 131

Rubriques

Risk management

Action distribuée et risque ..... Gilles Hériard Dubreuil 141

Environnement

Environnement, réglementation et assurance ..... Paul K. Freeman, Howard Kunreuther 153

Chroniques

Responsabilité

Contaminations par transfusion sanguine : responsabilité et assurance après les récents arrêts de la Cour de cassation et du Conseil d'État ..... Claude Delpoux 177

Vieillissement

Le risque de vie ..... Michel Bisch 183

Livres

• « *Averting the Old Age Crisis* », par André Babeau • « *L'État, la logique du pouvoir politique* », d'Anthony De Jasay, par Michel Lutfalla 187

Communiqués

ISSN : 1152-9253
190 F TTC