

RISQUES

« ET L'ON DIT
DE POÉSIE DANS

QU'IL N'Y A PAS
LE COMMERCE »

H. BALZAC



N° 24

LA DISTRIBUTION
DE L'ASSURANCE

OCTOBRE-DÉCEMBRE 1995

LES CAHIERS DE L'ASSURANCE

RISQUES

OCTOBRE-DÉCEMBRE 1995 — N° 24



LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE

Présentation	Patrick Thourot	6
Évolutions de la distribution de l'assurance	Henri Debruyne, Véronique Torchet	13
La profession de courtier et sa réglementation.....	Francis Chaumet, Stéphane Pallez, Gilbert de Verville	31
L'obligation de conseil des intermédiaires	Claude Delpoux	43
Le statut des agents généraux d'assurance	Charles Debernardi	53
Agents indépendants ou exclusifs : réexamen du coût différentiel.....	James Barrese, Jack M. Nelson	61
Le modèle « principal/agent » : application à la distribution en assurance.....	Isabelle Hoarau	85
La perception, par les consommateurs, des différents réseaux de distribution.....	Philippe Fruleux	93
Bancassurance, produits de prévoyance et d'assurance de dommages	Jean-Pierre Morin	99
Une politique de distribution	Claude Tendil	107

Rubriques

Droit

« Réclamations » contre la jurisprudence	Bruno Mostermans,	
« claims made ».....	Emmanuel Silvestre	117

Économie

Assurance sociale et assurance privée face à la crise de l'État providence	André Masson	135
---	--------------	-----

Chroniques

La réforme de la responsabilité civile aux États-Unis.....	Christopher Kende	159
A propos de « Gestion et analyse financière ».....	Gérard Valin	167

Livres

• « Le Choc du progrès technique », par Michel Lutfalla.....		173
--	--	-----

Communiqués

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 Larouillère
Harold D. Skipper
Göran Skogh
Jean-Marc Suret
Pierre Tabatoni
Peter Zweifel

LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE

Présentation

Henri Debruynne, Véronique Torchet
Évolutions de la distribution

Francis Chaumet, Stéphane Pallez, Gilbert de Verville
La profession de courtier et sa réglementation

Claude Delpoux
L'obligation de conseil des intermédiaires

Charles Debernardi
Le statut des agents généraux d'assurance

James Barrese, Jack M. Nelson
Agents indépendants ou exclusifs : réexamen de leur coût différentiel

Isabelle Hoarau
Le modèle « principal/agent » : application à la distribution en assurance

Philippe Fruleux
La perception, par les consommateurs, des différents réseaux de distribution

Jean-Pierre Morin
Bancassurance, produits de prévoyance et assurance de dommages

Claude Tendil
Une politique de distribution

LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE EN FRANCE

Avec la libéralisation des tarifs, la société française a découvert que l'assurance, comme les magnétoscopes, les automobiles ou les pâtes, était un bien de consommation courante, un service de marché, et non une prestation administrative. Dès lors, comme dans n'importe quel marché concurrentiel, où les produits sont fortement substituables et où s'exerce l'élasticité prix du produit pour le consommateur, la question de l'efficacité de la distribution s'est posée. Quand, de surcroît, l'ouverture du marché de l'épargne a été réalisée par le décloisonnement des institutions, la banalisation des produits, la fin de la distinction monnaie/épargne, transaction/placement, et la baisse globale de la fiscalité, l'assurance vie est entrée dans le même processus que l'assurance de dommages, de concurrence entre les réseaux de distribution en termes de prix, c'est-à-dire de rentabilité pour le client.

Tels sont les deux phénomènes qui, dans les décennies 70 et 80, ont fait du marché de l'assurance française l'un des marchés les plus concurrentiels en France, avec celui des produits alimentaires, et, en Europe, probablement, l'un des seuls marchés d'assurance où la concurrence soit aussi vive et aussi réelle.

La décennie 90 et sans doute la suivante seront marquées par l'arrivée de nouveaux entrants sur le marché de la distribution de l'assurance, contredisant ainsi le modèle de la concurrence pure et parfaite qui prédit que l'entrée sur le marché est due au niveau élevé des marges des entreprises. En fait, il est probable que les nouveaux entrants, mutuelles 45, caisses de retraite, entreprises de grande distribution, sont mus par la nécessité de rentabiliser leur fonction de production (effectifs élevés et incompressibles, ampleur des investissements informatiques de la période antérieure). Dès lors, les assureurs vont subir une nouvelle vague de concurrence par la distribution, au cours des prochaines années, ce qui justifie pleinement que l'on tente d'éclairer le débat sur l'avenir des réseaux de distribution en place.

Si le sujet présente à l'évidence une réelle acuité, il est surprenant qu'il n'ait jusqu'ici suscité que peu d'interrogations en dehors du constat rappelé ci-dessus : la distribution de l'assurance se modifie et évolue, tant en parts de marché des différents réseaux que dans le fonctionnement même de chacun des modes de distribution. Les agents généraux d'aujourd'hui ne sont plus ceux que décrit le rapport Cortesse au début des années 80. La revue Risques, dans ce numéro, a essayé de présenter des approches multiples permettant d'appréhender et de comprendre ces changements. Il a paru utile de l'ouvrir par quelques considérations générales qui ont inspiré sa conception même. Il s'agit de décrire les données permanentes ou durables de la distribution de l'assurance en France et ses évolutions prévisibles, dans le cadre d'une problématique générale des marchés et de la distribution des produits d'assurance.

Les premières données figurent dans l'introduction. Les marchés d'assurance français (vie et non-vie) sont très proches du modèle de la concurrence pure et parfaite où la liberté d'entrée de nouveaux producteurs/distributeurs sur le marché garantit la baisse tendancielle du taux de profit des vendeurs et la croissance ou le maintien de la rente du consommateur. Cette donnée de base, renforcée par une relative atomicité du marché français, très différent des situations germanique, italienne, néerlandaise ou britannique, demeurera une caractéristique de la distribution d'assurance en France, où le nombre des distributeurs croît, de même que leur nature se diversifie : les sociétés de marketing direct par téléphone, les grands distributeurs tels que Carrefour, La Poste, les caisses de retraite, les mutuelles 45 rejoignent désormais les agents généraux, les courtiers, les réseaux salariés, les guichetiers des mutuelles sans intermédiaires et des banques dans la distribution de l'assurance vie et non-vie. La diversité de la distribution, déjà forte au début des années 70, est une dimension importante, durable et croissante du marché de l'assurance, à la fois cause et conséquence de la libre concurrence sur ce marché.

La diversité des types de distributeurs renforce l'importance du débat sur les facteurs juridiques de leur différenciation. Sur un marché concurrentiel, voire, en non-vie, saturé, marquer sa différence de nature, ses avantages statutaires peut être un facteur de compétitivité, ou simplement un moyen de lutter contre l'effet de l'élasticité prix du produit sur le choix du client. D'où l'importance prise par les statuts, conventions, déontologies et autres structures juridiques tendant à affirmer la spécificité de chacun des modes de distribution par rapport à son concurrent actuel, voire par rapport à des concurrences nouvelles. Il s'agit sans doute de chercher à restreindre l'accès à la profession de vendeur (ou d'intermédiaire) d'assurance, mais aussi

PRÉSENTATION

et surtout de chercher à maintenir un niveau de rémunération antérieur, mis en question par la montée de la concurrence.

Car, à l'évidence, sur le marché de l'assurance française, la bataille du coût de la distribution, plus encore que celle de la productivité des structures administratives de production et de gestion de sinistres, est ouverte. C'est le succès de la bancassurance en vie, après celui des mutuelles sans intermédiaires en non-vie, ce sera la cause du succès de tel nouvel arrivant proposant les coûts d'acquisition (et, pourquoi pas ? de gestion) les plus bas. L'agressivité de ses concurrents sur les modalités de la comptabilité analytique des frais de distribution de La Poste s'explique par l'enjeu même de cette bataille pour les réseaux antérieurement installés sur le marché.

On voit bien le jeu de miroirs qui s'esquisse, où les uns cherchent à défendre juridiquement une rémunération que les autres parviennent à mettre en cause en utilisant simplement leurs avantages comparatifs économiques : réseaux existants, massifs et disponibles, fonctionnant au coût marginal. Dans ce cadre, on comprend que les entreprises utilisant les réseaux traditionnels de distribution, et notamment les agents généraux, aient recherché une évolution du statut, fondée sur le libéralisme le plus pur. Pour lutter à armes égales avec les réseaux émergents fonctionnant au coût marginal, il fallait supprimer purement et simplement les statuts, et donc les rigidités qu'ils introduisaient dans les modes de rémunération des réseaux en place. Parallèlement, les mutuelles sans intermédiaires elles-mêmes engageaient une action énergique sur leurs coûts de distribution, prenant conscience du danger que constituait, même pour elles, l'apparition de nouveaux réseaux commerciaux. D'où les débats en cours sur les accords d'entreprises, les rémunérations et la durée du travail, dans la plupart des grandes mutuelles sans intermédiaires.

Ces données permanentes de la distribution manifestent une véritable révolution culturelle dans la profession. A la culture technicienne (actuarielle et juridique) traditionnelle se substitue progressivement une culture commerciale au sein des entreprises. Diriger le ou les réseaux de distribution, les faire évoluer, les dynamiser, les organiser, les recruter, les former, gérer les concurrences entre eux deviennent les préoccupations majeures des managements. A l'ère de l'équilibre technique des risques pourrait succéder l'ère de la recherche de la compétitivité à tout prix des structures administratives de gestion et des réseaux de vente. En tout cas, la période où les entreprises se préoccupaient peu et mal d'agents ou de courtiers indépendants et extérieurs est bien achevée.

Le dossier de Risques sur la distribution cherche à explorer quelques voies, encore peu distinctes, de l'avenir, ce sont des éclairages ponctuels sur un

petit nombre de thèmes qui ont paru propres à susciter des réflexions ultérieures sur un sujet finalement peu exploré.

La première piste de réflexion consiste à s'interroger sur l'attitude du client. Si la pyramide de pouvoir des sociétés d'assurances s'inverse et si les réseaux de distribution sont désormais centraux, le client devient, par voie de nécessité, l'acteur principal. Dans la théorie du marché de concurrence, le client est supposé vouloir le prix le plus bas (ou la rémunération la plus élevée de son épargne). Or le client ne semble pas seulement préoccupé de sa « rente », il veut une garantie de transparence (de qualité) du produit vendu, une garantie de compétence d'un intermédiaire, qui pourrait aussi être un intercesseur, un acteur proche et efficace, du service, de la considération, de la présence, de la proximité, etc.

Le grand mythe du contrat d'assurance simple, que tous peuvent comprendre, n'est qu'une astuce publicitaire de certaines sociétés d'assurances : chacun admet qu'il faut expliquer un contrat forcément complexe, car de plus en plus adapté aux caractéristiques de chacun.

L'intermédiaire (qui peut être le salarié d'une mutuelle... sans intermédiaires) est reconnu comme devant un conseil précis à un consommateur qui en a besoin. Le client a besoin d'un interprète, qui peut se muer en avocat de sa cause ou simplement en « trouble shooter » devant des procédures complexes. De cette démarche, confirmée par la jurisprudence sur le « devoir de conseil » et la notion de « contrat d'adhésion », provient un certain recul des thèses libérales sur la distribution de l'assurance. « N'importe qui » distribuant de l'assurance (et, dans ce cas, à bas coût de distribution) met l'entreprise en risque juridique face au consumérisme et au devoir de conseil. Les statuts, codes de déontologie et autres contrôles d'accès à la profession du vendeur d'assurance reprennent ainsi tous leurs droits.

C'est donc dans l'équilibre entre le devoir de conseil et le coût de distribution que pourrait se dessiner la plus ou moins grande ouverture du marché à de nouveaux entrants. Mais il est aujourd'hui probable que seul le client consommateur détiendra la décision. Fera-t-il assez confiance, par exemple, à telle entreprise de vente par correspondance, pour lui confier demain toute son épargne au titre de l'assurance vie, même si la rémunération proposée est particulièrement alléchante ?

Ces réflexions conduisent, en corollaire, à celles sur la place de la réglementation (publique ou professionnelle) de la distribution dans l'avenir. Pour des raisons liées au devoir de conseil, il est probable qu'elle demeurera importante. Le statut des agents sera peut-être supprimé, mais

d'autres modes de certification de l'honorabilité et de la compétence s'y substitueront.

En revanche, le maintien de la différenciation entre les situations juridiques des divers intermédiaires est moins probable. La perception de ces différences par le client est faible, alors qu'il est sensible à la qualité, à la proximité et à l'intensité du service qui lui est fourni par l'intermédiaire, quelle que soit sa nature juridique. La différenciation entre les catégories d'intermédiaires demeurerait donc, non pas sur un fondement juridique (salarial, profession indépendante, mandataire de l'assureur, mandataire du client, professionnel de l'assurance, distributeur de produits divers, etc.), mais sur la base des écarts de compétitivité et de niveau de service offert. Le couple qualité/prix, fondamental dans la grande distribution, avec les stratégies différentes qu'il détermine dans les grandes chaînes de distribution de biens de consommation, est désormais installé au cœur des réflexions stratégiques des entreprises d'assurances et de leurs réseaux de distribution. Il inspirera désormais toutes les réflexions sur l'évolution des rémunérations des réseaux, c'est-à-dire sur l'avenir de chacun de ceux-ci.

Quant aux entreprises d'assurances elles apprennent à vivre avec leur tropisme récent mais très fort vers la gestion des réseaux commerciaux, c'est-à-dire à gérer une multiplicité de réseaux, de statuts, de rémunérations, voire de cultures différentes : des spécialistes du marketing téléphonique cohabitent, au sein d'une même entreprise, avec des salariés de terrain et avec l'inspecteur responsable de l'animation de l'agent général de Romorantin, d'Argenton ou de Souillac. La gestion de cette coexistence, probablement peu pacifique, est aujourd'hui diplomatique (éviter la concurrence entre les réseaux sur un même client). Elle pourrait devenir demain économique, autour de l'optimisation commerciale d'une segmentation clients/produits/réseaux liée à l'analyse fine des attentes des types de clientèles et à l'efficacité relative des divers modes de distribution.

Dès lors, même si les situations juridiques des types d'intermédiaires tendent, sous l'effet de la concurrence entre eux, à se rapprocher, le maintien, voire le développement, de stratégies multimédias des sociétés d'assurances pourrait être une caractéristique du comportement des grandes entreprises dans l'avenir. A cet égard, elles pourraient même contribuer à favoriser l'intervention de nouveaux modes de distribution sur le marché. C'est le sens des rapprochements en cours entre certaines mutuelles sans intermédiaires et la mutualité 45.

La France dispose du marché d'assurance domestique probablement le plus actif et le plus dynamique d'Europe, du fait à la fois de son ouverture, de

la forte concurrence qui y règne et de la multiplicité des structures de distribution. Ouverte dans la décennie 70 par les mutuelles sans intermédiaires, poursuivie dans les années 80 par la bancassurance en vie, la problématique de la distribution, même si l'annonce de la mort des réseaux d'agents par les médias prophétiques a été démentie par les faits, n'est pas achevée. C'est désormais, pour les économistes des marchés et des entreprises, un sujet d'étude quasi inépuisable. Le dossier du présent numéro de Risques a la simple prétention d'en faire prendre conscience ■



Avertissement

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



EVOLUTIONS DE LA DISTRIBUTION

MOTS CLEFS : *bancassurance* ■ *distribution* ■ *Europe* ■ *intermédiaire traditionnel* ■ *nouveaux entrants* ■ *vente directe* ■

La distribution de l'assurance européenne vit une période cruciale. Le bouleversement des parts de marché provoqué par l'arrivée de nouveaux opérateurs s'opère au détriment des intervenants traditionnels dans le domaine de l'assurance des particuliers. Comme une vague de fond née en France au début des années 70, ce phénomène se propage dans la plupart des pays européens : la Grande-Bretagne, les Pays-Bas au début des années 90, demain l'Allemagne, l'Espagne, la Belgique, etc. Placé devant une libéralisation des mécanismes concurrentiels, chaque pays voit émerger un ou plusieurs concurrents qui mordent à pleines dents dans des marchés mal maîtrisés. La faiblesse — ou l'absence — de stratégie des tenants de ces marchés leur facilite la tâche. Au moins dans un premier temps, car des réactions se font jour. Ce choc a une conséquence fondamentale pour l'ensemble de l'assurance européenne : le véritable enjeu est devenu le service apporté à des clients de plus en plus exigeants, enjeu qui passe par l'optimisation de chaque canal de distribution.

I. L'APPARITION DE NOUVEAUX INTERVENANTS

1. Un contexte favorable

La multiplicité des acteurs sur un marché donné entraîne un accroissement de la concurrence. Plusieurs phénomènes favorisent l'apparition de nouveaux intervenants, comme des modifications de la réglementation ou l'évolution du marché vers une certaine maturité.

■ *Les changements de réglementation*

• *La libéralisation des tarifs*

La suppression des tarifs obligatoires est un facteur économique fondamental qui modifie les conditions de concurrence. En France, dès les années 70, la percée des mutuelles sans intermédiaires s'est opérée grâce à un différentiel tarifaire. Plus récemment, en Belgique, depuis le 3 septembre 1992, la réglementation de l'assurance responsabilité civile automobile a subi trois modifications fondamentales :

* Directeur général ; chargée de mission (Capa).

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

- les contrats sont devenus résiliables annuellement ;
- une nouvelle grille de bonus-malus est entrée en application ;
- une libéralisation partielle des tarifs a été accordée.

La principale conséquence de ces changements réglementaires a été le développement de l'utilisation de critères de segmentation afin de mieux sélectionner les risques, avec pour effet une plus grande volatilité des clients et une moindre transparence du marché, étant donné que chaque société d'assurances est libre de choisir ses critères de sélection. D'où une forte réticence des courtiers, mode de distribution dominant en Belgique, qui considèrent la segmentation comme un obstacle à la mutualisation des risques et comme un facteur d'aggravation des coûts administratifs.

Cependant, la segmentation constitue également une arme concurrentielle pour ce mode de distribution, les courtiers ayant mis en place des systèmes informatiques leur permettant de comparer les offres des sociétés afin de déterminer la meilleure proposition pour leurs clients.

- *Les directives européennes*

Les troisièmes directives communautaires, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 1994, ont institué la possibilité pour une société d'assurance de l'Union européenne de s'établir ou d'effectuer une prestation de services dans l'ensemble des autres pays de la Communauté sur la base d'une licence unique délivrée par les autorités du siège social.

Toutefois, ces réglementations n'ont jusqu'à présent pas eu beaucoup d'effet sur la concurrence des marchés européens, soit parce qu'ils étaient déjà fortement internationalisés, notamment en ce qui concerne les risques d'entreprises, soit du fait de l'existence de spécificités culturelles qui impliquent une bonne connaissance des attentes des clients : un Belge néerlandophone et un Néerlandais n'ont pas le même comportement et ne sont pas sensibles aux mêmes arguments commerciaux. Une certaine proximité paraît encore nécessaire en matière d'assurance de particuliers.

- *La réglementation de l'intermédiation : la Grande-Bretagne, l'Espagne et la Belgique*

Les réglementations appliquées aux intermédiaires, qui suivent le plus souvent les recommandations des directives européennes, visent à clarifier le statut de chaque mode de distribution. Ainsi, le Financial Services Act, entré en vigueur en Grande-Bretagne en avril 1988, régit la distribution de l'assurance vie et des produits financiers sur ce marché, avec un double objectif : la libéralisation des activités liées à l'investissement et à l'épargne, associée à un contrôle strict de la distribution de ces produits.

Le gouvernement britannique a en effet pris des mesures assurant une égalité de toutes les institutions financières en termes de fiscalité et de compétences, afin de favoriser la concurrence grâce à une meilleure transparence et de favori-

ser le développement de l'offre de services financiers, tout en contribuant à diminuer leur coût pour les consommateurs.

Ceux-ci sont protégés par une réglementation très stricte appliquée aux intermédiaires, qui sont obligés de choisir entre le statut de distributeur exclusif et indépendant. Ils doivent en outre satisfaire à deux obligations : bien connaître la situation du client et lui apporter le meilleur conseil sur la société et le produit qui lui conviennent, sous peine de voir sa responsabilité civile professionnelle engagée (ou celle de l'entreprise mandante dans le cas des intermédiaires exclusifs).

Le Financial Services Act, dans ce même but de protection des consommateurs, impose des règles de transparence portant sur :

- le statut de l'intermédiaire, indépendant ou exclusif ;
- les garanties du contrat et son évolution ;
- la déclaration du montant exact des commissions perçues pour les intermédiaires indépendants et du montant des chargements appliqués par la société d'assurances pour les intermédiaires exclusifs.

Plusieurs années après sa mise en place, le Financial Services Act apparaît comme une réglementation très lourde aux conséquences inverses de celles qui étaient attendues : les coûts des sociétés et des intermédiaires indépendants ont été considérablement alourdis par les contraintes d'information des clients et par les amendes infligées aux intervenants qui n'ont pas satisfait à ces obligations. Il n'en demeure pas moins que cette réglementation semble inspirer les législateurs de plusieurs pays et de l'Union européenne. Ils pourraient l'adapter à l'assurance de dommages.

En Espagne, une loi sur l'intermédiation votée en avril 1992 a pour objectif majeur d'établir une différence la plus nette possible entre les agents et les courtiers d'assurance :

- les agents sont des intermédiaires exclusifs qui ont reçu d'une société ou d'un groupe de sociétés d'assurances un mandat leur permettant de distribuer leurs produits ;
- les courtiers, à l'inverse, sont libres de tout engagement envers une société d'assurances spécifique ; ils doivent cependant se conformer à des contraintes strictes de stabilité financière et de compétence professionnelle, afin de pouvoir vendre de l'assurance.

Cette réforme de la distribution a en outre donné aux sociétés d'assurances espagnoles la possibilité de distribuer leurs produits par l'intermédiaire d'autres réseaux que les agents exclusifs, ce qui n'a en réalité pas eu d'impact important, les banques et les institutions financières intervenant déjà sur le marché de l'assurance. Enfin, la nouvelle loi d'intermédiation a autorisé les sociétés d'assurances à utiliser les réseaux de distribution d'autres sociétés pour la vente de certains produits.

En Belgique, la loi Cauwenberghs entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 1996. Selon ses auteurs, elle a pour objet « la protection des droits des preneurs

d'assurance, des assurés et des tiers qui participent à l'exécution des contrats d'assurance ». Cette nouvelle loi est amenée à réglementer :

- les conditions à remplir pour agir en qualité d'intermédiaire d'assurance ;
- l'information au public ;
- le contrôle du respect de ces conditions et règles.

Cette réglementation s'applique à l'ensemble des personnes ou entreprises commercialisant de l'assurance (courtiers, agents et sous-agents), mais exclut les activités de réassurance et de risk management. Elle pose le principe du professionnalisme de l'intermédiaire d'assurance et introduit une différence entre les personnes dites « responsables de la distribution des produits d'assurance » et « d'autres personnes en contact avec le public ». Les premières sont contraintes de respecter des exigences précises en matière de connaissances techniques, d'expérience et d'honorabilité professionnelle, ainsi que de capacité financière ; les secondes ne doivent disposer que d'une connaissance de base limitée à certains domaines.

La loi Cauwenberghs prévoit en outre l'inscription des intermédiaires d'assurance sur un registre, spécifiant leur statut (indépendant ou non indépendant). Le numéro d'immatriculation de chaque intermédiaire ou entreprise d'intermédiation doit être mentionné sur tous les documents émis et l'intermédiaire est tenu d'informer le client qui en fait la demande de la nature et de l'étendue de ses compétences.

■ *La maturité du marché*

Outre les changements de réglementation, l'apparition de nouveaux acteurs peut provenir de l'évolution du marché – ou, plus précisément, du manque de réaction des intervenants traditionnels qui, « endormis » sur une situation confortable, voient leur compétitivité diminuer en même temps que l'insatisfaction des clients croître, sans faire attention à l'arrivée de nouveaux entrants plus soucieux des attentes des clients, souvent plus innovants dans leur approche marketing et plus rentables.

• *La sélection des meilleurs risques : les mutuelles sans intermédiaires en France*

Historiquement, le premier bouleversement de la distribution a eu lieu en France dans les années 70. A cette époque, les mutuelles sans intermédiaires (MSI) ont eu l'idée de sélectionner certains groupes de clients qu'ils avaient identifiés comme de bons risques et, moyennant une gestion extrêmement standardisée et une sélection draconienne, leur ont proposé des tarifs inférieurs de 30 % à ceux que leur offraient les sociétés traditionnelles. Il s'agissait également d'une véritable révolution de la relation client : les sociétaires, au lieu d'attendre la visite d'un agent, ont pris l'habitude de se rendre dans un bureau où ils étaient renseignés par des employés salariés, ce qui a permis aux mutuelles sans intermédiaires de parvenir à des taux de frais généraux inférieurs à ceux des sociétés classiques.

C'est ainsi que les MSI ont acquis une part de marché de 40 % des primes automobile (chiffres 1993), qui correspond à plus de la moitié du nombre de véhicules de particuliers assurés, alors que les agents généraux, le canal de distribution dominant, ont une part de 44 % sur ce marché. Pour l'ensemble de la branche dommages, les MSI détenaient en 1994 une part de 28 % contre 42 % pour les agents généraux.

• *La recherche de rentabilité : les sociétés de vente directe en Grande-Bretagne*

Le cas le plus récent est celui de la vente directe de l'assurance automobile en Grande-Bretagne. Au début des années 80, le marché britannique a connu une profonde perturbation qui s'est notamment traduite par une baisse des tarifs. Au moment où les prix ont commencé à augmenter, les clients sont devenus plus attentifs et ont comparé les offres des sociétés. En moyenne, de 30 à 40 % des automobilistes britanniques comparent les propositions de trois à quatre sociétés avant de souscrire un contrat¹.

Les sociétés traditionnelles étaient vulnérables pour plusieurs raisons : leurs taux de chargement très élevés (29 % en 1985 pour les 20 premières sociétés du marché) et leurs structures peu réactives ne leur ont pas permis de diminuer de façon significative leurs coûts. Pendant ce temps, de nouveaux concurrents affichaient des taux de chargement largement inférieurs qui n'ont cessé de diminuer (12 % en 1994 pour le plus connu, Direct Line), à la fois grâce à une meilleure sélection de la clientèle et à des coûts de commercialisation faibles : de 2 à 3 % des primes contre 15 % de commission pour les intermédiaires traditionnels.

D'autres facteurs expliquent la domination des assureurs directs en Grande-Bretagne :

- l'absence de tacite reconduction, qui entraîne une plus grande volatilité des portefeuilles ;
- la sélection des sociétés en premier lieu sur un critère de prix (raison de choix pour 80 % des clients d'assureurs directs) ;
- la réactivité des clients et leur habitude des outils tels que le téléphone ;
- les médias britanniques (principalement presse quotidienne, pages jaunes, télévision) sont plus flexibles et offrent de meilleurs taux de retour qu'en France ;
- enfin, le fait que les nouvelles structures ne sont que très rarement liées à des sociétés d'assurances, ce qui leur a donné une meilleure réactivité tout en évitant les inconvénients d'une culture et d'un historique pesants.

Cependant, tout comme en France vingt ans auparavant, les assureurs de la place n'ont pas cru au développement de la vente directe, considérant que la population visée était trop étroite, que les marges étaient trop faibles pour assurer la rentabilité de ces nouveaux entrants. Or les résultats parlent d'eux-mêmes : en l'espace d'une dizaine d'années, les sociétés de vente directe ont conquis quel-

1. Les chiffres concernant la Grande-Bretagne ont été cités par David Stevens, directeur marketing d'Admiral Insurance, lors des Rendez-Vous d'octobre 1994 du Capa.

que 30 % du marché de l'assurance automobile britannique, développement encore plus remarquable que celui des mutuelles sans intermédiaires en France.

• *L'innovation marketing : la multidistribution aux Pays-Bas*

Aux Pays-Bas, 20 % de l'assurance est commercialisée par marketing direct et 15 % par les banques. Dans un environnement concurrentiel, les sociétés d'assurances ont dû faire preuve d'innovation pour répondre aux attentes des clients. Ce marché comporte plusieurs spécificités qui expliquent le succès de la vente directe :

- une forte tradition mutualiste en assurances de dommages, qui tend à limiter la présence d'intermédiaires entre les clients et la société d'assurances ;
- un comportement consumériste, qui implique que les clients sont informés, autonomes et ont l'habitude de comparer les offres.

De plus, les consommateurs perçoivent les produits d'assurance non pas comme une simple compensation de dommages susceptibles de les affecter dans un avenir incertain, mais comme une prise en charge globale de leurs besoins qui leur apporte une sécurité dans la gestion de leur patrimoine et de leurs biens.

Contrairement à la France, où il existe traditionnellement un canal de distribution dominant par branche (les agents généraux pour l'IARD, les réseaux salariés pour l'assurance vie) ou pour un type de risque (les courtiers pour l'entreprise), le marché néerlandais connaît aujourd'hui une profonde mutation de ses structures de distribution, liée, d'une part, aux phénomènes de fusion et d'accords de coopération entre banques et sociétés d'assurances et, d'autre part, aux progrès technologiques. Ainsi, les six premières sociétés distribuent leurs produits à travers trois à quatre canaux, comme le montre le tableau suivant :

	Intermédiaires indépendants	Vente directe	Banques	Autres
Part de marché (%)	50	20	15	15
ING	de 75 à 85	<5	<5	de 5 à 10
AEGON	de 80 à 90	—	<5	de 5 à 7
AVCB	15	70	de 5 à 10	<5
Interpolis	15	<5	75	de 5 à 10
Amev	de 75 à 85	—	de 10 à 15	de 5 à 10
Delta Lloyd	de 80 à 90	—	<5	de 5 à 7

Source : PFJM Lambrechts, Interpolis.

Le choix du canal ne dépend pas de la branche d'activité, l'offre étant de plus en plus globale, mais du segment de clientèle et de ses caractéristiques techniques.

2. L'impact des nouveaux entrants sur la distribution et les perspectives d'évolution

Quel que soit le contexte dans lequel de nouveaux acteurs apparaissent, leur entrée modifie la structure de la distribution. L'ampleur du bouleversement dé-

pend du succès de ces nouveaux modes de distribution auprès de la clientèle et de la réactivité des acteurs traditionnels, mais aussi de la situation concurrentielle du marché et de ses spécificités.

■ *Les expériences de vente directe*

La vente directe d'assurances de dommages a connu un fort développement aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, où elle représente respectivement 20 et 15 % du chiffre d'affaires. Il est encore difficile de prévoir si ce mode de distribution aura le même succès dans les autres pays européens : toutefois, des expériences sont tentées sur des marchés traditionnellement dominés par le canal des agents exclusifs, tels que la France, l'Allemagne et l'Espagne.

• *La France : un démarrage hésitant*

En France, une étude du Capa réalisée en 1994 auprès de 7 000 personnes montre que la pénétration de la vente directe est encore faible : seuls 3,8 % des ménages déclarent avoir souscrit un produit d'assurance (autre que l'assurance scolaire) en direct. En termes de produits, il s'agit le plus souvent de complémentaire maladie (1,7 %), d'assurance habitation (1,4 %), d'assurance automobile (1,3 %), d'assurance indemnités journalières (1,1 %) ou d'individuelle accident (1 %).

La première société de vente directe en assurance automobile, Eurofil (filiale de Commercial Union), a été lancée en novembre 1990 ; depuis, plusieurs grands groupes d'assurances ont créé des filiales directes, telles que GA Vox (General Accident), Direct Assurance (Axa), Tellit Direct (créée par Victoire, puis revenue à Sun Alliance).

Le fait que ces sociétés aient mis en place des activités directes prouve leur intérêt pour ce mode de distribution ; toutefois, les résultats ne semblent pas être aussi remarquables qu'en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène :

- le marché français, depuis l'apparition des mutuelles sans intermédiaires, est devenu extrêmement concurrentiel en termes de tarifs, et il est difficile de parvenir à une forte différenciation qui devrait constituer le principal argument en faveur du direct ;
- le profil des acheteurs d'assurance par vente directe (personnes jeunes, plutôt avant-gardistes, avec des revenus élevés) montre que ce segment de clientèle est très volatil, car il compare volontiers les offres de plusieurs sociétés ;
- les résultats techniques enregistrés sur des portefeuilles existants semblent indiquer que ce type de clientèle a une sinistralité plus élevée que la moyenne ;
- en marketing direct, les investissements les plus lourds sont réalisés avant la souscription du premier contrat, d'où des coûts d'acquisition très élevés qui doivent être amortis sur la première année.

Néanmoins, le principal facteur de succès de la vente directe est le comportement des consommateurs. Sur ce point, la France dispose d'un certain avantage, car les clients sont habitués à utiliser les techniques de vente directe, notamment le Minitel et le téléphone, pour leurs opérations bancaires ou leurs achats par correspondance. Il paraît donc logique que ces modes de consommation se reportent sur l'assurance.

- *L'Allemagne : accéder à un marché déréglementé*

Le marché allemand, bien qu'étant le troisième mondial en termes d'encaissement et le premier d'Europe en assurance automobile avec 36 millions de véhicules, est généralement considéré comme fermé et difficile à pénétrer pour des intervenants étrangers. La vente directe n'y représente aujourd'hui que 2 % des ventes d'assurance de dommages ; cependant, ce mode de distribution constitue un réel potentiel sur un marché aussi rentable :

- le marché était dominé par un seul mode de distribution et protégé par une réglementation stricte ;
- les médias allemands sont puissants et bien perçus par le public ;
- il existe une forte tradition de la vente par correspondance.

C'est probablement la raison pour laquelle Axa a lancé en avril 1994 Axa Direkt, une société de vente directe d'assurance automobile créée sur le modèle de sa filiale française, Direct Assurance. Ce choix a également été motivé par le coût trop élevé qu'aurait suscité l'acquisition d'une société d'assurances locale, ainsi que par la récente déréglementation du marché allemand, qui a libéralisé les modalités de souscription et de tarification des risques.

Axa Direkt, la douzième société de vente directe lancée sur le marché allemand, souhaite se différencier à la fois par son système de tarification (qui prend en compte des critères extrêmement précis, tels que le nombre d'enfants, l'endroit où le véhicule est garé, l'usage du véhicule, le nombre de kilomètres parcourus, l'âge du conducteur, son statut matrimonial, sa profession, etc. ; autant de critères qui ne sont pas utilisés sur le marché allemand) et par des services complémentaires inclus dans les contrats, comme l'assistance ou la prise en charge des frais d'hôtel en cas d'accident.

Dans un premier temps, Axa Direkt commercialise uniquement de l'assurance automobile ; son objectif est de parvenir à un portefeuille de 5 000 à 8 000 clients en 1995. A la fin de 1996, la gamme de produits devrait être élargie à la protection juridique, l'individuelle accident, l'assurance habitation et l'assurance vie. Axa Direkt se définit en effet comme « le spécialiste de l'assurance directe des particuliers » et déclare être en mesure de proposer des tarifs inférieurs de 25 % à ceux du marché pour les meilleurs risques.

D'autres acteurs directs sont présents sur le marché allemand, comme le montre le tableau ci-après :

Société	Origine	Branches
Hannoversche	Allemagne	Vie
Quelle	Allemagne	Vie, santé, dommages (hors auto), individuelle accidents
Cosmos	Allemagne (AMB)	Vie, santé, dommages (hors auto), individuelle accidents
Europa	Allemagne	Vie, santé, dommages (hors auto), individuelle accidents, automobile
Deutsche Allgemeine	Suisse (Zurich)	Vie, automobile, individuelle accidents; dommages (hors auto)
Auto Direkt	États-Unis	Automobile, individuelle accidents; dommages (hors auto)
Dialog	Italie	Vie, dommages (hors auto), individuelle accidents
Futura	Suisse	Vie
Ontos	Allemagne	Vie, dommages (hors auto), individuelle accidents
Schweiz direkt	Suisse	Automobile, dommages (hors auto), individuelle accidents
Tellit	Allemagne (Colonial)	Automobile, individuelle accidents
Zenith	Allemagne	Automobile, individuelle accidents

Source : Der Platow Brief, 1/95.

■ La bancassurance

• L'Espagne : un marché en pleine croissance

Le marché de l'assurance vie espagnol connaît un fort développement : sa valeur a été multipliée par 22 entre 1982 et 1992. Les Espagnols sont sous-équipés dans ce domaine et les modifications prévues du système légal de retraite vont accentuer cette croissance. Ces dernières années, de nombreuses alliances entre des banques et des groupes d'assurances ont entraîné une consolidation de ce marché à l'origine très fragmenté. Les partenariats les plus importants sont ceux de la Banco Hispanoamericano avec Generali, La Caixa avec Fortis, Aurora Polar et Axa, Banesto et AGF, enfin Banco Santander et Metropolitan Life. A noter également, le succès de DB Vida, qui distribue des produits d'assurance vie dans les agences espagnoles de la Deutsche Bank : cette société a atteint une croissance annuelle de 800 % entre 1991 et 1993.

Les derniers développements du marché espagnol indiquent que les accords entre banques et sociétés d'assurances peuvent se traduire par la création de structures de vente directe ; le premier exemple en est la joint-venture annoncée en novembre 1994 entre Direct Line (leader de la vente directe d'assurance automobile en Grande-Bretagne, filiale de la Royal Bank of Scotland) et la banque espagnole Bankinter, qui devrait aboutir au lancement de Bankinter Aseguradora Directa.

• L'Allemagne et les Pays-Bas : l'Allfinanz

En Allemagne, le phénomène d'Allfinanz, qui consiste à offrir au client une prestation globale de services financiers, relève de la même logique. Les principales banques allemandes intègrent l'assurance dans leur gamme de produits :

Banque	Types de produits	Points de vente	Clients
Groupe des caisses d'épargne (Deutscher Sparkassen- und Giroverband)	banque, assurance (vie, incendie, dégât des eaux, RC, santé), financement immobilier, épargne, placement, leasing, affacturage	17 000 agences	20 millions de ménages 25 millions de comptes (« Giro »)
Groupe des banques mutuelles (Bundesverband der deutschen Volksbanken und Raiffeisenbanken)	banque, assurance (vie), financement immobilier	18 800 agences	20 millions de clients 11,3 millions de sociétaires
Deutsche Bank	banque, assurance (vie et dommages), financement immobilier	1 400 agences	5,5 millions de clients
Dresdner Bank	banque, assurance (vie)	1 000 agences	NC*
Commerzbank	banque, assurance (vie), financement immobilier	975 agences	3,55 millions de clients

NC = non communiqué.

Source : Göran Bergendahl, 02/94.

Aux Pays-Bas, le comportement des clients a favorisé l'intégration croissante de l'offre d'assurance et de services financiers ; il en est résulté de nombreuses fusions et des accords de partenariat entre des sociétés d'assurances et des banques, dont les plus connues sont Rabobank, ING (NMB Postbank), ABN Amro et VSB. Selon les intervenants, ces alliances vont de simples accords de distribution des produits d'assurance par les agences bancaires à la constitution d'offres intégrées de services financiers².

• *La Belgique et la France : après la vie, l'IARD*

La bancassurance existe également dans d'autres pays européens : en Belgique³, la vente d'assurances par les banques représentait, en 1993, 15 % du marché de la vie, branche qui connaît une forte croissance (42 % de progression entre 1988 et 1992). Les principaux acteurs sur ce marché sont la banque Bruxelles Lambert avec BBL Life, le Crédit communal avec Mega, la Générale de banque avec Alpha Life et surtout la CGER, qui distribue des produits d'assurance depuis 1889 à travers sa filiale CGER-Assurances, et possède une part de 11 % du marché belge de l'assurance vie.

En assurances de dommages, la bancassurance connaît un fort développement : Kredietbank, avec sa filiale Omniver, a connu une croissance de 42 % en 1993, et BBL Insurance, filiale dommages de la banque Bruxelles Lambert, lancée en 1992, prévoyait pour 1994 une progression de 23 %, notamment due au lancement d'un produit combinant une assurance habitation et la responsabilité civile du chef de famille. L'accord conclu entre la Royale belge et la Poste est un autre exemple récent de bancassurance IARD.

En France, les banques réalisent aujourd'hui 63 % de la collecte de l'assurance vie française. Ce phénomène d'une ampleur sans précédent a eu lieu sur un marché en pleine progression, et même si la croissance de cette branche ralentit, un taux de 15 % est prévu pour 1995. Il est d'ailleurs intéressant de noter que ce développement a également concerné les sociétés classiques.

La première raison invoquée pour expliquer le succès de la bancassurance est la perception de ces produits par la clientèle, qui considère que l'assurance vie est un placement comme un autre, donc qui relève autant de la banque que de l'assurance, peut-être même plus si l'on prend en compte l'image de la banque, meilleure que celle de l'assurance. La force des banques réside dans l'habitude que les clients ont prise d'acheter leurs produits de placement auprès de leurs guichets ; ils n'ont même pas conscience que ces produits relèvent de l'assurance vie (d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent de produits d'épargne ou de capitalisation, par conséquent non liés au risque de décès du client).

Aujourd'hui, l'enjeu se situe sur le marché de l'assurance de dommages. Le Crédit mutuel a été la première banque à se lancer dans la vente de contrats IARD,

2. Pour plus de détails sur ce marché, voir aussi dans la première partie « L'innovation marketing : la multidistribution aux Pays-Bas ».

3. Les chiffres concernant la bancassurance belge sont tirés du « Monde de l'assurance ».

avec une certaine réussite due à des taux de chargement faibles (plus de 5 points de différence avec les MSI et plus de 7 points par rapport aux sociétés classiques) et à des produits innovants. La création de Pacifica a marqué le passage de la bancassurance IARD à la vitesse supérieure, cette société bénéficiant de l'implantation et de la base de clientèle du Crédit agricole. L'originalité de ces offres réside dans la présentation des produits non pas seulement comme les produits classiques d'assurance, mais comme une offre globale intégrant par exemple le crédit automobile, l'assurance et l'assistance.

Dans le cas de Pacifica, les produits d'assurance dommages ont été conçus pour compléter la gamme des produits bancaires, ce qui donne à cette offre l'avantage de la simplicité pour le client. De plus, Pacifica a relevé le principal défi soulevé par les assureurs traditionnels contre la bancassurance IARD : la maîtrise technique des risques. En effet, l'utilisation des techniques de vente directe, notamment par un système de scoring à la disposition des guichets (avec la possibilité de consulter un spécialiste de Pacifica au cours de la vente), ainsi que la gestion des sinistres par téléphone à partir de centres spécialisés ont contribué à transformer un inconvénient en avantage concurrentiel.

■ *Après la vente directe : l'exemple de la Grande-Bretagne*

Le marché britannique des assurances de dommages a été bouleversé par l'arrivée de sociétés de vente directe qui ont conquis la partie la plus rentable de la clientèle. Cette nouvelle concurrence, après avoir surpris les sociétés classiques en automobile, a commencé à s'étendre à d'autres types de risques. Dans le même temps, les intermédiaires traditionnels ont commencé à réagir, en utilisant les mêmes techniques.

• *La réaction des intermédiaires traditionnels*

Après avoir constaté la diminution régulière de leurs parts de marché, certains courtiers ont décidé de contre-attaquer, le plus souvent en faisant usage des mêmes armes que les assureurs directs. Ainsi, plusieurs sociétés de « télécourtage » ont été créées, dont les plus connues sont Premium Search et Telesure. Ces nouveaux intervenants misent à la fois sur le service apporté aux clients, par la sélection du produit le mieux adapté à leur situation, et sur les tarifs. Par exemple, Premium Search offre 50 livres au prospect si sa proposition pour une assurance habitation (contenant et contenu) n'est pas la plus compétitive.

Une autre société d'assurances, Broker Direct, souhaite proposer aux courtiers un système de souscription similaire à ceux qu'utilisent les sociétés de vente directe. Ce projet a été accueilli favorablement par les intermédiaires britanniques.

Il existe également des projets de systèmes informatiques permettant aux intermédiaires d'émettre les polices en temps réel ou d'accepter les paiements par cartes bancaires, afin de concurrencer les services apportés par les assureurs directs ; malheureusement, les systèmes existants et les procédures des différents réseaux sont trop hétérogènes.

Les sociétés traditionnelles, de leur côté, ont tenté de réagir à l'invasion du direct en réunissant leurs meilleurs courtiers au sein de clubs auxquels elles apportent un soutien plus efficace.

- *Les perspectives pour la distribution de l'assurance britannique*

Les commentaires les plus pessimistes prévoient la disparition dans un avenir proche des intermédiaires du marché britannique de l'assurance dommages de particuliers, ne serait-ce qu'en tenant compte du fait que les sociétés de vente directe bénéficient de la meilleure rentabilité. Toutefois, il s'agit d'un avis quelque peu simpliste : certes, le nombre des intermédiaires tend à diminuer, mais il s'agit d'un assainissement au profit des intermédiaires les plus rentables et les plus compétents.

La vente directe ouvre de nouvelles perspectives pour la distribution britannique traditionnelle :

- les assureurs directs ciblent des segments définis de clientèle, nécessairement d'une certaine taille, afin de rentabiliser leurs coûts d'acquisition, ce qui laisse de la place pour des entreprises moins importantes utilisant une stratégie de niches ;
- les intermédiaires traditionnels pourraient en outre se tourner vers des branches non « envahies » par les sociétés de vente directe, comme l'assurance tourisme, la protection des animaux domestiques ou l'assurance santé, voire les assurances collectives ;
- le rôle de conseil des intermédiaires pourrait les amener à aider les clients à choisir parmi la multitude de propositions différentes qui leur sont faites : First Choice Health, un nouveau courtier spécialisé dans l'assurance santé, a mis en place un numéro d'appel gratuit pour offrir des conseils médicaux à ses clients ;
- une autre idée réside dans la mise en place d'une réglementation du statut des intermédiaires agissant sur le marché de l'assurance dommages, dans le but de sensibiliser les clients à l'importance du conseil et du service.

- *Le développement du direct au-delà des risques automobiles standardisés*

Le lancement, en 1994, de Privilege Insurance, cousine de Direct Line, a marqué une nouvelle étape dans l'évolution de la distribution britannique. En ciblant des risques non standardisés, cette société d'assurances attaque ce que les intermédiaires traditionnels pensaient être leur chasse gardée et leur avantage concurrentiel. De même, Admiral Insurance, filiale directe d'une banque appartenant au Lloyd's de Londres, ne vise que les gros véhicules et les jeunes conducteurs.

La même logique explique que les assureurs directs entrent aujourd'hui sur le marché de l'assurance habitation, voire de l'assurance vie : Direct Line Life a été lancée en février 1995, avec pour ambition de désacraliser la prévoyance en permettant aux quelque 2,6 millions de clients de Direct Line de souscrire par téléphone des produits simples les garantissant contre les effets du décès, de l'invalidité.

dité ou des maladies graves. En effet, le succès de la vente directe repose sur le fait que le prix est le principal critère d'achat, sinon le seul, en assurance de particuliers. Dès lors, quel que soit le produit, il suffit d'être le plus compétitif pour remporter des parts de marché.

■ Les réactions des acteurs traditionnels : prix et qualité

La Grande-Bretagne n'est pas le seul marché où l'arrivée de nouveaux intervenants a suscité des réactions de la part des sociétés traditionnelles. Celles-ci, parfois après un certain temps, « aiguillonnées » par les nouvelles formes de concurrence, ont affiné leurs techniques de sélection, ce qui a équilibré les tarifs. Les grands groupes ont également commencé à diversifier leurs modes de distribution afin de rentabiliser leur activité.

Aujourd'hui, sur ces marchés assainis en matière de tarifs, la question des opportunités de développement pour de nouveaux intervenants se pose ; c'est par exemple le cas de la France. Dans un tel environnement, le nouvel enjeu se situe autour de la qualité de service et de la relation avec la clientèle. Bien que les réseaux d'intermédiaires aient pendant longtemps considéré qu'il s'agissait de leur principal avantage concurrentiel, force est de constater que les nouveaux intervenants, particulièrement les assureurs directs, sont capables d'offrir un excellent service au client, ne serait-ce qu'en favorisant la proximité relationnelle afin de pallier le manque de contact en face à face avec le client. C'est probablement la raison pour laquelle les sociétés traditionnelles et les mutuelles sans intermédiaires françaises ont décidé d'utiliser à leur profit ces techniques, avec pour objectif l'amélioration de leur productivité commerciale.

• Parts de marché des différents modes de distribution en Europe

Assurance vie (chiffres 1993, en %)							
	Agents	Courtiers	Commerciaux	Bureaux	Bancassurance	Direct	Autres
Allemagne	66	5	14	4	8	3	0
Belgique	17	43	5	0	20	0	15
Espagne	48	12	9	10	21	0	0
France	15	7	22	0	51	5	0
Italie	55	1	10	22	12	0	0
Pays-Bas	4	53	4	0	22	15	2
Royaume-Uni	15	37	25	0	18	2	3

Source : Limra/FFSA.

Assurance dommages (chiffres 1992, en %)							
	Agents	Courtiers	Commerciaux	Bureaux	Bancassurance	Direct	Autres
Allemagne	75	10	7	0	6	2	0
Belgique	12	70	6	0	1	0	11
Espagne	53	11	34	0	0	0	2
France (*)	45	18	4	27	3	3	0
Italie	77	15	6	0	2	0	0
Pays-Bas	5	46	7	0	13	29	0
Royaume-Uni	19	39	0	0	0	11	31

(*) chiffres FFSA.

Source : Capa.

• La distribution en Europe

L'évolution des parts de marché (assurance dommages)					
	Agents exclusifs	Courtiers	Bancassurance	Direct	MSI
Allemagne	⇒	⇒	⇒	⇒	—
Belgique	⇒	↘	⇒	—	—
Espagne	↘	⇒	⇒	⇒	⇒
France	↘	⇒	⇒	⇒	⇒
Italie	↘	⇒	⇒	⇒	⇒
Pays-Bas	⇒	↘	⇒	⇒	—
Royaume-Uni	⇒	↘	⇒	⇒	—

Source : Capa.

Légende : ⇒ stable. ⇒ en progression. ↘ en régression. ⇒ en émergence. — inexistant.

II. LES DISTRIBUTEURS TRADITIONNELS DANS LA SPIRALE CONCURRENTIELLE

Le marché français a été confronté le premier en Europe aux réalités de la concurrence. La rudesse du choc a créé une réelle crise de confiance chez les intermédiaires comme au sein des entreprises d'assurances. Or, en 1994, les agents généraux et les courtiers détiennent 62 % du marché dommages et 21 % du marché vie. Ils ont donc su résister à cette pression et, pour certains, développer de réelles capacités de réactions. Le dynamisme du marché français en est devenu plus important et l'offre enrichie, pour le plus grand profit des consommateurs.

La distribution traditionnelle de l'assurance, largement dominante dans la plupart des pays européens, est très fortement concurrencée. Les nouveaux distributeurs ont fait une entrée spectaculaire provoquant une double réaction : dans un premier temps, l'occultation de la menace, de la part des intervenants existants sur les marchés, allant jusqu'au rejet même de ces intervenants. Ce fut le cas en France, où le phénomène des mutuelles sans intermédiaires fut tout simplement nié. Par la suite, le succès des nouveaux entrants conduit à une autre réaction qui est d'imaginer l'autre extrême : la disparition inéluctable du système dominant. Au-delà de l'analyse excessive des phénomènes, les intermédiaires et les entreprises traditionnelles réagissent. La réorganisation des activités, les nouvelles approches commerciales et une forte volonté de conserver ses parts de marché dessinent les contours de l'évolution de la distribution de l'assurance.

1. L'état de choc

Une profession en déclin, telle est, au début des années 80, l'opinion communément répandue sur les intermédiaires. Les grands courtiers échappent à cette vision pessimiste, mais les agents généraux et les courtiers de proximité s'attendent aux pires difficultés. Politiques, d'abord : l'union de la gauche fustige les « intermédiaires » et pare de vertus leurs concurrents les plus durs, les mutualistes. Économiques, ensuite, car, depuis dix ans, les agents généraux et les entreprises d'assurances n'ont cessé de perdre des parts de marché, et, à partir de 1976, le

solde des effectifs de ces professions est négatif. Enfin, et c'est le plus préoccupant, l'assurance traditionnelle, dont ils ont fait la fortune, n'a plus confiance en eux. Ses états-majors échafaudent des stratégies alternatives. Les agents généraux comprennent que l'on a décidé de se passer d'eux, ce qui les fige face à leurs concurrents. Ils nient que ces derniers soient de « vrais » professionnels et attribuent leurs succès à des pratiques qui ne peuvent être... que déloyales. Cette attitude donne la mesure du trouble profond, quasi existentiel, qui les assaille, au point d'altérer toute vision rationnelle.

L'intermédiation de proximité paraît condamnée à un repli humiliant. Le développement de diverses concurrences donne un brutal « coup de vieux » à un système ancien qui semble ne pas pouvoir s'adapter à l'évolution de la société et aux attentes de ses clients.

Les notables d'hier (membres du corps enseignant, professions libérales, etc.) s'effacent. Les agents généraux en sont conscients. D'ailleurs, ils se décrivent de plus en plus « chef d'entreprise » et de moins en moins « profession libérale ». Cette vision d'eux-mêmes souligne un changement douloureux qui a entraîné la disparition d'un quart des effectifs et des fractures importantes dans un corps social déjà très hétérogène. Des ruptures qui ont approfondi la méfiance des agents généraux face aux entreprises d'assurances. Dans le même temps, à partir du milieu des années 80, ils ont stabilisé leurs parts de marché.

2. La résistance

L'ampleur du pessimisme aura été plus fort en France que dans les autres pays. L'absence de vision claire a entraîné des illusions d'optique : la menace d'une disparition inéluctable est suivie d'une belle résistance. En fait, en assurances de dommages, après une longue glissade, la stabilisation est effective. Elle est due à deux facteurs convergents. En premier lieu, les politiques tarifaires particulièrement agressives des principales entreprises d'assurances du secteur traditionnel. Fondées sur une segmentation fine du marché, elles sont venues concurrencer les positions des mutuelles sans intermédiaires. Ensuite, les clients ont marqué un intérêt plus vif pour la qualité du service, obligeant les champions de la gestion banalisée à faire évoluer leurs prestations. Derrière cela se profile la montée d'une nouvelle exigence : la fidélisation des clientèles, un domaine où les intermédiaires de proximité sont actifs. Le fait est qu'entre 1986 et 1993 les parts de marché des agents généraux et des courtiers se sont maintenues. En assurance vie, malgré le formidable essor de la bancassurance, les agences ont vu la part de la rémunération qu'elles tirent de l'assurance vie augmenter d'un tiers et les courtiers renforcer leurs positions dans l'assurance collective.

La restructuration des cabinets de courtage et des agences a amélioré leur compétitivité interne. Alors que leur chiffre d'affaires progresse, leur rentabilité se maintient, améliorant leurs performances. Chez les courtiers comme chez les agents, la taille est récompensée, soulignant le handicap des agences ou des cabinets les plus modestes.

3. Les effets d'une modernisation

En réalité, l'intermédiation de proximité s'est engagée dans une profonde réorganisation de ses activités, sous l'action conjuguée de la pression des marchés et des entreprises d'assurances. La professionnalisation du métier s'affirme, la technologie s'impose comme l'un des leviers du changement. Les agences, par nature éclatées et très différenciées, s'intègrent dans des logiques de réseaux, au moins à travers une cohérence de leur image. Elles amorcent ensuite une démarche de structuration de leurs offres (UAP, par exemple, avec le « Pacte ») qui souligne un changement fondamental de leur positionnement. Elles choisissent de rationaliser leurs propositions et de les conjuguer avec celles des entreprises d'assurances qu'elles représentent. Les courtiers restent en deçà de cette démarche. Ils sont attachés à un statut traditionnel qu'ils ont bien du mal à rendre compatible avec les exigences de la compétitivité.

Au début des années 90, l'intermédiation d'assurance commence à sortir d'une longue crise. Elle reprend lentement confiance dans ses capacités et dans la qualité de son métier. Le fait de résister à de formidables pressions, d'être redécouvert par le monde de l'assurance et d'observer les réussites éclatantes de ses plus brillants représentants secoue la morosité ambiante. Une confiance, en partie retrouvée, qui sert de repère aux intermédiaires des autres pays européens qui entrent, maintenant, dans la même spirale. Les formes dominantes sont menacées chaque fois qu'elles oublient les logiques de marché : il y a toujours un concurrent mieux placé. Les raisons peuvent varier, mais le refus de la lutte, quel qu'en soit le motif, entraîne une sanction. Le marché britannique, réputé pour sa compétitivité, vient d'en faire l'expérience. Les assureurs traditionnels français, à peine viennent-ils de « digérer » l'arrivée des MSI, doivent faire face aux bancassureurs en vie comme en dommages et aux sociétés de vente directe.

4. Les voies du redressement

La pression des nouveaux concurrents dans la majorité des pays force les intermédiaires à accélérer leur mutation. Les exemples français et britanniques sont éclairants et les invitent en exploitant les informations de ces années d'expérience à opter pour un positionnement clair, moderniser leurs prestations, renforcer leur professionnalisme et accroître leurs compétences d'entrepreneur.

■ *Opter pour un positionnement clair*

Pour réagir devant l'inéluctable banalisation des produits et des formes de distribution ainsi que pour atteindre le meilleur niveau de performance, la segmentation est vitale. Les intermédiaires de proximité ne peuvent plus prétendre servir toutes leurs clientèles dans les meilleures conditions. Le choix devient une condition de performance. Les mandataires de fait (agents généraux et courtiers) doivent « choisir leur camp ».

L'appartenance à un réseau est un atout. Il faut l'exploiter. Ce qui n'implique

pas un affaiblissement de la dimension « client », bien au contraire, et les exemples foisonnent. Cet aspect est central sous une double évidence. Celui de la rationalisation des activités, tout d'abord, impose une intégration économique de plus en plus poussée. D'autre part, l'exigence consumériste de transparence des opérations exige de savoir qui fait quoi et pour qui. Cela invite les entreprises d'assurances et les agents généraux, mais aussi les courtiers, à s'entendre pour clarifier leurs relations. Si ce n'est pas le cas, le législateur, tôt ou tard, s'y emploiera et il n'est pas sûr qu'il le fasse de la manière la plus pertinente.

■ *Moderniser leurs prestations*

Le degré de satisfaction du client est proportionnel à la qualité du service qui lui est rendu. La performance des derniers compétiteurs a été de démontrer que le service ne peut exister que par la qualité. Ils ont su prouver à leurs clients que leur « garantie de service » mérite un réel intérêt. Ils y ont réussi. Désormais, le prix se conjugue avec le service. Ainsi, l'expérience britannique montre que les réactions des assureurs traditionnels ont largement emprunté aux pratiques des vendeurs directs. En commençant par acquérir une meilleure connaissance de ses clients. Des techniques qui peuvent être parfaitement transférées à d'autres types de distribution, comme le souligne Pacifica⁴, qui s'en est largement inspiré.

■ *Renforcer leur professionnalisme*

Il s'agit moins d'acquérir ou de développer des savoirs techniques en matière d'assurance que d'atteindre à une grande maîtrise des offres commerciales, de la gestion fine des clients et des mécanismes de fidélisation. En effet, connaître les réalités des métiers de l'assurance est nécessaire, cela ne constitue d'ailleurs plus un débat. Par contre, le vrai métier des agents généraux et des courtiers est de « gérer des clientèles ». Ils le font bien, certes, mais ont perdu un réel terrain face à leurs compétiteurs. Ils doivent le reconquérir en intégrant à leurs pratiques les dernières techniques de marketing. L'enjeu final est, tout de même, d'acquérir et de fidéliser des clients profitables.

■ *Accroître leurs compétences d'entrepreneur*

L'un des atouts majeurs des agents généraux et des courtiers réside dans leurs capacités à gérer et à développer des entreprises (des centres de profits) mobiles, réactives et très impliquées dans leur domaine d'activité. Le management de ces structures ne s'improvise pas et requiert des qualités particulières pour en tirer le meilleur profit. Il apparaît nettement dans la majorité des observations conduites en Europe que cette capacité « managériale » est un facteur de succès. C'est également l'un de ceux qui est le moins cultivé.

4. Pacifica est la société d'assurances de dommages du Crédit agricole.

CONCLUSION

Fortement contestés sur leurs marchés, les intermédiaires traditionnels réagissent. Les conditions de leurs succès obéissent à des règles claires. La première est d'accepter qu'ils ne sont pas les mieux placés sur l'ensemble des marchés. Ils cèdent des positions, mais s'affirment sur d'autres. Les nouveaux compétiteurs ont des atouts à affirmer sur le terrain des produits très banalisés, de masse. Ils savent aussi offrir une bonne qualité de service. Désormais, la fidélisation et la profitabilité des clients deviennent pour chacun l'objectif fondamental. Un impératif qui distinguera les gagnants de demain, face auquel chaque canal de distribution peut faire valoir ses performances ■

Table ronde sur LA PROFESSION DE COURTIER et sa réglementation

■ **Risques : Quelles sont les conditions d'accès à la profession de courtier ? Faut-il les durcir ou les assouplir ?**

■ **Gilbert de Verville** : Le courtage d'assurance est une profession réglementée. Un certain nombre de conditions sont exigées avant toute immatriculation au registre du commerce (âge, nationalité, honorabilité, existence pour les sociétés, capacité professionnelle¹). L'obligation d'effectuer un stage de formation est quasi générale².

Les courtiers d'assurance, les associés ou tiers qui, dans une société de courtage, ont le pouvoir de gérer ou d'administrer doivent justifier :

- de la possession d'un diplôme et de l'accomplissement d'un stage ;
- ou de deux ans à temps complet de fonctions relatives à la production + un stage ;
- ou de deux ans dans la position de cadre, chef d'entreprise ou dans des fonctions de responsabilité dans une entreprise industrielle ou commerciale + un stage ;
- ou d'un stage + un niveau suffisant de connaissances générales ;
- ou d'un an à temps complet en tant que cadre ou dirigeant (entreprises d'assurances, courtier, agent).

Les stages professionnels doivent être effectués en une seule période et comporter un enseignement théorique et une formation pratique (d'une durée inférieure à la moitié de la durée totale). La capacité professionnelle est attestée par la présentation, suivant le cas, du diplôme requis, du livret de stage, ou de l'attestation de fonction.

Il est bien évident que le faible niveau demandé et la limitation des exigences requises pour exercer notre profession ne nous donnent pas satisfaction (réduction de la durée minimale des stages de 600 à 150 heures).

* Stéphane Pallez, sous-directeur des assurances et de réassurance à la Direction du Trésor ; Francis Chaumet, responsable de la souscription RC à PFA (société apertitrice des polices de responsabilité civile professionnelle du groupe de contrats de la FCA et de nombreux courtiers français) ; Gilbert de Verville, délégué général de la Fédération française des courtiers d'assurance et de réassurance.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

Nous regrettons vivement cette décision de réduction de durée, car nous pensons qu'elle porte en elle les germes d'une déqualification de la profession.

Nous devons demeurer très vigilants sur la qualité professionnelle des courtiers et de leurs collaborateurs. Nous avons donc protesté auprès de la Direction du Trésor qui considérait que les précédentes dispositions étaient « trop lourdes pour faire l'objet d'un contrôle vraiment efficace » ; l'administration a déclaré avoir préféré mettre en place des règles plus souples permettant aux employeurs d'adapter la durée des stages aux responsabilités exercées.

Cette position nous semble peu cohérente avec les obligations découlant de la loi du 31 décembre 1990 sur les professions juridiques instituant, dans son article 54 applicable au 1^{er} janvier 1996, l'obligation d'être titulaire d'une licence en droit pour toutes personnes donnant des consultations juridiques ou rédigeant des actes sous seing privé à titre habituel et rémunéré.

Notre législation devra certainement être à nouveau modifiée dans le cadre de l'application des recommandations de la Communauté européenne de décembre 1991 qui préconisent une durée de formation plus importante au niveau européen, ainsi qu'un examen sanctionnant cette formation. Nous reviendrons donc très vraisemblablement aux 300 heures initialement obligatoires, mais ce n'est pas forcément la solution définitive que nous préconisons.

■ **Francis Chaumet** : Les conditions d'accès à la profession sont réglementées depuis 1966 et ont été modifiées dernièrement par décret du 31 mars 1992. Gilbert de Verville vient de les énoncer de façon très complète.

Elles doivent être précisées et complétées. Précisées, car l'expression « durée raisonnable et suffisante » en ce qui concerne le stage, d'une durée minimale de 150 heures, est trop vague. D'ailleurs, les conditions de déroulement de ce stage et la délivrance du livret en font dans la pratique une formalité qui ne permet pas d'apprécier le niveau de qualification acquise.

Complétées, car un contrôle de connaissances, théoriques et pratiques, offrant toutes garanties d'objectivité, apparaît indispensable. Je rejoins donc Gilbert de Verville sur l'idée que les dispositions du droit positif actuel demeurent insuffisantes quant à l'accès à la capacité professionnelle, au moins du point de vue de l'assureur responsabilité civile des courtiers.

■ **Stéphane Pallez** : Sur le principe même des conditions d'accès à la profession de courtier, je crois qu'il faut rappeler que les courtiers d'assurance exercent, comme les autres intermédiaires financiers, un métier qui comporte des responsabilités particulières : les assurés se fient à leurs conseils et leur confient leur épargne.

C'est pourquoi, outre des règles d'âge et de nationalité, la réglementation actuelle exige une garantie financière et une assurance de responsabilité civile et fixe des conditions d'honorabilité et de capacité professionnelle. C'est ainsi que

doit être en particulier suivi un stage de formation théorique et pratique, d'une durée raisonnable et suffisante, et ne pouvant en tout état de cause être inférieure à 150 heures.

Au-delà de ces exigences réglementaires, les courtiers doivent aujourd'hui faire face à la complexité croissante des produits d'assurance, aux exigences accrues des assurés à l'égard de leur mandataire, à la nécessité de maîtriser un ensemble varié de connaissances juridiques, techniques et managériales. Dans ce contexte, la profession s'attache à renforcer le niveau de qualification requis pour l'accès aux fonctions de courtier d'assurance.

Les travaux qui ont été entamés en ce sens, en liaison avec tous les partenaires, sont particulièrement bienvenus. Ils devraient permettre de conforter la qualité du service offert par le courtage aux assurés et contribuer ainsi à la permanente adaptation de la profession, pour le plus grand profit du secteur de l'assurance.

■ **Les compétences du courtier et sa solvabilité sont-elles contrôlables et par qui ?**

■ **Stéphane Pallez** : Il incombe au greffe du tribunal de commerce, chargé de procéder à l'immatriculation du courtier, de s'assurer que celui-ci remplit bien les conditions de capacité requises, en exigeant, outre la justification de ses diplômes ou de son expérience professionnelle éventuelle, la présentation de son livret de stage qui mentionne les résultats du contrôle effectué en fin de stage.

Dans la pratique, il apparaît toutefois que la qualité de certains stages laisse à désirer et que le contrôle des connaissances acquises, aujourd'hui du seul ressort de l'organisateur du stage, n'est pas toujours effectué avec le sérieux voulu. Compte tenu du besoin ressenti par les courtiers d'améliorer leur professionnalisme, on peut s'interroger sur l'instauration éventuelle d'un contrôle plus ambitieux, sur les formes que celui-ci pourrait prendre et sur l'organisme auquel il pourrait incomber.

Par ailleurs, la Commission de contrôle des assurances peut exercer un contrôle général sur les courtiers.

Enfin, en ce qui concerne la solvabilité, le courtier d'assurance est un intermédiaire auquel n'incombe pas la responsabilité financière des garanties dont bénéficient ses clients. Il n'est donc pas soumis à un contrôle de solvabilité comme le sont les entreprises d'assurances. Il n'empêche qu'il est souhaitable, hors de tout contrôle prudentiel, que les entreprises de courtage soient financièrement solides.

■ **Francis Chaumet** : Les compétences ne sont pas contrôlables à l'entrée dans la profession dès lors que le courtier remplit objectivement les conditions requises par les textes. Elles sont sanctionnables par chaque société travaillant avec le courtier au cours de la vie professionnelle de celui-ci en fonction des enseignements tirés de l'expérience.

La solvabilité exigée par les textes ne peut être appréciée qu'en fonction, d'une part, du volume des fonds perçus en vue d'être versés à des entreprises d'assurances, d'autre part, des fonds perçus dans le cadre de mandats (pas toujours explicites) émis par les sociétés d'assurances en faveur du courtier (et d'ailleurs révocables) le chargeant de l'encaissement des primes ou du règlement des sinistres. Seul le courtier, donc, est en mesure de juger périodiquement et concrètement du niveau de la garantie financière qui lui est nécessaire.

■ **Gilbert de Verville** : Les instances professionnelles organisées, constituées par les syndicats régionaux de courtiers d'assurance et de réassurance ainsi que les groupements professionnels regroupés au sein de la Fédération française des courtiers d'assurance et de réassurance (FCA), peuvent parfaitement contrôler les compétences et la solvabilité du courtier.

C'est la raison pour laquelle notre fédération a développé tout d'abord de nouvelles propositions lors de son assemblée générale de juin 1994 instituant, puis mettant en place, les fondements d'un label qualité. La mise en place du label qualité FCA souligne l'importance que notre fédération attache à la qualité de ses membres.

Il ne s'agit pas pour la FCA de s'attribuer un rôle de gendarme, mais notre profession entend se prendre en charge et considère qu'il est de son devoir et de sa responsabilité de s'auto-réglementer et de s'auto-organiser.

Nous avons trois préoccupations majeures : la déontologie, la solvabilité, le professionnalisme.

La déontologie : il faut tendre à l'uniformisation de la déontologie à l'intérieur de l'Europe et à plus forte raison en France ; la dualité de nos usages nationaux et lyonnais n'est pas acceptable ; nous devons faire en sorte d'améliorer cette situation. La FCA imposera à ses membres le respect du code moral (en cours de rénovation) et des usages du courtage, car l'affiliation d'un courtier à notre fédération doit constituer un gage de moralité.

La solvabilité : il est nécessaire sur ce plan que le courtage se prenne en charge et impose des règles à ses membres. C'est l'objet des dispositions que nous allons prendre par l'obligation de respecter deux ratios : un ratio de liquidité générale qui correspond pratiquement au fonds de roulement des cabinets ; un ratio de liquidité réduite.

$$\text{Ratio de liquidité générale : } \frac{\text{Actif réalisable à court terme}}{\text{Passif exigible à court terme}}$$

$$\text{Ratio de liquidité réduite : } \frac{\text{Trésorerie}}{\text{Dette à l'égard des compagnies}}$$

Ces deux ratios doivent être supérieurs à 1 pour confirmer la bonne santé des cabinets. Le second ratio a été déterminé dans un but de moindre exigence ; il permet toutefois de considérer que le cabinet demeure capable de régler ses det-

tes à l'égard des entreprises d'assurances. Il y a lieu cependant de tenir compte de l'existence de créanciers privilégiés.

Chaque année, les syndicats adhérant à la FCA demanderont à chacun de leurs membres de fournir une information sur la valeur de ces ratios déterminée à la date de clôture des comptes et délivrée sous forme d'attestation signée par le responsable du cabinet et validée par un expert-comptable ou le commissaire aux comptes de l'entreprise.

Les membres ne fournissant pas les attestations seront exclus des syndicats à compter de l'échéance suivante.

Si les ratios fournis sont inférieurs à 1, un délai sera accordé aux membres pour parvenir à l'équilibre nécessaire. La commission de discipline pourra être amenée à recevoir le responsable du cabinet qui aura la possibilité de défendre son dossier et pourra bénéficier des conseils qui lui sont nécessaires.

Aucun nouveau membre ayant une antériorité dans la profession ne sera accepté s'il ne peut fournir une attestation conforme aux exigences ou un projet de budget certifié.

Le professionnalisme : l'avenir de notre profession et de chacun d'entre nous repose sur des exigences de plus en plus fortes en terme de professionnalisme. Il nous paraît raisonnable d'imposer à nos membres des conditions qui soient plus exigeantes que les obligations légales. Nous allons contribuer activement à l'amélioration de la formation pour les collaborateurs de nos membres et nous avons mis en place un contrôle de connaissances pour nos nouveaux adhérents qui a pris effet au niveau du Sifcar dès le mois de juin 1995.

Celui-ci a été organisé avec l'aide de l'École nationale d'assurance (Enass/AEA) et sera mis en place par son intermédiaire. Ces contrôles pourront être étendus à tous les autres syndicats adhérant à la FCA, étant entendu que les sessions seront organisées mensuellement à Paris et à la demande, en fonction des besoins des autres syndicats, dans d'autres villes de France. Les candidats des syndicats régionaux pourront éventuellement être inscrits à une session ayant lieu à Paris si l'intérêt d'une telle mesure se manifestait.

Ce contrôle se déroulera en deux parties : une épreuve écrite sous forme de questionnaire à choix multiple, et une épreuve orale devant une personne de l'Enass et un membre du syndicat.

Des questionnaires types seront développés ; un manuel reprenant l'ensemble des thèmes pouvant être abordés est en cours de préparation.

Cette initiative mise en place au sein de notre fédération pour l'acceptation des nouveaux membres des divers syndicats est sur le point d'être élargie éventuellement aux conditions d'accès à la profession de tout courtier en général.

Sur ce point, une réflexion a été entamée. Elle associe la profession (entreprises et courtiers) et pourrait aboutir, en collaboration avec la FFSA, à un document de type cahier des charges des compétences requises pour exercer la profession de courtier. Nous avons mis au point un projet après une réunion préparatoire

organisée avec la direction juridique de la FFSA ; celle-ci a de son côté préparé un document complémentaire.

Il résulte de nos propositions qu'il n'est pas prioritaire de modifier les textes actuels sur les conditions de capacité (R. 513-1 s ; programmes minimaux), mais de savoir que le niveau voulu est atteint. Le problème majeur est donc celui de la vérification des connaissances en ce qui concerne le courtage. Le niveau étant commun aux agents généraux d'assurance et courtiers, le contrôle peut être commun ou être adapté suivant les situations. Il existe actuellement une différence résultant de la capacité de choix des personnes désignant leur mandataire : la qualité d'agent général d'assurance est sous le contrôle de l'entreprise d'assurances, alors que celle du courtier doit protéger le client le plus souvent profane. Une épreuve de contrôle s'impose donc. Elle ne doit pas, en ce qui concerne le courtage, conduire à une profession fermée, mais donner la certitude que les principes de base sont connus. Les connaissances plus approfondies sont nécessaires pour des clients capables de les tester.

Conformément à l'article R. 412-1 instituant l'École nationale d'assurance en qualité de coordonnateur de l'enseignement de l'assurance, le contrôle des connaissances pourrait être effectué sous la responsabilité de l'Enass, en collaboration avec les professionnels. Une épreuve écrite comportant des questions simples et sans ambiguïté sur des sujets pris dans une liste de notions indispensables diffusée préalablement serait éliminatoire s'il y a plus de 5 % d'erreurs. Comme nous l'avons vu, cette technique est déjà au point, sous réserve de quelques ajustements.

Pour leur propre recrutement, les syndicats resteraient libres d'ajouter indépendamment un entretien.

Quant à la liste des courtiers, elle a été prévue par la loi du 31 décembre 1989, mais aucun décret d'application n'est paru à ce jour. Cependant, les recommandations européennes précisant que « les organisations professionnelles, reconnues par un État membre, peuvent être désignées pour gérer ledit système », nous souhaiterions que la loi puisse charger notre organisation professionnelle de cette mission dans la prolongation de nos diverses habilitations de gestion de la liste des cartes professionnelles et de la délivrance des attestations de capacité aux courtiers souhaitant travailler à l'étranger (articles A. 514-1 et A. 516-1 du Code des assurances).

■ Les garanties de responsabilité civile et de caution sont-elles un contrôle de l'accès à la profession ?

■ **Francis Chaumet** : Il revient malheureusement aux sociétés d'assurances couvrant actuellement ces risques de contrôler l'accès à la profession, par l'intermédiaire de la garantie responsabilité civile professionnelle, à partir de la présentation des documents réglementairement exigés, en les complétant par des

informations sur le parcours professionnel du proposant, ses dispositions réelles pour ce métier, la réalité et la crédibilité de son projet d'entreprise...

Mais ce n'est pas par le truchement de la garantie de responsabilité civile professionnelle et de la délivrance d'une caution que l'accès à une profession doit être contrôlé. Ces deux garanties, indispensables à l'exercice de celle-ci, doivent pouvoir être délivrées systématiquement au vu d'un dossier permettant de se convaincre des compétences professionnelles réelles du proposant, dûment établies et constatées officiellement.

■ **Gilbert de Verville** : Actuellement, les difficultés d'obtention des garanties de responsabilité civile et de caution financière pallient les insuffisances constatées de contrôle de connaissances et de stage préalable à l'entrée dans la profession.

Devant la carence du contrôle effectif, les sociétés d'assurances et organismes d'assurances responsabilité civile professionnelle et de caution doivent effectuer un travail de vérification dans la mesure où ils ne peuvent se fier aux obligations réglementaires existantes. C'est la raison pour laquelle, par la mise en place du label qualité, notre fédération essaie de promouvoir un niveau reconnu des membres des syndicats adhérant à la FCA.

■ **Un bureau central de tarification est-il la solution à la mise en place d'une sorte de déontologie professionnelle ?**

■ **Gilbert de Verville** : Compte tenu des difficultés précitées, la mise en place d'un tel bureau fait partie des revendications les plus fréquentes du courtage et particulièrement des aspirants courtiers. Il n'est certes pas normal qu'une obligation d'assurance ne soit pas assortie d'une possibilité d'obtention de garanties pour des risques dits « aggravés ». Le fait de ne plus pouvoir exercer une profession quelle qu'elle soit à la suite d'une négligence ou d'une imprudence qui peut être le fait d'un collaborateur est, dans certains cas, disproportionné avec la faute commise. Ces cas devraient sans doute faire l'objet d'un traitement spécifique.

Cependant, nous ne pensons pas que l'acceptation systématique de tout nouveau candidat serait une bonne chose pour la profession, qui, sans être fermée, doit préserver une certaine qualité de ses membres par un contrôle systématique préalable et périodique pour les alerter éventuellement en cas d'une défaillance toujours possible.

■ **Stéphane Pallez** : Sur un sujet aussi important que celui de la déontologie professionnelle, on ne peut s'en remettre purement et simplement à l'intervention externe d'un bureau central de tarification, qui, au demeurant, ne constitue pas une réponse adaptée aux difficultés qu'éprouvent certains courtiers pour assurer leur responsabilité civile professionnelle. Il s'agit en effet d'une question qui relève avant tout de la responsabilité collective de la profession.

■ **Francis Chaumet** : Il appartient à la profession de faire en sorte, dans l'intérêt même des assurés, que les risques dits « aggravés », traduisant une incompétence ou un défaut d'organisation ou d'encadrement du cabinet, ne puissent avoir accès à la profession ou en soient écartés. Mais la solution ne passe pas, semble-t-il, par un bureau central de tarification, qui, à des conditions certes élevées, permet à des activités néfastes de se poursuivre.

■ **Le client et son assureur sont-ils suffisamment garantis contre les fautes professionnelles du courtier ?**

■ **Stéphane Pallez** : L'obligation faite au courtier de justifier à tout moment d'une assurance de responsabilité civile professionnelle a été instituée à cette fin, mais la meilleure garantie reste la compétence professionnelle.

■ **Gilbert de Verville** : Les obligations légales mises en place par la loi du 31 décembre 1989 nous paraissent suffisantes dans la mesure où elles sont parfaitement respectées.

Les sociétés d'assurances ont cependant, par le passé tout au moins (dans la mesure où elles contrôlent mieux actuellement le respect par leurs intermédiaires des obligations légales), fait preuve de trop de complaisance, voire d'insouciance, en travaillant avec des cabinets ne respectant pas ces obligations. Nous pensons également qu'elles devraient se garder de travailler avec des non-professionnels qui n'ont pas toujours l'habilitation nécessaire à l'exercice de la profession.

Par ailleurs, il y a sans doute lieu également de prévenir la profession contre la tendance qui nous paraît trop fréquente de se contenter de la garantie de caution financière minimale de 750 000 francs, même si nous tenons compte des mandats d'encaissement recueillis.

■ **Francis Chaumet** : Le montant minimal de garantie de la responsabilité civile professionnelle (10 millions de francs par année d'assurance) est *a priori* suffisant pour faire face aux conséquences des fautes professionnelles du courtier. Cela n'empêche pas bon nombre d'entre eux de se garantir au-delà, ce qui est prudent, compte tenu des intérêts mis en jeu à l'occasion de leur activité et de la tendance constatée en matière de responsabilité civile, en général, et de responsabilité civile professionnelle, en particulier, à rechercher systématiquement un coupable.

Mais l'on se heurte très vite à un problème de capacité de marché, les sociétés d'assurances susceptibles de garantir ce risque étant peu nombreuses et disposant, pour garantir cette activité, de moyens d'autant plus réduits que la réassurance a toujours été très vigilante et réservée sur ce type de risque.

■ **Quelles conséquences peut avoir la libre prestation de services sur l'exercice de la profession de courtier, voire sur cette profession elle-même ?**

■ **Stéphane Pallez** : S'il est encore tôt pour apprécier les incidences exactes pour le courtage de la suppression au 1^{er} juillet 1994 des dernières limitations à la libre prestation de services, on peut penser que celle-ci va ouvrir un champ nouveau à l'activité des courtiers français, en leur permettant d'offrir à leurs clients une gamme diversifiée de produits. Elle provoquera sans doute aussi un accroissement de la concurrence, ce qui justifie pleinement les efforts engagés en faveur d'une amélioration permanente de la compétitivité de la profession.

■ **Francis Chaumet** : La libre prestation de services présente, par l'application qu'elle implique des législations étrangères, des risques accrus pour l'assureur de responsabilité civile professionnelle du courtier. Pour le placement de risques à l'étranger auprès de sociétés étrangères, celui-ci devrait en effet être au fait non seulement de la législation locale régissant le risque concerné, mais de celle qui est applicable au contrat d'assurance et des garanties habituellement délivrées sur le territoire étranger.

Pratiquement, pour les risques de masse (bien que cette distinction ne soit plus en vigueur depuis 1994), le courtier, sauf s'il est localisé aux frontières, placera les risques auprès de sociétés françaises, eu égard au service après-vente qu'il doit à ses clients. Quant aux risques d'entreprises, c'est plutôt par des accords avec des intermédiaires locaux qu'ils sont placés et gérés localement, dans la mesure où l'assuré ne bénéficie pas déjà, d'une part, d'un contrat le garantissant à partir de la France et, d'autre part, de services locaux d'assurance compétents et qualifiés.

■ **Gilbert de Verville** : Le développement de notre profession est très *intuitu personae* ; les rapports qui se créent entre courtiers et clients ont besoin d'être étayés par une confiance réciproque et par un service de proximité toujours plus exigeant. Nous n'avons pas constaté jusqu'à ce jour un développement considérable de la libre prestation de services dans notre profession ; nous pensons que cela tient à la raison que nous venons d'évoquer.

Le petit courtage rend directement lui-même ce service de proximité à ses clients, qui ont généralement une dimension proportionnée à celle du cabinet qui traite ses besoins d'assurance. Le grand courtage suit ses clients à l'étranger avec l'aide de courtiers alliés qui traitent sur place les besoins de leurs clients. Nous ne pensons pas que la libre prestation de services puisse avoir un développement important dans notre profession.

Les difficultés d'exercice dans ce domaine et le manque d'harmonisation des diverses réglementations européennes ne font qu'accroître cette impression.

■ **Quelle déontologie pour la distribution de produits d'assurance par des établissements financiers en concurrence des courtiers ?**

■ **Francis Chaumet** : Les réflexions faites par l'assureur au niveau des courtiers vaut pour les établissements financiers se livrant à la distribution de produits d'assurance. Il n'y a pas de raison *a priori* pour que les personnes en charge dans un établissement financier du placement de produits d'assurance échappent aux règles à dégager pour s'assurer de la compétence des intermédiaires.

■ **Gilbert de Verville** : A la suite de la réunion du 30 novembre 1994 de l'ensemble des acteurs de la place financière qui s'est tenue au Conseil économique et social sous la présidence de Yvette Chassagne, Jean-Baptiste de Franssu, administrateur directeur général d'Invesco France, membre du Sifcar, a été mandaté par cette dernière pour constituer un groupe de concertation réunissant les entreprises et les organismes professionnels concernés par la mise en œuvre d'un dispositif opérationnel d'identification des distributeurs indépendants exerçant l'activité de conseil en investissement de produits d'épargne-placement.

André Roussel et Jean-Michel Lesage ont participé à diverses réunions regroupant lors des premières rencontres une quarantaine de personnes, dont des représentants de la FFSA, de notaires, d'experts-comptables, de courtiers de Bourse, d'agents de change, d'agents immobiliers, de conseillers en investissements, etc.

Le but est de parvenir, sans superposer une nouvelle organisation professionnelle, à un meilleur contrôle de la responsabilité de ce type de distribution en matière de qualification, d'honorabilité, d'assurance responsabilité civile professionnelle, ainsi qu'à la création d'un fichier central des intervenants (mandataires non salariés, non exclusifs et sans lien direct de subordination).

Il est rappelé qu'en application de l'article 7 de la loi n°72-6 du 3 janvier 1972, « tout démarcheur se livrant au démarchage en vue d'opérations sur valeurs mobilières est tenu d'être porteur d'une carte d'emploi délivrée par une personne ou un établissement habilité à recourir au démarchage [...]. Il ne peut détenir qu'une seule carte ». Il est nécessaire en fait actuellement de faire respecter la loi.

Une lettre a été adressée aux membres de toutes les professions intéressées pour leur demander de se faire connaître dans la mesure où ils seraient concernés par le placement de produits financiers hors assurance, puisqu'il est confirmé que tout ce qui concerne l'assurance doit être traité par le circuit actuel de la profession.

Nous devons être très vigilants devant la tendance actuelle de diverses professions, notamment les experts-comptables et les notaires, à se préoccuper de placement, voire de présentation d'opérations d'assurance. Des contacts doivent être pris avec les organismes représentatifs de ces professions.

Notre groupe d'études sur l'exercice illégal de la profession a récemment écrit plusieurs lettres recommandées à des organismes bancaires ou financiers, à la

suite de mailings adressés par ces derniers, pour leur rappeler les conditions d'exercice de notre profession et les obligations légales édictées par le Code des assurances en ce qui concerne le démarchage par circulaires et la proposition de produits d'assurance.

Ces lettres ont été suivies d'effets dans la mesure où elles ont obtenu de la part de la direction de ces organismes une réponse confirmant qu'à l'avenir nos observations seraient prises en compte.

Nous devons accroître notre vigilance, relever et contrôler le niveau d'accès à notre profession, la faire évoluer par une forte connotation de conseil et de valeur ajoutée, lutter contre ceux qui, sans qualification spécifique, tentent peu à peu de prendre notre place ■

Notes :

1. *Condition de capacité professionnelle, article R. 513-1 du Code des assurances. Décret du 20 avril 1984, modifié par le décret n° 92-309 du 31 mars 1992 paru au JO du 1^{er} avril 1992.*
2. *« Les stages professionnels doivent avoir une durée raisonnable et suffisante, sans pouvoir être inférieure à 150 heures » (article R. 513-3 du Code des assurances).*

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

L'OBLIGATION DE CONSEIL

des intermédiaires

MOTS CLEFS : *agent et courtier d'assurance . conseil . consommateur . information . professionnel . responsabilité .*

Qu'il soit agent ou courtier, l'intermédiaire d'assurance est tenu à l'égard du client à un devoir d'information et de conseil, dont la jurisprudence a dessiné les contours. Le développement du contentieux lié au devoir de conseil oblige à s'interroger sur les conditions d'exercice de la profession d'intermédiaire d'assurance.

Jadis, la sagesse populaire apprenait aux enfants dès qu'ils avaient atteint l'âge de raison que les conseillers ne sont pas les payeurs, donc qu'ils ne pourraient pas, en cas de conséquences néfastes de leurs décisions et de leurs actes, se prévaloir du fait qu'ils avaient été mal conseillés. Puis on s'avisa que le consommateur n'était pas forcément la personne intelligente et avisée qu'un siècle d'instruction généralisée aurait dû forger, que l'on pouvait abuser de son ignorance, lui donner à des fins mercantiles de mauvais conseils, l'induire en de coûteuses tentations... Ainsi naquirent et se développèrent des règles directrices de la protection du consommateur sous la forme d'obligations d'information et de conseil. Ce fut l'œuvre conjointe de la jurisprudence, de la loi, mais aussi des déontologies professionnelles, car il est de l'intérêt bien compris des professionnels sérieux d'éviter des pratiques déloyales de quelques-uns qui faussent le jeu normal de la concurrence et pervertissent au détriment de tous l'image d'une profession.

L'obligation d'information a reçu sur un plan général sa consécration législative par l'article 2 de la loi du 18 janvier 1992 (article L. 111-1 du Code de la consommation) : « Tout professionnel vendeur de bien ou prestataire de services doit avant la conclusion du contrat mettre le consommateur en mesure de connaître les caractéristiques essentielles du bien ou du service. »

L'obligation de conseil n'est pas formellement édictée par la loi, mais elle trouve sa source dans l'article 1135 du Code civil : « Les conventions obligent non

* Directeur responsabilité civile, Apsad/FFSA.

Éditeur de l'article : Scephra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

seulement à ce qui est exprimé mais à toutes les suites que l'équité, l'usage ou la loi donnent à l'obligation d'après sa nature. » Ce texte donne au juge une grande liberté d'appréciation sur l'étendue des obligations des professionnels et lui permet de sanctionner, même en l'absence de texte formel précis, les situations dans lesquelles il estime qu'il y avait une obligation de conseil à charge du professionnel et qu'elle n'a pas été exécutée.

La distinction entre obligation de renseignement (communication d'une information générique sur le produit ou le service) et obligation de conseil (appréciation critique du produit ou du service au regard du besoin spécifique du client) se comprend aisément sur le plan théorique ; dans la pratique des relations entre les professionnels et les clients et dans la pratique des tribunaux ayant à en juger, la distinction tend à s'estomper, car, dans le vécu d'une relation précontractuelle ou contractuelle, il est rarement aisé de dire nettement où finit l'information et où commence le conseil. C'est pourquoi au niveau du régime juridique il serait trop réducteur de classer l'obligation d'information dans la catégorie des obligations de résultat et l'obligation de conseil dans celle des obligations de moyens.

Enfin, l'étendue et le contenu même de ces obligations varient non seulement selon la nature du bien ou de la prestation, mais suivant le degré de connaissance des parties. La fiction du professionnel omniscient sur ses produits ou services et du consommateur par essence ignorant ne correspond pas à la diversité des situations¹.

Bien avant le développement du droit de la consommation, l'assurance a bénéficié d'une législation spécifique dont le principal objectif était la protection de l'assuré. C'est un lieu commun que de dire que la sécurité est de l'essence même du contrat d'assurance. Mais il faut croire qu'entre la sécurité attendue et la sécurité obtenue les déconvenues ne furent pas rares, et ce en dépit d'un droit particulier éminemment protecteur ; l'assuré déçu, s'il avait le courage de se lancer dans une assignation, devait, pour obtenir satisfaction, prouver l'inobservation par l'assureur d'un texte impératif ; le plus souvent, il se contentait de boire le calice de l'amertume et d'alimenter la cohorte de ceux qui énonçaient caricaturalement : « L'assurance est toujours là pour encaisser les primes, jamais pour payer les sinistres. » Puis la montée en puissance des droits du consommateur lui donna une arme digne de sa déception : la sanction des obligations d'information et de conseil, arme dont l'utilisation était d'autant plus tentante qu'elle visait non plus une institution quelque peu lointaine et abstraite, la société d'assurances, mais une personne bien tangible, l'intermédiaire d'assurance, agent ou courtier auquel le consommateur avait cru d'autant plus pouvoir faire confiance que celui-ci se targuait du titre d'« assureur conseil ».

Ainsi, en quelques décennies, les procès tendant à obtenir réparation du préjudice causé par l'inexécution de l'obligation d'information et de conseil se sont ajoutés à ceux, plus classiques, relatifs au droit du contrat d'assurance (ou à l'in-

1. Cf. « De l'allègement de l'obligation de renseignements ou de conseil », par Ph. Le Tourneau, D 1987, chronique XIX.

interprétation des clauses du contrat), l'échec des demandeurs dans ceux-ci pouvant être rattrapé par le succès dans ceux-là.

A tel point qu'aujourd'hui la responsabilité des intermédiaires d'assurance pose un problème... d'assurabilité. L'absence de données quantitatives exhaustives sur le contentieux relatif à l'obligation de conseil ne doit pas faire douter de la réalité de son aggravation.

Il n'est évidemment pas question de déplorer ici que l'assuré soit protégé non seulement en tant qu'assuré (par la législation spécifique au contrat d'assurance) mais également en tant que consommateur (créancier d'une obligation d'information et de conseil) et ce *a fortiori* dans un marché désormais ouvert à la libre prestation de services. L'accroissement des mises en cause d'intermédiaires pour défaut de conseil conduit non seulement à analyser le devoir d'information et de conseil en assurance tel qu'il se dégage aujourd'hui de la jurisprudence, mais aussi à s'interroger sur les conditions auxquelles le « conseil » peut être mieux donné.

I. LES PRINCIPES ET LEUR APPLICATION

En ouvrant le Code des assurances au livre V, partie législative, consacré aux agents généraux, courtiers et autres intermédiaires d'assurance, on découvre que le premier article de ce livre, plutôt bref, traite de la responsabilité de l'assureur du fait de ses mandataires. C'est le fameux article L. 511-1 dont les professeurs Berr et Groutel ont souligné l'« irrésistible ascension ».

La responsabilité de l'intermédiaire du fait de l'inexécution de son devoir d'information et de conseil se rattache aux obligations qu'il encourt en qualité de mandataire. Mais on sait qu'en principe le courtier est le mandataire de l'assuré, et l'agent, le mandataire de l'assureur ; même si, comme le souligne Mme Lambert-Faivre, cette distinction est « souvent brouillée par les doubles mandats » — car l'agent peut recevoir un mandat express de l'assuré pour placer ses risques et le courtier être en situation de mandataire réel ou apparent d'une société d'assurances —, elle doit cependant être conservée pour décrire les mécanismes juridiques qui sanctionnent l'obligation de conseil.

1. Le courtier

Par un arrêt célèbre du 10 novembre 1964, la première chambre civile de la Cour de cassation a défini l'obligation de conseil du courtier (les grands arrêts du droit de l'assurance, Berr et Groutel, p. 254) qui doit être pour son client un « guide sûr et un conseiller expérimenté ».

En l'espèce, le courtier avait écrit à son assuré garagiste que le contrat était en règle en ce qui concernait les véhicules circulant sous sa responsabilité, alors que la vérification des contrats demandés par le client impliquait, selon les juges, la révision de la clause d'exclusion des dommages aux véhicules confiés au garage. Le courtier a ainsi commis une faute « dans l'exercice du mandat dont il était

chargé » privant le garage de la garantie par l'assureur des dommages-intérêts mis à sa charge. Les commentateurs avaient souligné la sévérité de cette décision, alors que le refus de garantie de l'assureur se fondait sur une clause claire du contrat et que le garagiste ne pouvait considérer que son contrat ne comporte aucune exclusion.

L'arrêt, objet du pourvoi rejeté (CA Paris, 14 avril 1962, RGAT, 1965, p. 175), avait souligné que le courtier d'assurance n'est pas un simple entremetteur : « Le rôle du courtier d'assurances terrestres ne se limite pas à mettre en présence le futur assuré et son futur assureur et à laisser ces derniers discuter entre eux sans intermédiaire les clauses du contrat à intervenir ; que si le futur assuré s'adresse à un courtier, c'est parce que lui-même n'ayant pas le temps nécessaire et surtout ne possédant pas la compétence technique et juridique indispensable à la discussion de la rédaction initiale de la police et des modifications susceptibles d'y être ultérieurement apportées, il le considère comme ayant les connaissances qui lui font défaut pour gérer au mieux ses intérêts et assurer dans les meilleures conditions la couverture des risques considérés » (CA Paris, 14 avril 1962, RGAT, 1965, p. 175, note AB, Lamy n° 3022).

Par un arrêt du 6 novembre 1984 (Bull. civil, I, 291), la première chambre civile de la Cour de cassation édicte que le courtier « commerçant indépendant et professionnel de l'assurance est tenu à l'égard de son client d'une obligation de conseil et d'exacte information ».

Commet une faute au regard de son devoir de conseil :

- le courtier qui, ayant fait signer un ordre de remplacement, ne fait aucune démarche pour replacer le risque que l'assureur a l'intention de résilier et fait perdre ainsi à l'assuré toute chance d'obtenir une garantie plus élevée (CA Paris, 2 octobre 1991) ;
- le courtier qui ne conseille pas à son client de faire examiner son véhicule dont le contenu a été volé pour établir la preuve de l'effraction exigée comme condition de garantie (CA Orléans, 22 octobre 1991) ;
- le courtier qui affecte un paiement de prime par l'assuré à une dette antérieure sans lui donner d'explication et le mettre en garde sur les risques de suspension (CA Paris, 29 septembre 1989) ;
- le courtier qui n'avertit pas l'assuré que, faute de faire le marquage des vitres, le véhicule ne sera pas assuré en vol (CA Paris, 10 septembre 1987) ;
- le courtier qui ne vérifie pas la conformité de la police régularisée aux volontés de l'assuré (TGI Paris, 6 janvier 1988) ;
- le courtier qui ne conseille pas l'assuré pour qu'il interrompe la prescription biennale (Civ. 1^{re}, 5 février 1991, et octobre 1991, p. 16365, CA Paris, 17 mai 1995, RCA, août-septembre 1995, comm. 287) ;
- le courtier qui commet diverses négligences dans les mentions portées sur une proposition d'assurance automobile alors qu'en « l'état de la multiplicité des contrats passés et de la complexité de la situation qui en résultait en ce qui concerne notamment la qualité de conducteur habituel, le manquement initial du courtier

à son obligation de conseil avait été à l'origine de déclarations inexactes » (ayant motivé la nullité du contrat d'assurance) (Civ. 1^{re}, 10 décembre 1991).

2. L'agent d'assurance

En principe, l'agent n'est pas le mandataire de l'assuré, mais, en vertu même de son statut, celui de l'assureur. L'article 2 du statut IARD (décret du 5 mars 1949 modifié par décret du 11 octobre 1966) définit la profession d'agent d'assurance : « L'agent général d'assurance est une personne physique qui, justifiant de connaissances professionnelles suffisantes, représente une ou plusieurs sociétés d'assurances en vertu d'un traité de nomination. Dans l'exercice de ses fonctions, l'agent général d'assurance, d'une part en qualité principale de mandataire rémunéré d'une ou plusieurs sociétés d'assurances, met à la disposition du public sa compétence technique en vue de la recherche et de la souscription des contrats d'assurance pour le compte de la ou des sociétés qu'il représente, d'autre part, met à la disposition de cette ou ces sociétés ses services personnels et ceux de l'agence générale pour la gestion des contrats qui dans la limite de la circonscription déterminée par son traité de nomination peut lui être confiée. »

Après quelques hésitations, la Cour de cassation a été amenée à préciser que « l'agent général d'une compagnie d'assurances agit dans l'exercice de ses fonctions de mandataire rémunéré d'une société d'assurances quand il met à la disposition du public sa compétence technique en vue de la recherche et de la souscription de contrats d'assurance pour le compte de la société qu'il représente » (Cass., Civ. 1^{re}, 21 novembre 1979, JCP 81-2 19511, note Pauffin de Saint-Morel).

Puisqu'il met à la disposition du public sa compétence technique, l'agent est tenu d'une obligation d'information et de conseil à l'égard des clients.

C'est donc une obligation qui prend sa source dans un contrat (le mandat entre la société d'assurances et l'agent), mais dont l'inexécution ou la mauvaise exécution va causer un préjudice au client (l'assuré ou celui qui aurait dû l'être) qui est un tiers par rapport à l'agent. Nous sommes donc dans le cas d'une responsabilité quasi délictuelle — se référant à l'article 1382 du Code civil — trouvant sa source dans la mauvaise exécution des obligations découlant d'un contrat.

Peut-être est-il opportun de souligner ici que l'agent peut engager l'assureur à deux titres :

- l'assureur est le mandant « tenu d'exécuter les engagements contractés par le mandataire conformément au pouvoir qui lui a été donné » (article 1998 du Code civil). Dans cette hypothèse, l'assureur est directement engagé vis-à-vis de l'assuré par l'acte de l'agent d'assurance qui l'a représenté à l'égard de l'assuré ;
- l'assureur est civilement responsable, aux termes de l'article L. 511-1 du Code des assurances, « dans les termes de l'article 1384 du Code civil des dommages causés par la faute, l'imprudence ou la négligence de ses employés ou mandataires agissant en cette qualité, lesquels sont réputés pour l'application du présent article comme des préposés, nonobstant toute convention contraire ».

Il va de soi que, lorsque l'agent a engagé l'assureur au premier titre — qu'il soit

mandataire réel ou apparent —, la question du devoir de conseil ne se pose pas. Ce qui n'exclut pas que l'assureur mandant réclame réparation du préjudice qu'il subit du fait d'un engagement indûment pris par l'agent.

En revanche, lorsque le client est privé de la garantie de l'assureur au titre du contrat d'assurance du fait d'une faute commise par l'agent eu égard à son devoir d'information et de conseil, la société d'assurances répond vis-à-vis de l'assuré (ou de celui qui aurait dû l'être) du préjudice causé, sauf recours contre l'agent.

Tenu contractuellement par l'engagement pris pour son compte par l'agent, l'assureur subit un préjudice direct égal à la différence entre ce qu'il doit payer et ce qu'il aurait dû payer si l'agent n'avait pas commis de faute.

Tenu comme civilement responsable de l'agent, l'assureur ne subit de préjudice que parce qu'il doit réparer celui qu'a subi l'assuré (ou celui qui aurait dû l'être) ; c'est pourquoi la jurisprudence a admis que son recours contre l'agent fautif devait être égal au montant du préjudice causé au client.

A titre d'exemple, voici quelques cas où la responsabilité de l'agent a été retenue pour défaut de conseil :

- prévenu téléphoniquement par l'assuré de la survenance d'un sinistre grêle, l'agent s'abstient de lui rappeler les formalités et précautions nécessaires (faire une déclaration écrite à la compagnie, attendre le passage de l'expert pour enlever les récoltes sinistrées), et après le refus de prise en charge de l'assureur, il n'attire pas l'attention de l'assuré sur la prescription abrégée en matière d'action relative à l'indemnité d'assurance (CA Limoges, audience solennelle 1^{er} juillet 1993, jurisdata 00.6073) ;

- l'agent négocie un contrat intitulé « tout en un » avec un cocontractant ayant des difficultés particulières de compréhension de la langue française sans attirer son attention sur les exclusions de risques (CA Chambéry, 14 avril 1992, jurisdata 04.9931) ;

- l'agent qui, connaissant les besoins de l'assuré en matière d'assurance et les conséquences pour lui du défaut de couverture du risque incendie, n'a rien fait pour lui procurer un nouveau contrat après la résiliation du contrat incendie (Cass., Civ. 1^{re}, 7 mars 1989, JCP G 1989 N 20 IV, p. 170) (à noter que, dans ce cas précis, l'agent a commis la faute retenue non dans sa fonction de mandataire de l'assureur mais en qualité de mandataire de l'assuré) ;

- l'agent n'avertit pas le souscripteur d'une police auto, dont il connaît la nationalité, que son permis de conduire délivré à l'étranger n'est pas valable en France, ce qui entraîne la non-garantie de l'assureur (CA Orléans, 19 juin 1987, jurisdata 043456) ;

- réponse erronée à une demande de précision sur le plafond de garantie du contrat (Cass., Civ. 1^{re}, 13 janvier 1987, jurisdata 87.193) ;

- annulation d'un contrat permettant la constitution d'un complément de retraite en raison d'une erreur lors de sa formation sur une condition substantielle (imputation de frais de chargement importants sur le capital). L'agent avait écrit au souscripteur qu'il n'y avait pas de frais de dossier. Cette faute engage sa res-

ponsabilité *in solidum* avec celle de la société d'assurances (TGI Avranches, 6 février 1992) ;

- l'agent n'attire pas l'attention de l'assuré sur la diminution des garanties vol imposée par la société d'assurances qui, à l'occasion d'une demande d'extension par avenant de la garantie aux dommages causés par la grêle aux persiennes, établit un nouveau contrat ne comportant plus différence du précédent, la garantie vol par usage de fausses clefs (TGI Dijon, 15 juin 1994) ;

- l'agent a incité son assuré à souscrire un nouveau contrat d'assurance vie en lui affirmant par écrit que le capital sera d'au moins 46 650 francs et pourra dépasser 50 000 francs. A l'expiration du contrat, le capital n'est que de 30 000 francs. L'agent doit indemniser l'assuré du préjudice subi (46 650 moins 30 000 francs), car, sans l'affirmation de l'agent, l'assuré n'aurait pas souscrit le nouveau contrat (CA Orléans, 11 octobre 1989) ;

- l'agent a fait résilier le précédent contrat de son client commerçant en fuel sans avoir pris connaissance des risques couverts ; le nouveau contrat ne garantit pas les dommages de pollution, alors qu'ils l'étaient dans le précédent contrat (TGI Amiens, 16 janvier 1992) ;

- l'agent et la société d'assurances d'assurances proposent à un constructeur de maisons individuelles un contrat ne couvrant que les activités de maçonnerie : l'assuré, qui n'a jamais exercé d'activité similaire, d'un bagage intellectuel moyen, ne peut se rendre compte des limites de l'assurance souscrite : défaut de conseil de la société d'assurances (responsable pour deux tiers) et de l'agent (responsable pour un tiers) (CA Nîmes, 20 février 1992).

3. Les limites à l'obligation de renseignement et de conseil

Il s'agit d'une obligation de moyens : « S'il appartient à l'assureur dans l'exercice de son devoir d'information et de conseil d'examiner l'ensemble des données de droit ou de fait particulières à la situation de chaque assuré, l'obligation lui incombant à ce titre ne saurait être qu'une obligation de moyens » (Civ. 1^{re}, 7 mars 1989, RGAT, 1989, p. 649, note R. Bout).

En fait, l'intermédiaire n'est tenu d'une obligation de résultat que pour les renseignements qu'il est amené à donner sur les clauses du contrat d'assurance en réponse aux questions de l'assuré. Une réponse erronée engage – quelles qu'aient été ses diligences pour éviter l'erreur – sa responsabilité (Cass., Civ. 1^{re}, 13 janvier 1987, D. 1987, som. 329, note Berr et Groutel).

L'étendue de cette obligation s'apprécie cas par cas en fonction de son fondement : l'ignorance du consommateur au regard de la connaissance du professionnel.

L'intermédiaire n'a pas à vérifier les informations données par le client (Cass., Civ. 1^{re}, 17 mai 1982, D 1982 IR 451).

L'intermédiaire n'a pas à procéder lui-même à une évaluation des biens à assurer (Cass., Civ. 1^{re}, 19 janvier 1994, RGAT 1994, p. 906, note D. Langé).

Le devoir de conseil disparaît lorsqu'il est établi que le client connaissait l'utilité de la garantie non souscrite (par exemple, en cas de non-souscription d'un risque perte d'exploitation (Civ. 1^{re}, 10 décembre 1992, RGAT 92, p. 183 et suivantes, note D. Langé).

L'agent n'est pas tenu d'attirer l'attention de l'assuré sur l'érosion monétaire et la nécessité de réviser les montants garantis alors que l'assuré en sa qualité d'actionnaire est « à même d'apprécier l'évolution des prix consécutive à l'érosion monétaire » (Cass., Civ. 1^{re}, 28 octobre 1991, RGAT 1992, *id.*).

Les juges apprécient au cas par cas la diligence de l'intermédiaire eu égard aux particularités de chaque situation, ce qui amène une jurisprudence nuancée où l'appréciation souveraine des juges du fond joue un rôle essentiel.

La pratique jurisprudentielle montre que l'obligation de conseil du courtier n'est pas sensiblement plus étendue que celle de l'agent général. Pour l'une comme pour l'autre, c'est la qualité de professionnel de l'assurance qui justifie cette obligation. Cependant, l'exercice de cette profession s'entend pour l'agent dans le cadre du mandat de représentation qui lui a été donné par une société d'assurances, ce qui exclut que le devoir de conseil de l'agent porte sur les produits des sociétés concurrentes. Le courtier « commerçant indépendant » agit donc en principe sur un registre plus large et le conseil doit contribuer au choix entre les produits proposés par plusieurs sociétés d'assurances.

Ajoutons que si l'obligation de conseil de courtier ne prend pas racine dans un contrat de mandat dont la constatation est nécessaire (Cass., Civ. 1^{re}, 13 mai et 13 novembre 1985, D 86 S25, note Groutel), la mission donnée par l'assuré au courtier peut être plus ou moins étendue de façon expresse ou implicite, le client pouvant s'en remettre à son engagement formel de placer les risques, mais, dans cette hypothèse constitutive d'une obligation de résultat, nous sortons du cadre de l'obligation de conseil.

Quant au créancier de l'obligation de conseil, il peut plus ou moins en attendre selon la compétence que l'on peut attribuer à sa qualité : ainsi, un assuré industriel qui n'a pas pris d'assurance pour les dommages causés par le poids de la neige sur les toitures ne peut-il invoquer un défaut de conseil, car il est à même de cerner les risques qu'il veut couvrir (Cass., Civ. 1^{re}, 8 novembre 1994, *Argus*, 25 novembre 1994).

II. OBSERVATIONS ET PERSPECTIVES

L'obligation de conseil est inhérente à la profession même de producteur d'assurance, agent ou courtier. La contester serait remettre en question un élément essentiel de sa raison d'être professionnelle.

L'obligation de conseil incombant à l'agent s'est peu à peu étendue pour équivaloir à celle qui pèse sur le courtier. Au regard du droit de la consommation, le statut importe moins que l'exercice effectif du métier et la satisfaction des attentes légitimes du consommateur. Il ne serait pas sérieux de considérer que

l'attente légitime du consommateur d'assurance doit être moins forte lorsqu'il s'adresse à un agent que lorsqu'il s'adresse à un courtier.

Le développement du contentieux lié à l'obligation de conseil ne résulte pas de dérives jurisprudentielles invariablement favorables à l'assuré ou au demandeur d'assurance. Les décisions jurisprudentielles montrent que les juges s'efforcent de tenir compte des droits et devoirs du client et des professionnels, et déboutent souvent le demandeur. Si le défaut de conseil est devenu la principale cause des critiques émises à l'égard des intermédiaires, il faut en chercher la raison ailleurs que dans les prétoires :

- dans la crispation des intérêts due aux difficultés économiques et aux résultats déficitaires de certaines branches d'assurance : l'assureur est plus ferme dans l'application stricte des clauses du contrat, moins compréhensif en cas de malentendu ; l'assuré revendique plus souvent la réparation du préjudice subi quand son contrat d'assurance n'a pas l'efficacité attendue. Le mandant tenu en vertu de l'article L. 511-1 du Code des assurances se retourne systématiquement contre le mandataire ;

- dans le développement même de l'assurance qui offre des produits nouveaux de plus en plus sophistiqués en réponse à une demande croissante pour la couverture de risques complexes. L'attente du consommateur est plus grande et l'exercice de conseil plus difficile.

L'obligation de conseil est donc promise à un grand avenir et il est du devoir de l'assurance de s'organiser pour qu'elle soit remplie à la mesure des besoins.

Le conseil implique l'écoute des besoins, le dialogue et la responsabilisation du consommateur qui reste libre de ses choix. Il suppose non seulement la compétence mais encore la disponibilité.

■ *La compétence* : on sait que les conditions légales d'accès aux professions d'agent et de courtier d'assurance (article R. 513-3 et 4 du Code des assurances) sont insuffisantes. Certes, les sociétés vont généralement au-delà de ces exigences légales et s'efforcent de donner à leurs agents une formation continue. Il va de soi que les réformes statutaires à venir devront revoir à la hausse les conditions de compétence technique d'accès à la profession. Ira-t-on jusqu'au diplôme d'intermédiaire d'assurance (cf. l'Argus du 17 février 1995) ?

■ *La disponibilité* : c'est d'abord un état d'esprit, car le plein exercice du devoir de conseil suppose de communiquer avec l'assuré (ou celui qui cherche à l'être), d'expliquer, de prendre le temps de comprendre ses besoins, d'expliquer les réponses que l'on pourra donner et leurs limites. Pratique en rupture avec un expéditif « Faites-moi confiance, je m'occupe de tout » qui renvoie les commentaires au jour d'un hypothétique sinistre posant des difficultés. Pratique qui risque d'être rebutante pour un client qui refuse justement d'être informé, conseillé et donc responsabilisé.

L'art du professionnel responsable (celui dont la responsabilité civile ne

pourra être recherchée avec succès) sera bien de concilier l'impératif de vendre et le devoir de conseiller.

Rappelons enfin que le conseil n'incombe pas qu'à l'intermédiaire et que la société d'assurances a aussi son rôle à jouer de façon directe dans la souscription d'un contrat ou la gestion des sinistres, ou indirecte en rendant l'intermédiaire capable en toute circonstance de remplir son devoir de conseil.

L'assurabilité de la responsabilité civile des intermédiaires est une question d'actualité. Ce n'est évidemment pas par la création d'un bureau central de tarification pour les risques des courtiers ou pour des limites à l'action récursoire des sociétés condamnées sur la base de l'article L. 511-1 du Code des assurances contre leur agent général que l'on résoudra les problèmes de fond posés par la sinistralité croissante qui caractérise la responsabilité civile des intermédiaires. Espérons que c'est plutôt la bonne exécution du devoir de conseil que le contentieux résultant de son inexécution qui marquera l'assurance de demain ■

LE STATUT DES AGENTS GÉNÉRAUX

d'assurance

MOTS CLEFS : *exclusivité ■ mandataire ■ ordre public ■ statut des agents généraux ■ territorialité ■*

Le statut des agents généraux d'assurance est considéré comme un régime de protection pour les uns et une source de blocage pour les autres. Qu'en est-il exactement ? L'importance donnée au caractère d'ordre public du statut est à relativiser. Il semble également que les principales caractéristiques de l'agent (qualité de mandataire, fonctions de production et de gestion) ne soulèvent pas de difficultés, même si certaines conditions (agent personne physique notamment) peuvent évoluer. En revanche, certaines règles du statut (territorialité, exclusivité, modalités de calcul de l'indemnité compensatrice et commissionnement) se révèlent plus contraignantes et ne permettent pas l'adaptation des relations sociétés/agents aux différentes évolutions économiques.

Le statut¹ des agents généraux d'assurance est composé de deux textes réglementaires, le décret du 5 mars 1949 portant statut des agents généraux d'assurance IARD (incendie, accidents et risques divers) et le décret du 28 décembre 1950 portant statut des agents généraux vie. Il a été nécessaire d'établir deux statuts, l'un en IARD, l'autre en vie, afin de tenir compte des particularités des branches concernées. Ils diffèrent principalement sur un point qui est celui de l'exclusivité territoriale, laquelle n'est pas prévue pour les agents vie. Ces textes ont pour fondement l'article 23 de la loi du 25 avril 1946 (devenu l'article L. 520-2 du Code des assurances), lequel prévoit que « le statut des agents généraux d'assurance et ses avenants sont, après avoir été négociés et établis par les organisations professionnelles intéressées, approuvés par décret ». Pour les uns, le statut constitue le régime de protection et de sauvegarde de l'équilibre des relations entre les entreprises d'assurances et les agents généraux d'assurance. Pour les autres, il ne correspond plus aux nécessités actuelles tant en matière de gestion administrative que de politique commerciale

* Assureur français.

1. Le terme de « statut » est utilisé indifféremment dans l'article pour les deux statuts IARD et vie, sauf lorsqu'il est fait référence à des dispositions explicites de ces derniers.

Éditeur de l'article : Scephra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

des entreprises et ne permet pas, notamment, de répondre aux évolutions souhaitables.

I. LE CARACTÈRE D'ORDRE PUBLIC DU STATUT

Lorsqu'une entreprise d'assurances décide de nommer un agent général d'assurance, l'agent et l'entreprise mandante doivent non seulement se conformer aux règles générales du mandat telles qu'elles sont définies par les articles 1984 et suivants du Code civil, mais également aux dispositions d'ordre public du statut des agents généraux d'assurance.

Le caractère impératif du statut résulte de la règle fixée au préambule du statut IARD selon laquelle « les principes énoncés représentent la base minimum sur laquelle repose la situation des agents généraux d'assurance qui y sont assujettis ». L'article 7 alinéa 3 du statut vie reprend également cette règle sous une autre forme.

Il n'est en effet pas possible pour l'entreprise mandante de se soustraire, ni pour le mandataire de renoncer conventionnellement à la « base minimum » que constitue le statut. Il ne peut y être dérogé d'un commun accord que dans un sens plus favorable à l'agent général, et les clauses du traité de nomination qui sont contraires au statut sont réputées non écrites. Les tribunaux l'ont rappelé à plusieurs reprises en ce qui concerne différents aspects liés à la nature ou au contenu des relations entre les sociétés et les agents (territorialité, par exemple).

On peut considérer qu'il s'agit là d'une réalité juridique fondamentale, sans équivalent dans les autres secteurs professionnels, qui est la limitation imposée à la liberté contractuelle des professionnels de l'assurance pour ce qui touche à l'organisation du système de distribution de ce produit.

Il convient toutefois de tempérer l'impression d'une faible place laissée par le statut à la liberté contractuelle tout au moins en ce qui concerne les principes régissant les rapports entre agents et sociétés.

D'abord, il est inutile d'invoquer l'existence de dispositions réglementaires sensées être protectrices de l'agent général si leur faiblesse intrinsèque les rend inefficaces. C'est ainsi que, d'une part, l'absence de sanctions civiles en cas de non-respect de certaines dispositions statutaires et, d'autre part, les ambiguïtés de plusieurs autres peuvent aboutir à leur méconnaissance.

Ensuite, le développement d'une jurisprudence relativement importante s'est efforcé par étapes successives de dégager certaines règles d'interprétation des dispositions du statut lorsque celles-ci n'étaient pas rejointes elles-mêmes par la jurisprudence, notamment celle qui est relative au mandat d'intérêt commun.

Par ailleurs, d'autres dispositions prévues par le statut sont restées « lettre morte », les règlements ou lois devant permettre leur mise en œuvre n'ayant jamais été adoptés (régime des incompatibilités, clauses types relatives aux conditions générales des traités de nomination et procédures d'arbitrage obligatoires en cas de litiges entre les sociétés et les agents).

Enfin, si la suppression du caractère d'ordre public du statut des agents généraux, c'est-à-dire du caractère impératif de ses dispositions, était réalisée, cette liberté rencontrerait toutefois les limites fixées à la fois par la réglementation du Code des assurances relative aux intermédiaires d'assurance et par les dispositions du Code civil. Il y a du reste tout lieu de penser que les dispositions de la loi du 25 juin 1991 relative aux agents commerciaux, tout au moins celles auxquelles le législateur a conféré un caractère d'ordre public, trouveraient également à s'appliquer en cas de suppression du statut actuel.

II. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE L'AGENT GÉNÉRAL D'ASSURANCE

1. La qualité de mandataire

Le statut des agents considère que l'agent général a pour qualité principale celle de mandataire de l'entreprise d'assurances. En ayant mis fin aux controverses relatives aux différentes thèses considérant que l'agent est lié à la société par un contrat de louage de services ou assimilant le contrat d'agence à un contrat d'entreprise, le statut a clairement posé le principe de la relation de mandat entre l'agent et l'entreprise d'assurances, que cette relation ait été établie à titre principal ou ait donné lieu à la délivrance de mandats de complément.

Et, dans la mesure où il présente un intérêt à la fois pour l'entreprise mandante et pour l'agent mandataire, le mandat d'agent général est d'intérêt commun, comme cela a été rappelé par la Cour de cassation. Il en résulte que les parties ne peuvent y mettre fin comme elles l'entendent, à la différence du simple mandat révocable *ad nutum*. Ainsi, en dehors de dispositions contractuellement fixées et dans les limites prévues par les statuts, l'entreprise mandante ne peut révoquer le mandat que pour un motif légitime, notamment pour l'un de ceux énoncés à l'article 19 du statut des agents généraux d'assurance IARD et à l'article 16 du statut des agents généraux d'assurance vie (incapacité notoire, insuffisance de production, faute professionnelle grave). L'agent général, pour sa part, peut résilier plus aisément le mandat, dès lors naturellement que la relation contractuelle avec l'entreprise n'est pas brutalement rompue.

2. L'agent général, personne physique

Contrairement à l'agent commercial, l'agent général d'assurance est obligatoirement une personne physique. Cette règle, précisée tant par le statut que par le Code des assurances, est justifiée par le caractère *intuitu personae* du mandat et par le fait que l'agent doit répondre personnellement du niveau de compétences professionnelles exigé pour l'exercice de son activité. Rien n'interdit, toutefois, la nomination d'agents associés conjointement et solidairement sur un même mandat (cf. article 24 du statut IARD).

A l'exception des départements d'outre-mer et hormis le cas d'agences consti-

tuées avant l'adoption du statut actuel, l'exercice de l'activité d'agent général dans le cadre de sociétés n'est pas autorisé. Outre des difficultés liées à la transmission d'entreprise, cette situation peut paraître constituer une anomalie depuis que sont intervenus plusieurs textes (loi relative aux sociétés civiles professionnelles et plus récemment loi sur les sociétés d'exercice libéral) qui ont ouvert la faculté pour les professionnels libéraux d'exercer leur activité dans un cadre de société, notamment de sociétés de capitaux.

3. Les fonctions de l'agent général

L'agent général est à la fois producteur et gestionnaire. La fonction de gestionnaire fait partie de la définition statutaire de sa profession (article 2 des statuts IARD et vie). Un agent à qui aucune gestion ne serait confiée pourrait donc se plaindre d'une violation du statut.

La liberté contractuelle ne subsiste que pour la définition des tâches de gestion confiées à l'agent. Cette liberté est toutefois restreinte pour les agents vie, leur statut (article 2) précisant expressément que l'agent paie les prestations et « accomplit tous autres actes de gestion », étant spécifié que l'encaissement des primes lui appartient.

4. La rémunération de l'agent général

Les agents généraux sont rémunérés par des commissions qui comprennent une commission d'apport et une commission de gestion (article 9 des statuts IARD et vie). Le droit à commission de l'agent général inscrit dans le statut se traduit dans le mandat par un tableau de commissionnement qui fixe les taux de commission alloués à l'agent général pour les différentes catégories d'opérations qu'il est chargé de présenter, ainsi que pour les tâches de gestion qui peuvent lui être confiées.

Le statut IARD (article 10) impose, pour l'apport, des commissions en pourcentage proportionnelles aux primes. Ces dispositions rendent parfois difficile l'ajustement de la rémunération en fonction de critères tels que la qualité des risques. Ces difficultés se représentent sur le calcul de l'indemnité compensatrice, qui retient les mêmes bases. Il est vrai toutefois que le statut n'exclut nullement l'ajout d'autres modes de rémunération (intéressement, rémunération à l'acte...).

Naturellement, les taux de commissions ainsi fixés ne peuvent être modifiés au cours du mandat que d'un commun accord. Ce principe a notamment été rappelé à l'occasion de la mise en place par une société d'un nouveau produit d'assurance reposant sur un principe de variabilité des commissions.

Ainsi a-t-il été jugé, sur le fondement des dispositions statutaires qui ne sont que l'application de l'article 1134 du Code civil, que, dans la mesure où ce nouveau produit ne garantissait pas un risque nouveau, mais relevait de la catégorie

des risques visée dans les traités, la modification unilatérale des taux de commissionnement fixés contractuellement était contraire à l'immutabilité des traités de nomination.

III. LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA RELATION SOCIÉTÉS/AGENTS

L'agent général organise librement son agence générale dans les limites définies par le traité de nomination mais également dans les conditions prévues dans les statuts (article 9). Cette indépendance de l'agent général d'assurance quant à l'organisation de l'exercice de son activité est naturellement à concilier avec la mise à disposition des différents moyens en matériel et en personnel par les entreprises mandantes.

1. L'exclusivité de production

« En sa qualité de mandataire, l'agent général s'oblige à réserver l'exclusivité de sa production à la ou aux sociétés qu'il représente » (articles 3 IARD et vie). Sauf accord de la société mandante, l'agent général ne peut accepter la représentation d'autres sociétés pratiquant les mêmes branches que celles pour lesquelles il présente les contrats. Cette interdiction s'étend au démarchage de clientèle en faveur desdites sociétés.

Ce droit qui conduit à limiter la liberté d'exercice de la profession d'agent est toutefois assorti de certaines limites. Des tempéraments existent en effet au principe de l'exclusivité de production par les statuts.

D'une part, l'agent général peut faire souscrire certains risques par d'autres assureurs sans requérir l'accord de sa société mandante, d'autre part, la société mandante conserve pour d'autres risques la faculté de s'y opposer. Dans le même esprit, les agents généraux peuvent dans des cas bien définis et par dérogation à leur obligation d'exclusivité placer auprès d'autres sociétés certains risques situés dans leur circonscription mais qui ne peuvent être souscrits que par leur société mandante.

2. L'exclusivité territoriale

En conférant aux agents généraux IARD le droit de se prévaloir vis-à-vis de l'entreprise d'assurances d'un monopole dans l'exercice de son activité à l'intérieur de la circonscription géographique déterminée au mandat, le statut a voulu manifestement donner à l'agent une sécurité dans l'exercice de sa profession, en le protégeant contre la concurrence des autres intermédiaires auxquels les entreprises d'assurances peuvent avoir recours.

La territorialité, prévue, en principe, par l'article 14 du statut IARD, est utilisée, sauf à Paris et dans quelques très grandes villes, pour s'opposer à tout apport d'affaires par d'autres que l'agent titulaire de la circonscription, ou pour exiger un partage de commissions.

Comme cela a été souligné par la jurisprudence, l'exclusivité territoriale dont

bénéficie l'agent a un « certain rapport de réciprocité » avec l'exclusivité de production.

Une autre garantie est accordée aux agents généraux d'assurance par l'article 4 des statuts IARD et vie selon lequel les sociétés ne peuvent accepter pour le même risque de traiter avec un autre producteur à des conditions différentes de celles qu'elles ont fixées à leurs agents. Il s'agit là d'une protection pour l'agent qui constitue pour les sociétés une contrainte importante par rapport à celles qui n'ont pas recours à un réseau d'agents, dans la mesure où les conséquences de cette contrainte peuvent conduire l'entreprise à renoncer à accepter certaines affaires.

Ces deux dispositions peuvent être considérées par certains comme un blocage au recours à d'autres moyens de distribution par les sociétés qui ont un réseau d'agents généraux.

3. La cessation des fonctions de l'agent

En cas de cessation de fonctions, conformément aux dispositions de l'article 20 de statut IARD et de l'article 17 du statut vie, l'agent général a le droit soit de présenter un successeur soumis à l'agrément de la société, soit de demander le versement d'une indemnité compensatrice. Naturellement, si l'agent général sortant a le droit de présenter un successeur, l'entreprise d'assurances reste libre d'agréer ou de refuser le candidat.

Le fait que la société mandante soit propriétaire du portefeuille permet à celle-ci de faire obstacle à la libre cession, par l'agent général d'assurance sortant, de la clientèle. En contrepartie, l'agent a la possibilité d'obtenir la valeur de clientèle due à son intervention personnelle et compensant de façon forfaitaire, en assurances dommages, la perte des commissions afférentes au portefeuille. Si le montant de cette indemnité en assurance vie est fixé statutairement (articles 17 à 19 du statut vie), le montant de l'indemnité IARD est en principe déterminé par accord amiable entre les parties ou à dire d'experts (article 20 du statut IARD). Ce montant résulte de l'application de la convention FFSA/FNSAGA de 1959 fixant une base d'évaluation du droit de créance pour les agences moyennes normalement constituées, convention qui, bien que caduque, n'en constitue pas moins la référence utilisée dans la pratique. Pour autant, on peut regretter la non-prise en compte, dans le mode de calcul retenu, d'éléments économiques relatifs à la rentabilité du portefeuille.

Au-delà de la prohibition de droit commun de la concurrence déloyale ou des clauses contractuelles de non-concurrence, l'article 26 du statut IARD impose à l'agent général sortant pour les branches d'assurances de dommages pour lesquelles il était mandaté une interdiction absolue de rétablissement, puisqu'il ne peut pendant trois ans présenter au public, dans la circonscription de son ancienne agence, des opérations d'assurance appartenant aux mêmes catégories que celles du portefeuille de l'agence.

Cette disposition est à rapprocher de l'obligation d'exclusivité de l'agent

général. De même qu'il est tenu pendant son activité de réserver sa production à la seule société qu'il représente, de même, lorsqu'il cesse ses fonctions, il est statutairement obligé de ne pas prospector la clientèle du portefeuille dont il était titulaire.

Ainsi, le rétablissement de l'agent sortant est sanctionné par la perte totale du droit à indemnité compensatrice. Naturellement, l'agent général est relevé de l'interdiction de rétablissement s'il renonce à l'indemnité compensatrice.

Il est à noter que ce dispositif, comme d'autres dispositions, notamment celles qui sont relatives à la liquidation des comptes et à l'interdiction d'opérer une compensation avec le déficit de caisse (article 23 du statut IARD), est plus favorable pour les entreprises mandantes que les mécanismes de droit commun.

CONCLUSION

Si l'on excepte les aspects liés à la durée du mandat, qui ne découle pas directement du statut, quatre corps de règles particulières se sont révélés au fil du temps contraignants pour les deux parties. Ce sont la territorialité, l'exclusivité, les modalités de calcul de l'indemnité compensatrice et le commissionnement. La suppression du caractère d'ordre public du statut concernant ces dispositions pourrait permettre de favoriser les adaptations nécessaires et mutuellement bénéfiques dans le domaine du mandat et de la relation sociétés/agents ■

AGENTS INDEPENDANTS OU EXCLUSIFS :

réexamen de leur coût différentiel

MOTS CLEFS : agent • courtier • coût de distribution • marketing •

La présente étude prolonge des analyses antérieures sur le coût différentiel entre agents indépendants et exclusifs. Elle établit un lien entre les données empiriques et la logique de la théorie de l'agence et propose une façon alternative d'évaluer les deux méthodes de marketing. L'existence d'un coût différentiel est confirmée et la nouvelle spécification montre que les sociétés d'assurances qui recourent aux agents exclusifs ont moins de dépenses que celles qui travaillent avec des agents indépendants, mais aussi que les dépenses des sociétés utilisant la vente directe par correspondance sont encore plus faibles que l'un ou l'autre système. Les coûts différentiels estimés ne sont pas significatifs pour certaines années où les sinistres sont utilisés comme approximation de l'output.

La majeure partie de l'assurance des biens et responsabilité civile aux États-Unis est distribuée par le biais d'un système d'agents indépendants ou d'agents soumis à un contrat d'exclusivité avec une société d'assurances, soit des « agents exclusifs ». La vente par correspondance et le système d'agents salariés constituent d'autres modes de distribution¹. Se fondant sur les résultats empiriques d'une étude en coupe instantanée pour l'année 1967, Joskow (1973) a trouvé que le système d'agents exclusifs est plus efficace que le système d'agents indépendants, et il a recommandé que des mesures soient prises pour accélérer la transition d'une distribution par le biais d'agents indépendants vers des méthodes de marketing direct.

Suite à l'article de Joskow, les partisans du système d'agents indépendants avançaient les arguments suivants : (1) le coût différentiel entre les deux

* Respectivement professeur associé à l'Insurance College (New York) et professeur associé à l'Insurance College, titulaire de la chaire de courtage et gestion du risque. Cet article a pu bénéficier des commentaires de David Cummins, Jack Van Derhei, Ellen Throuwer, ainsi que de l'auditoire et des interventions faites à Aria et à l'université de Pennsylvanie. Cet article a été publié en anglais sous le titre « Independent and Exclusive Agency Insurers : A Reexamination of the Cost Differential » dans le « Journal of Risk and Insurance » en 1992. Nous remercions les auteurs d'avoir autorisé Risques à en publier la traduction. Un article plus récent des mêmes auteurs apporte un complément de résultats. Il s'agit de « Do Independent Agent Insurers Provide Superior Service ? The Insurance Marketing Puzzle », publié également dans le « Journal of Risk and Insurance » en 1995. Traduction effectuée par Rachel Meghir.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

systèmes est simplement une prime acquittée pour une meilleure qualité de service ; (2) l'évolution technologique a eu pour effet de réduire de façon disproportionnée les coûts des plus petits assureurs qui ont recours aux agents indépendants, faisant ainsi diminuer les coûts différentiels au fil du temps ; et (3) les résultats de Joskow étaient faussés du fait qu'il s'était uniquement intéressé aux frais généraux au lieu des dépenses totales. Une étude élargie menée par Cummins et Van Derhei (1979) sur la base de ces arguments a donné des résultats mitigés.

En utilisant des données pour la période de 1968 à 1976, Cummins et Van Derhei ont mis en évidence un coût différentiel plus faible mais toujours significatif lorsque les dépenses totales étaient prises en compte. Bien que le *pooling* des données permette de tester l'affirmation que le coût différentiel diminuait dans le temps, les travaux de Cummins et Van Derhei n'ont pas confirmé cette hypothèse². Ces auteurs abordent la question d'un service différencié en citant les résultats d'Etgar (1976) et de Cummins et Weisbart (1977), qui ne révèlent aucune différence systématique, concernant la qualité de service, entre agents indépendants et agents exclusifs. Néanmoins, les affirmations sur l'existence d'un service différencié persistent, en partie parce que des études antérieures ont rencontré des difficultés à définir et à mesurer la qualité des services³.

La présente étude poursuit les recherches sur les coûts différentiels de marketing jusqu'en 1990, établit un lien entre les données empiriques et la logique de la théorie économique de l'agence, et propose une méthode alternative pour mesurer les variables de marketing. Les résultats empiriques sont généralement en accord avec ceux des études antérieures, mais l'identification plus précise des sociétés d'assurances selon leur stratégie de marketing donne des résultats qui semblent indiquer que les estimations antérieures du coût différentiel entre les systèmes de marketing par voie d'agents indépendants et par voie d'agents exclusifs sont exagérées. L'étude aborde certaines difficultés méthodologiques propres à la présente étude et à d'autres du même type et les solutions possibles à ces difficultés.

Les raisons justifiant ce réexamen de l'efficacité relative des systèmes de distribution de l'assurance des biens et responsabilité civile sont multiples : entre autres, l'évolution des conditions dans lesquelles les études précédentes ont été réalisées, les réserves émises sur la méthodologie et/ou les données des recherches antérieures, et la définition d'un cadre théorique absent des recherches précédentes.

Malgré la preuve de l'existence d'un coût différentiel entre les systèmes d'agents exclusifs et d'agents indépendants, la presse professionnelle continue de vanter les améliorations en matière d'efficacité du système d'agents indépendants (voir Hammes, 1990 ; Nutter et Kading, 1989)⁴. Parmi les raisons méthodologiques qui justifient ce réexamen, il y a donc la possibilité de clarifier les débats en se servant d'une variable de marketing plus raffinée, en effectuant d'autres

tests statistiques relatifs à la variation du coût différentiel dans le temps, et en utilisant diverses autres variables.

I. THÉORIE DE L'AGENCE ET SYSTÈMES DE MARKETING DE L'ASSURANCE

La théorie de l'agence et la littérature associée sur les droits de propriété sont utilisées pour formuler des hypothèses concernant la relation entre coûts et systèmes de marketing de l'assurance. Jensen et Meckling (1976) définissent ce qu'ils appellent une relation d'agence comme étant un contrat selon lequel une ou plusieurs personnes (le mandant) emploient une autre personne (l'agent) pour accomplir un service pour leur compte. Dans cet accord, une certaine autorité ou pouvoir de décision est déléguée à l'agent. Mayers et Smith (1982, p. 6) notent que le problème des agences analysé par Jensen et Meckling est un cas particulier du problème plus général de l'adjudication, et que la question des frais d'agence se pose chaque fois qu'un effort coopératif est requis.

Fama et Jensen (1983, p. 302) développent encore plus la notion de « relation d'agence », la présentant comme une série de processus économiquement, mais pas nécessairement légalement, intégrés. Ils notent que les coûts de base associés à un contrat passé avec un agent comprennent des dépenses liées au suivi ou à la surveillance (*monitoring*)⁵. De telles dépenses sont nécessaires afin d'assurer la conformité avec les termes d'un contrat formel ou implicite.

Des études empiriques qui appliquent la théorie de l'agence à l'assurance examinent habituellement la relation entre les frais d'agence et la forme juridique de la société d'assurances (Grossman et Hart, 1986 ; Mayers et Smith, 1988 ; Boose, 1990). La théorie de l'agence peut aussi s'appliquer aux stratégies de marketing de l'assurance (Etgar, 1976 ; Marvel, 1982 ; Mayers et Smith, 1982, 1990 ; Grossman et Hart, 1986 ; Berger, 1988). Dans le prolongement des travaux d'Etgar (1976), qui a formulé l'hypothèse que les différences entre le système d'agents indépendants et le système d'agents exclusifs sont fonction des différences de coûts liés à l'interaction avec les assureurs et des frais d'exploitation de leurs agents, Mayers et Smith (1982) démontrent qu'un grand nombre de relations, y compris dans le marketing de l'assurance, peuvent être analysées du point de vue de la théorie de l'agence.

Joskow, Cummins, Van Derhei et d'autres ont estimé le coût différentiel entre les systèmes d'agents exclusifs et d'agents indépendants⁶. Bien que de nombreux chercheurs aient évoqué le lien entre la théorie de l'agence et le système de marketing, tandis que d'autres estimaient le coût différentiel entre les systèmes de marketing, aucune étude empirique antérieure n'a explicitement fait le lien entre ces deux approches.

Les assureurs ont délégué une grande partie de la fonction de vente à des agents d'assurance (à l'exception notable de la vente d'assurance aux entreprises, lesquelles sont principalement conduites par des courtiers et des souscripteurs directs). Les agents qui vendent de l'assurance de biens et de responsabilité

civile peuvent être classés selon leur droit à contacter, de façon indépendante, les assurés. Les agents indépendants ont le droit de contacter les assurés et de leur conseiller d'acheter leur assurance auprès d'un assureur quelconque⁷. Le droit de contacter et de conseiller librement les assurés est important, car les consommateurs, dont les connaissances sur les assureurs et les produits d'assurance sont limitées, s'en remettent habituellement aux agents pour couvrir leurs besoins en assurance et sont peu disposés à changer d'assureur et d'agent (Kahneman et Tversky, 1984 ; Berger, 1988 ; Berger, Kleindorfer et Kunreuther, 1989).

1. La relation agent/assureur

À l'origine, l'assurance de biens et de responsabilité civile était vendue directement par l'assureur. Les assureurs faisaient de la publicité dans les villes, où ils espéraient générer une nouvelle demande pour l'assurance. Du fait que l'assurance incendie était la principale garantie souscrite, les assureurs cherchaient une diversification géographique de leurs risques. Les agents d'assurance indépendants pouvaient fournir ce service à un faible coût. Ces agents indépendants permettaient à l'assureur de diversifier son portefeuille de risques et de vendre l'assurance à un coût plus faible que celui qu'il supporterait en servant une nouvelle clientèle proche de son siège social.

Cette nouvelle façon de recruter des assurés exigeait de l'assureur qu'il traitât avec un agent qui n'était pas l'un de ses employés et qui présentait l'avantage de permettre une expansion plus rapide de l'activité. Mais les accords initiaux entre assureurs et agents ne limitaient pas les agents à la vente exclusive pour le compte d'un seul assureur, et, par conséquent, cette tendance a favorisé le développement d'un système d'intermédiaires qui entraînait des frais de suivi ou de surveillance (*monitoring costs*) plus élevés que le système de marketing à travers des employés ou quasi-employés.

Au fur et à mesure de l'expansion du système des agents, ces derniers ont acquis un plus grand pouvoir de négociation à l'égard des assureurs, tandis que les assureurs éprouvaient des difficultés à contrôler leur comportement (voir Brearley, 1916). Les agents prélevaient une commission pour leurs services et considéraient leur clientèle comme leur propriété. Autrement dit, les agents estimaient pouvoir vendre leurs listes de clients à d'autres agents.

Cette position a été officialisée lorsqu'un assureur a essayé de solliciter ses assurés directement, évitant ainsi de payer des commissions de renouvellement de contrats à un agent qui avait acquis une agence à Yonkers, New York. Le tribunal a confirmé les droits de propriété de l'agent sur sa clientèle⁸. Ainsi, les assureurs et les agents se sont trouvés, officiellement, dans des positions de conflit potentiel, malgré la fonction de représentants des assureurs remplie par les agents.

■ *Le besoin des agents de suivre ou de surveiller l'assureur*

Avec la contestation par les assureurs du droit de propriété des agents sur leur liste de clients, les agents ont pris conscience de la nécessité de surveiller et de

contrôler les assureurs, et ils ont mis en place des mécanismes pour servir eux-mêmes la clientèle, dans une optique de fidélisation de la clientèle vis-à-vis d'eux-mêmes plutôt qu'envers un assureur particulier. Les agents indépendants cherchaient à minimiser les contacts entre l'assureur et les assurés en accomplissant un grand nombre de tâches administratives liées à la souscription des contrats et à la collecte des primes. Communiquer directement avec les assurés permet à l'agent de réduire ses frais de suivi et de surveillance de la communication entre les assureurs et les assurés. Mais cela implique également que les coûts relatifs à un système d'agents indépendants soient plus élevés. Par exemple, en limitant les contacts entre les assureurs et les assurés, chaque agent indépendant facture les contrats d'assurance qu'il a émis, puis remet la prime nette à l'assureur. Cette façon de collecter les primes entraîne des dépenses plus élevées du fait de la perte d'économies d'échelle. Ainsi, un coût dû à la non-exploitation d'économies d'échelle peut être considéré comme un coût lié au suivi ou à la surveillance (*monitoring*)⁹ des assureurs par les agents.

■ *Le besoin des assureurs de suivre ou de surveiller les agents*

Les assureurs qui ont recours aux services des agents indépendants encourrent aussi des dépenses liées au suivi ou à la surveillance. Du fait que les assurés ont plutôt tendance à renouveler leur contrat qu'à changer d'assureur, il est plus facile de garder la clientèle que d'en recruter une nouvelle (Berger, 1988). Logiquement, les assureurs devraient payer aux agents une commission moins élevée pour le renouvellement du contrat d'un assuré que pour la souscription d'un nouveau contrat. Une telle démarche, toutefois, inciterait les agents à conseiller à leurs clients de changer d'assureur au lieu de renouveler leur contrat ; ainsi, les agents toucheraient la commission plus élevée associée à la nouvelle vente. Les assureurs pourraient contrecarrer une telle pratique en vérifiant les comptes des agents afin de déterminer quels assurés étaient véritablement de nouveaux clients de l'agent. Une autre possibilité pour les assureurs serait de fixer un taux de commission uniforme, si bien que les agents ne seraient plus tentés de faire changer d'assureur à leurs clients au moment du renouvellement de leur contrat ; les assureurs, eux, réduiraient ainsi leurs frais de suivi ou de surveillance.

D'Arcy et Doherty (1990) mettent en évidence une autre faille dans le système qui consiste à payer aux agents indépendants des commissions plus faibles pour des renouvellements de contrat. Les agents indépendants détenant la propriété de leur liste de clients à l'expiration des contrats, une telle pratique peut les inciter à affecter les bons risques à un assureur particulier et à en capitaliser la valeur au moyen d'une structure de commissions conditionnelles (*contingent commission structure*). Les autres assureurs devront alors offrir des commissions exceptionnelles pour éviter de perdre leurs meilleurs clients. Afin d'éviter que les agents placent les clients présentant un potentiel de sinistres élevé chez les assureurs payant les commissions les moins élevées, tous les assureurs paient des taux de commission comparables.

Les assureurs qui recourent aux services d'agents indépendants sont également contraints de se livrer à une concurrence avec les autres assureurs pour gagner l'attention et la faveur des agents indépendants. Si un assureur fournit à ses agents des équipements pour faciliter leur gestion, alors l'assureur peut miser sur une plus grande loyauté de la part de l'agent. Mais l'assureur peut perdre sa part de marché chez l'agent s'il doit augmenter le prix de ses produits d'assurance afin de couvrir les frais de son investissement en capital chez lui. Même sans accroissement des coûts, d'autres assureurs servis par l'agent pourraient bénéficier d'avantages externes résultant de l'existence des équipements (Cummins et Weiss, 1992). De même, il se peut que les assureurs ne rentrent pas dans leurs frais de publicité, du fait que les agents indépendants peuvent placer chez un assureur des clients qui étaient attirés à l'agence par la publicité d'un autre assureur.

■ *Les agents soumis à un contrat d'exclusivité avec une société d'assurances (agents exclusifs)*

Du fait que l'accord contractuel entre les agents et les assureurs contraint les agents à ne représenter qu'un seul assureur, et du fait que c'est l'assureur qui est propriétaire de la liste de clients, le système d'agents soumis à un contrat d'exclusivité avec une société d'assurances ou agents exclusifs a évolué de manière différente par rapport au système d'agents indépendants. Avec un système d'agents exclusifs, l'assureur et l'agent tirent mutuellement profit de l'activité de celui-ci au fur et à mesure qu'il développe plus efficacement les affaires. Les agents bénéficient du soutien administratif des assureurs, ce qui leur permet de se consacrer davantage aux nouvelles ventes. L'assureur, de son côté, est plus sûr de rentrer dans ses frais de publicité, puisque les clients qui auront été attirés vers l'agence ne pourront pas être « déviés » vers d'autres assureurs, et, de ce fait, il est plus disposé à investir dans des activités de publicité et de promotion. De façon analogue, les dépenses en capital qui favorisent la communication efficace entre l'assureur et l'agent ont pour effet d'accroître la productivité de l'agent et de réduire les frais induits par l'interaction avec l'agence. Les frais de suivi ou de surveillance sont moins élevés pour le système d'agents exclusifs du fait des intérêts communs des assureurs et des agents. Si un des deux manque à ses engagements, tous les deux sont perdants.

2. Pourquoi les agents indépendants continuent d'exercer leur activité

Les recherches qui suggèrent que les agents indépendants sont des fournisseurs d'assurance moins efficaces que les agents exclusifs conduisent naturellement à se demander pourquoi les agents indépendants continuent d'exercer leur activité. L'argument avancé est que les agents indépendants sont plus susceptibles d'offrir des services d'une meilleure qualité, ce qui expliquerait aussi bien le coût différentiel que la persistance du système. Pourtant, les résultats qui démontreraient que les acheteurs d'assurance perçoivent cette différence dans la qua-

lité des services sont peu concluants (voir Etgar, 1976 ; Cummins et Weisbart, 1977 ; Doerpinghaus, 1991). Kahneman et Tversky (1984), Berger (1988), Zeckhauser et Samuelson (1989), et D'Arcy et Doherty (1990) donnent un aperçu de la question mais n'aboutissent à aucune réponse définitive.

Berger (1988) avance l'idée que les nouveaux assurés sont prêts à recommander leur assureur et que ces bonnes recommandations de bouche à oreille compensent les effets d'appréciations médiocres. Berger suggère également que le lent déclin des assurances les plus chères est une fonction des méthodes de diffusion de l'information. Zeckhauser et Samuelson (1989) évoquent l'idée que les assurés sont peu enclins à changer d'assureur ou d'agent, parce qu'ils craignent que les solutions alternatives ne seront pas forcément meilleures et que les frais encourus pour chercher un autre assureur ou agent ne pourront pas être récupérés.

D'Arcy et Doherty (1990, p. 158-159) approfondissent cette notion d'inertie au niveau des comportements d'achat et des décisions de vente, la présentant comme l'un des facteurs explicatifs de la lenteur avec laquelle le système d'agents soumis à un contrat d'exclusivité avec une société d'assurances augmente sa part de marché. Ils reconnaissent toutefois les limites de l'hypothèse de l'inertie : les agents indépendants peuvent concurrencer l'avantage-coûts qu'ont, par rapport à eux, les agents exclusifs, en assurant un meilleur service dans des branches d'assurance particulières. Par exemple, les contrats d'assurance des entreprises étant moins standardisés que ceux de l'assurance des particuliers, il peut être plus avantageux pour l'assuré de recourir aux services d'un agent indépendant qui peut l'aider à trouver la meilleure combinaison de garanties pour un niveau de primes donné. Par conséquent, les agents indépendants peuvent avoir un avantage sur les agents exclusifs dans des marchés où un contact personnel et un engagement envers les clients sont fondamentaux. Cummins et Weiss (1992) soutiennent que les acheteurs seraient même prêts à s'acquitter d'une « rente » en faveur d'agents indépendants dans certaines branches de l'assurance où les conflits entre sociétés d'assurances et assurés sont relativement sévères, car le droit de propriété des agents indépendants concernant les renouvellements de contrats leur permet d'intervenir de façon efficace en faveur du client.

Marvel (1982) et Cummins et Weiss (1992) montrent que si, dans l'ensemble, les agents indépendants sont en train de perdre une part du marché, les expériences diffèrent, toutefois, selon la branche considérée. Par exemple, entre 1970 et 1990, la part de marché des agents indépendants dans l'assurance automobile/responsabilité civile passagers est tombée de 57 à 33 % ; par contre, leur part de marché dans l'assurance des accidents du travail (*workers' compensation insurance*) est passée de 73 à 79 %. Globalement, la part de marché des agents indépendants a diminué de 69 à 57 %¹⁰. Cummins et Weiss (1992) montrent également que les différentiels du ratio frais généraux/primes sont beaucoup plus restreints dans les branches d'assurance où les agents indépendants conservent des parts élevées de marché.

II. EXAMEN ET CRITIQUE DES ÉTUDES EMPIRIQUES EXISTANTES

La suite de cet article traite du problème de la mesure du coût différentiel anticipé entre agents indépendants et exclusifs. La théorie de l'agence fournit un cadre de référence pour mieux comprendre le développement des particularités institutionnelles qui donnent un avantage de coût aux agents exclusifs. Joskow, Cummins et Van Derhei et d'autres ont avancé l'idée que les agents indépendants sont moins efficaces que les agents exclusifs. Mais les innovations dans la façon de mesurer les variables utilisées pour différencier les méthodes de marketing semblent indiquer que les statistiques fournies à l'appui de cet hypothétique coût différentiel ont peut-être été surestimées. En outre, avec le temps, les particularités institutionnelles qui donnaient un avantage de coût aux agents exclusifs ont pu être copiées grâce à la collaboration des agents indépendants et des assureurs.

1. Variables dépendantes

La présente étude utilise une régression économétrique pour mesurer l'impact d'un certain nombre de variables indépendantes sur une variable dépendante qui mesure les coûts de l'assureur. La variable dépendante retenue par Joskow est le ratio frais généraux/primes nettes encaissées.

Cummins et Van Derhei étudient quatre variables dépendantes distinctes : le ratio frais généraux/primes nettes ; le ratio frais généraux + frais de sinistres/primes nettes ; le montant en dollars des frais généraux ; et le montant en dollars des frais généraux + frais de sinistres. Le premier ratio est étudié pour être en conformité avec les spécifications de Joskow. Le deuxième ratio est étudié afin de tester l'affirmation que les résultats de Joskow étaient faussés par une mesure limitée des coûts. La troisième et la quatrième variable sont les numérateurs de la première et de la deuxième variable. Utiliser des niveaux de dépenses plutôt que des ratios est peut-être plus pertinent compte tenu des problèmes éventuels qui peuvent surgir dans l'interprétation des ratios frais généraux/primes¹¹. Par exemple, avec l'inflation, le numérateur et le dénominateur augmentent, sans variation de leur ratio.

Joskow et Cummins et Van Derhei étudient la relation entre le coût induit pour générer un dollar de prime et le système de distribution utilisé pour obtenir cette prime. Les modèles spécifiés dans ces études permettent de tenir compte des différences de taille et de la forme juridique des sociétés, de la spécialisation et du degré de dépendance de la réassurance. Il reste cependant des incertitudes concernant la relation entre la variable dépendante, d'un côté, et le niveau et la combinaison des diverses transactions de réassurance, de l'autre, et concernant aussi l'effet de l'inflation sur la relation entre les variables indépendantes exprimées en niveau et une variable dépendante sous forme de ratio.

2. Variables indépendantes

Joskow a avancé l'idée que les dépenses exprimées en pourcentage des primes encaissées dépendent de quatre variables : la méthode de marketing employée pour développer les affaires, l'output (ou volume) mesuré par les primes directes encaissées, le degré de dépendance de la réassurance, et la forme juridique de la société. Cummins et Van Derhei ont commencé leur analyse avec le même ensemble de base de variables, mais ils ont changé la spécification du modèle et utilisé un pooling de séries temporelles (*pooled time series*) sur les assureurs. Une discussion des variables et des résultats de ces études est développée ci-dessous.

■ *La variable de marketing*

Afin de déterminer si une différence de coût pouvait être imputée à des méthodes alternatives de marketing, Joskow et Cummins et Van Derhei ont utilisé une variable muette (*dummy variable*) fixée à 1 pour des assureurs classés parmi les sociétés s'appuyant sur des agents exclusifs et à 0 dans les autres cas. Les deux études ont mis en évidence une relation négative significative entre cette variable et les dépenses des assureurs. Ces résultats ont été interprétés comme une confirmation de l'hypothèse que les sociétés qui s'appuient sur des agents exclusifs peuvent fournir de l'assurance à un coût inférieur à celui des sociétés travaillant avec des agents indépendants.

D'aucuns critiquent l'utilisation d'une seule variable muette pour différencier les systèmes de distribution et soutiennent que certains systèmes – vente par correspondance et vente par agents salariés, par exemple – pourraient avoir des coûts plus faibles que ceux des agents soumis à un contrat d'exclusivité (Flanigan *et al.*, 1979). Le fait d'amalgamer dans une seule cohorte les sociétés ayant recours aux trois systèmes de distribution peut conduire à surestimer le véritable coût différentiel entre les agents exclusifs et les agents indépendants. Ce problème lié au classement peut également fausser la mesure d'une variation dans le temps.

Comme alternative à l'utilisation d'une seule variable dichotomique, on utilise ici une variable continue de marketing : il s'agit du pourcentage de primes directes encaissées par les sociétés d'un groupe s'appuyant sur un système d'agents indépendants. Pour les groupes dont toutes les sociétés s'appuient sur un système d'agents exclusifs, ou sur le marketing par correspondance, ou sur les ventes par des agents salariés, la valeur de la variable est égale à 0. Afin de différencier ces sous-groupes, une variable dichotomique supplémentaire est introduite dans le modèle pour mesurer l'avantage de coût des distributeurs par correspondance et des agents salariés. Pour les groupes où toutes les sociétés recourent au même système d'agents indépendants, ou encore pour les courtiers, la valeur de la variable de marketing est égale à 1. La valeur de la variable de marketing varie dans le temps pour les groupes qui recourent à plus d'une seule stratégie de marketing.

■ *La variable d'output*

Pour mesurer les effets d'économies d'échelle sur les coûts différentiels entre les systèmes d'agents indépendants et d'agents exclusifs, les modèles spécifiés par Joskow et par Cummins et Van Derhei introduisaient les primes directes encaissées comme approximation de l'output. Cummins et Van Derhei ont aussi testé des équations en utilisant les dépenses (sinistres et coûts d'exploitation) comme mesure de l'output. Si de telles économies d'échelle étaient présentes, alors le ratio frais généraux/primes devrait être inversement lié à la variable d'output. Joskow n'a pas trouvé de résultats confirmant l'existence de telles économies d'échelle, contrairement à Cummins et Van Derhei¹².

Malheureusement, le niveau de primes directes mêle les effets prix et les effets volume. Si l'output est en déclin, des hausses de prix peuvent compenser la baisse de l'output, ou alors la société peut réorienter ses activités d'une branche « à volume élevé et à prix faibles » vers une branche « à volume faible et à prix élevés ». Une autre façon de mesurer l'output est par le biais du nombre de contrats souscrits, mais ce type d'information n'est pas disponible au public (voir Houston et Simon, 1970 ; Allen, 1986). Les sinistres, au lieu des primes, peuvent aussi être utilisés comme approximation de l'output (Cummins et Van Derhei, 1979 ; Doherty, 1981)¹³. Cependant, Johnson *et al.* (1981) soulignent au moins deux défauts d'une telle mesure : abstraction est faite du coût d'autres services, et les données peuvent faire l'objet de manipulations administratives.

■ *Réassurance*

Pour évaluer l'impact de la réassurance sur le rapport des dépenses aux primes, Joskow a inclut le rapport des primes nettes aux primes directes dans l'ensemble des variables indépendantes. Bien que Joskow n'ait pas trouvé que la relation était statistiquement significative, Cummins et Van Derhei ont mis en évidence une relation positive significative. Alors qu'on s'attend à une relation positive entre les dépenses des sociétés d'assurances et les risques retenus, le rapport des primes nettes aux primes directes ne reflète pas la totalité des activités de réassurance. Un taux de rétention égal à l'unité peut désigner une société n'ayant aucune transaction de réassurance, ou bien une société présentant des montants substantiels mais égaux de réassurance cédée et acceptée¹⁴. Néanmoins, il semble raisonnable de supposer que plus le rapport des primes nettes aux primes directes s'éloigne de l'unité, plus le coût anticipé pour l'assureur est élevé.

■ *Forme juridique*

Ayant observé que les sociétés par actions étaient critiquées parce qu'elles encouraient des frais généraux plus élevés que les mutuelles, Joskow (1973) a introduit un ensemble de variables muettes pour mesurer l'impact de la forme juridique de la société sur le ratio frais généraux/primes. Il a trouvé une relation négative et significative entre la forme juridique de la société et le ratio frais généraux/

primes. Cependant, du fait que l'échantillon incluait, sans les distinguer, des sociétés d'assurances automobiles et des sociétés d'assurances incendie, il est possible que les variables de Joskow aient mis en évidence une différence de coûts imputable à la branche d'activité spécialisée plutôt qu'à la forme juridique de la société¹⁵. Cummins et Van Derhei tentent de surmonter cette difficulté indirectement en utilisant, outre une variable muette relative à la différence entre société par actions et mutuelle (*stock-mutual dummy variable*), des variables de spécialisation.

Concernant cette variable muette relative à la différence entre société par actions et mutuelle, les résultats de Cummins et Van Derhei (1979) sont plus faciles à interpréter que ceux de Joskow. Cummins et Van Derhei ont trouvé que les sociétés par actions ont des ratios frais généraux/primes plus élevés que les mutuelles. Ils nuancent cependant ce résultat, en notant que les sociétés d'assurances mutuelles font payer habituellement des prix plus élevés dans la perspective de verser des dividendes aux assurés. Par conséquent, les ratios frais généraux/primes pour les sociétés d'assurances mutuelles sont peut-être sous-estimés.

■ *Spécialisation par branche d'activité*

Le modèle de Cummins et Van Derhei introduisait des variables de spécialisation (définies comme le pourcentage de primes directes encaissées dans une branche d'activité donnée), afin d'identifier les coûts différentiels en fonction de l'importance accordée à telle ou telle branche particulière d'assurance. Ils ont examiné les cas de l'assurance automobile et de l'assurance des accidents du travail (*workers' compensation insurance*), mais ont trouvé que seule la variable liée à cette dernière était significative.

3. D'autres questions empiriques

■ *Niveau de l'analyse*

Suivre le cas d'un assureur dans le temps se heurte à des difficultés au niveau de la collecte des données. A moins que la composition d'un groupe reste exactement la même durant toute la période de temps étudiée, ou que le nombre de sociétés augmente dans le temps seulement par la création – interne au groupe – de filiales, il semble qu'il n'y ait aucune façon satisfaisante de suivre un groupe dans le temps. Lorsque la composition du groupe change au cours de la période étudiée (un élargissement suite à des activités de fusion et d'acquisition, par exemple), trois options se présentent : suivre le groupe selon sa composition au début de la période, selon sa composition à la fin de la période, ou selon sa composition chaque année. On a choisi ici la troisième option¹⁶.

■ *Le différentiel de marketing dans le temps*

Comme noté précédemment, l'utilisation d'une seule variable dichotomique pour représenter le système de distribution ne permet pas de distinguer les diffé-

rences de coût entre les systèmes de vente par correspondance, par des agents salariés et par des agents exclusifs. Si des sociétés ayant recours au système de vente directe par correspondance et au système des agents salariés affichent des frais plus faibles que les sociétés recourant à des agents exclusifs, alors le fait de regrouper les premières avec les secondes peut entraîner une surestimation du coût différentiel entre le système d'agents exclusifs et le système d'agents indépendants, et peut conduire à des estimations erronées des variations des coûts différentiels dans le temps. Cette dernière source possible d'erreur est l'une des raisons justifiant le réexamen du résultat de Cummins et Van Derhei, à savoir une tendance — statistiquement non significative — à la baisse du coût différentiel relatif dans le temps¹⁷.

III. LES DONNÉES EMPIRIQUES

Cette section teste trois hypothèses de base : (1) le système d'agents indépendants est moins efficace que d'autres systèmes de distribution d'assurance ; (2) cette inefficacité relative va en diminuant dans le temps ; et (3) l'industrie bénéficie toujours d'économies d'échelle. Un certain nombre de variations des deux modèles de base suivants sont estimées :

$$Y_{kjt} = f(Q_{jt} (NPW/DPW)_{jt} STK_{jt} WC \%_{jt} AUTO \%_{jt} IA_{jt} MAIL_{jt}) \quad (1)$$

$$Y_{kjt} = f(Q_{jt} (NPW/DPW)_{jt} STK_{jt} WC \%_{jt} AUTO \%_{jt} HOME \%_{jt} IA78_{jt} IA90_{jt} MAIL_{jt}) \quad (2)$$

— où j = société 1, 2, 3, ... 46 ; t = année 78, 79, 90 ;

Y_{kjt} est la k 'ième variable de dépenses du groupe j à l'année t ; k dénote les diverses variables dépendantes : $k = 1$ est le ratio dépenses/primes nettes multiplié par 100 ; $k = 2$ est le ratio dépenses/primes directes multiplié par 100 ; $k = 3$ est le logarithme du niveau des dépenses ; et $k = 4$ est le logarithme du ratio niveau des dépenses/indice de prix implicite du PNB (PI) ;

— Q_{jt} est la variable d'output ; montant total des primes directes encaissées (DPW) ou montant total des sinistres par groupe j à l'année t (lorsque $k = 3$ ou $k = 4$, Q est exprimé en logarithme) ; la variable est déflatée par l'indice de prix implicite du PNB lorsque la variable dépendante est déflatée ;

— $(NPW/DPW)_{jt}$ prend la valeur 1 moins le ratio primes nettes encaissées (NPW)/total des primes directes encaissées (DPW) ;

— STK_{jt} est une variable muette fixée à 1 pour les sociétés par actions, à 0 autrement ;

— $WC \%_{jt}$ est égal au DPW correspondant à des accidents du travail exprimé en pourcentage du total des DPW pour la société j à l'année t ;

— $AUTO \%_{jt}$ est égal au DPW correspondant à l'assurance automobile exprimé en pourcentage du total des DPW pour la société j à l'année t ;

— $HOME \%_{jt}$ est égal au DPW correspondant à de l'assurance habitation exprimé en pourcentage du total des DPW pour la société j à l'année t ;

— $MAIL_{jt}$ est une variable muette fixée à 1 pour les sociétés recourant à des systè-

mes de distribution de vente par correspondance ou à une distribution par des agents salariés, fixée à 0 autrement ;

– IA_{jt} est le pourcentage des primes encaissées par les membres du groupe recourant à des agents indépendants ;

– IAx_{jt} est le pourcentage des primes directes de chaque groupe encaissées par les sociétés du groupe recourant à des agents indépendants à l'année x , $x = 79, 90$, et 0 autrement¹⁸.

Afin de tester les hypothèses, des données de panel (*pooled data*) ont été collectées pour un échantillon de 46 groupes en activité entre les années 1978 et 1990 (annexe 1). Cet échantillon est plus important que ceux qui ont été utilisés dans des travaux antérieurs. Il représente plus de 68 % des primes directes encaissées aux États-Unis durant cette période. Parmi les 46 groupes inclus dans l'étude, 27 d'entre eux avaient recours uniquement au système d'agents indépendants, 9 s'appuyaient à la fois sur les systèmes d'agents exclusifs et d'agents indépendants ; 6 d'entre eux recouraient au système d'agents exclusifs, et 4 au système de vente par correspondance. Plus de 26 % des primes directes de l'échantillon ont été encaissées par les 9 groupes et leurs filiales qui combinaient les différentes méthodes de marketing.

Les données proviennent de diverses publications A. M. Best Company. Des statistiques descriptives concernant des variables choisies sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1

Statistiques descriptives concernant des variables choisies, 1978 à 1990						
	Minimum	Médiane	Moyenne	Maximum	Écart type	Coefficient de variation
EXPENSE/NPW	13,8	37,7	37,2	104,6*	8,1	21,7
EXPENSE/DPW	7,6	35,8	35,8	146,2*	10,3	28,8
EXPENSE	2	466,8	745,3	7 885,7	927,3	124,4
DPW	11,3	1 310	2 199	24 702,3	2 924,5	133
LOSSES	8,1	887,5	1 525,8	20 000	2 143	140,5
NPW/DPW	- 189,7	3	3,2	81	21,1	668,2
AUTO %	5,8	39,2	44,1	100	21,3	48,3
HOME %	0	8,6	10,3	42,3	7,1	69
WC %	0	11,6	12,8	53,3	11,2	87,4

Note : EXPENSE = frais généraux + frais de sinistres ; NPW = primes nettes encaissées ; DPW = primes directes encaissées ; LOSSES = pertes subies ; NPW/DPW = la valeur 1 moins le ratio primes nettes/primes directes ; STK = 1 pour des sociétés par actions, = 0 autrement ; WC% = DPW dans le cadre de l'assurance des accidents du travail/total des DPW ; AUTO % = DPW dans le cadre de l'assurance automobile/total des DPW ; HOME % = DPW dans le cadre de l'assurance habitation/total des DPW. *Les valeurs maximales de EXPENSE/NPW et EXPENSE/DPW étaient imputables à la Prudential Company à l'année du démarrage de son activité. Si l'on exclut cette année-là, le maximum tombe à 81,98 pour EXPENSE/NPW et à 82,87 pour EXPENSE/DPW.

Du fait qu'un nombre important des variables indépendantes intègrent les primes, les variables dans les équations spécifiées peuvent être collinéaires¹⁹. L'annexe 2 présente la matrice de corrélation des principales variables (les corrélations statistiquement non significatives ne sont pas reportées). C'est entre les variables de spécialisation que l'on trouve les corrélations les plus fortes (valeurs

absolues entre 0,5 et 0,6), ce qui témoigne effectivement de la présence d'un certain degré de multicollinéarité.

1. Forme juridique

Cette étude applique la même méthode que par le passé pour identifier les sociétés par actions et les mutuelles : si une société quelconque d'un groupe était une mutuelle à une année donnée, le groupe entier était considéré comme mutuelle pour cette année-là. Parmi les 46 groupes, 31 étaient classés dans les sociétés par actions et 15 dans les mutuelles. Le tableau 2 présente des statistiques sommaires sur des variables clefs pour les catégories de sociétés par actions et de mutuelles.

Tableau 2

Effet de la forme juridique sur quelques ratios caractéristiques									
	DPW		NPW			EXPENSE			
	Total	Moyenne	Total	Moyenne	NPW/ DPW	Total	Moyenne	EXPENSE/ DPW	EXPENSE/ NPW
Société par actions	962,9	2,39	878,2	2,18	0,9120	392	12,6	0,3374	0,3621
Mutuelle	352	1,81	345,2	1,77	0,9807	95,2	6	0,3071	0,3071

Expense = frais généraux + frais de sinistres ; NPW = primes nettes encaissées ; DPW = primes directes encaissées.

2. Spécialisation par branche d'activité

Trois variables de spécialisation ont été examinées : automobile, habitation et accidents du travail. Dans l'ensemble, ces branches représentaient 67,5 % des primes directes encaissées par les sociétés de l'échantillon. L'assurance automobile (responsabilité civile et dommages) représentait 44,5 %, l'assurance habitation, 10,4 %, et l'assurance des accidents de travail, 12,6 %.

3. Système de marketing et réassurance

Les sociétés ayant recours au système d'agents indépendants sont de loin plus dépendantes de la réassurance que les sociétés recourant à tout autre système de marketing. Les effets de cette différence sont mis en évidence dans le tableau 3 par la comparaison des dépenses agrégées et des primes agrégées, nettes et directes.

Comme on pouvait s'y attendre, le rapport moyen (frais généraux agrégés-primes) est plus élevé lorsque les primes nettes, au lieu des primes directes, sont au

Tableau 3

Ratio dépenses/primes par système de marketing					
	Indépendant	Mixte	Exclusif	Correspondance	Moyenne
Dépenses rapportées à :					
– primes nettes	39,3 %	37,5 %	29,5 %	26,3 %	36,4 %
– primes directes	35,7 %	34,8 %	29,2 %	25,6 %	33,9 %

dénominateur. La dépense différentielle entre les sociétés s'appuyant sur les agents indépendants et les sociétés recourant à d'autres systèmes de marketing est en effet plus réduite lorsque les primes directes sont au dénominateur. Néanmoins, puisque c'est le numérateur qui reflète l'effet net de la réassurance, il n'est pas sûr que cette question de la nature des primes à mettre au dénominateur soit significative.

IV. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Un modèle adapté aux données de type panel mélangeant séries temporelles et coupes transversales est appliqué à un ensemble de 598 observations, 13 années multipliées par 46 assureurs. Un certain nombre de spécifications ont été testées, y compris des réestimations de Joskow (en utilisant les moindres carrés ordinaires, ou MCO, et le rapport des dépenses aux primes nettes comme variable dépendante). Les réestimations des MCO donnent des résultats similaires et confirment que les résidus de la régression sont corrélés positivement. Toutes les autres spécifications sont estimées en utilisant l'approche du modèle à décomposition d'erreur (*error components approach*)²⁰. Les réestimations des modèles de Cummins et Van Derhei donnent également des résultats qui sont compatibles avec les résultats originaux. Une modification de la méthodologie de Cummins et Van Derhei est utilisée pour tester l'impact sur les estimations de coûts de l'utilisation de variables alternatives et de l'utilisation de méthodes différentes pour mesurer les variables. Aussi bien les primes directes que les pertes sont testées en tant que variables d'approximation de l'output. Les dépenses, les primes et les sinistres sont mesurés en termes réels²¹. Il n'est pas surprenant de voir que les modèles qui utilisent comme variable dépendante le niveau de dépenses donnent un coefficient de détermination (*R-squared statistics*) plus élevé que ceux dans lesquels la variable dépendante est sous forme de rapport.

Le tableau 4 donne les résultats pour quelques modèles représentatifs, estimés sans tenir compte de variations temporelles dans certains coefficients. Les résultats relatifs aux économies d'échelle dépendent du choix de la mesure de l'output. Lorsque DPW est pris pour variable d'output, les coefficients estimés sont négatifs, mais ne sont pas significativement différents de 1,0. Quand les sinistres sont utilisés comme approximation de l'output, le coefficient est négatif et significativement inférieur à 1,0²². La réestimation de Cummins-Van Derhei, en utilisant les primes comme approximation de l'output, suggère une absence d'économies d'échelle.

Dans les modèles propres à la présente étude, le coefficient de la variable MAIL est négatif et significatif, et les coefficients de la variable d'agent indépendant sont positifs et significatifs. Cela laisse supposer que les dépenses des sociétés recourant à des agents exclusifs se situent entre celles des sociétés pratiquant la vente par correspondance et celles ayant recours à des agents indépendants. Ainsi, l'utilisation de nos variables de marketing fournit plus d'informations sur les coûts différentiels que la variable dichotomique utilisée par Cummins et Van Derhei.

Tableau 4

Comparaison des résultats et des réestimations						
	Cummins et Van Derhei		Estimations alternatives			
	Log(EXPENSE)		Log(EXPENSE/PI)		Log(EXPENSE/PI)	
	Coefficient	t de Student	Coefficient	t de Student	Coefficient	t de Student
Constante	-1,0841	-11,52	-1,2494	-10,53	-0,2658	-1,88
DPW	0,9833	71,35	0,9828	72,29	—	—
LOSSES	—	—	—	—	0,9015	54,91
NPW/DPW	-0,0068	-18,25	-0,0062	-15,95	-0,0024	4,67
STK	-0,0065	-0,18	0,0526	1,06	0,1697	2,78
WC %	-0,0035	-2,82	-0,0006	-0,43	-0,0011	-0,59
AUTO %	—	—	0,0019	2,19	-0,0011	-0,96
HOME %	—	—	0,0071	2,89	0,0068	2,15
JCV	0,2941	6	—	—	—	—
MAIL	—	—	-0,2457	-2,92	-0,2067	-1,98
IA	—	—	0,2310	4,22	0,1709	2,50
Coefficient de variation	98 %		96 %		88 %	

Note : EXPENSE = frais généraux + frais de sinistres ; PI = indice de prix implicite du PNB ; DPW = logarithme de primes directes encaissées sauf pour les réestimations ; LOSSES = logarithme des pertes subies ; NPW/DPW = la valeur 1 moins le ratio primes nettes/primes directes ; STK = 1 pour des sociétés par actions, = 0 autrement ; WC % = DPW assurance des accidents du travail/total des DPW ; AUTO % = DPW assurance automobile/total des DPW ; HOME % = DPW assurance multirisques habitation/total des DPW ; JCV = 1 pour les sociétés recourant à des agents indépendants, = 0 autrement ; MAIL = 1 pour les grands distributeurs, = 0 autrement ; IA = DPW des agents indépendants/total des DPW.

A l'exception des modèles qui utilisent les sinistres comme approximation de l'output, la variable relative à la différence entre société par actions et mutuelle (*stock-mutual variable*) n'est pas significative, indépendamment du modèle estimé. Alors que ce résultat contredit l'étude antérieure de Cummins et Van Derhei, une réestimation de modèle de ces auteurs avec l'ensemble des données actuelles aboutit elle aussi à la conclusion que le résultat est non significatif. Ce résultat ne s'accorde pas non plus avec Joskow, mais, comme nous l'avons mentionné précédemment, il est difficile de déterminer quelle proportion de l'estimation de Joskow était imputable à la distinction société par actions-mutuelle et quelle proportion était imputable à des différences de branches d'activité (incendie et automobile). Lorsque les sinistres sont utilisés pour mesurer l'output, les modèles semblent indiquer que les sociétés par actions, qui sont suivies et surveillées (*monitored*) de plus près, encourrent des frais plus élevés que les mutuelles. Ce résultat est contraire aux implications de la théorie de l'agence mais non aux résultats de Boose (1990)²³. Le fait que les résultats liés à la variable de société par actions (*stock variable results*) soient sensibles à la spécification du modèle appelle à la prudence.

La variable de rétention agrégée est significative aussi bien dans les modèles réestimés que dans les modèles alternatifs, mais les signes sont inversés. Les résultats des modèles à variables réelles reflètent un problème de données : au fur et à mesure qu'un assureur augmente ses rétentions, les dépenses qui y sont associées augmentent en même temps pour ce même assureur. Ainsi, il se peut que le coefficient de cette variable mesure en fait la relation contractuelle entre l'assu-

reur et le réassureur en même temps que la relation entre les niveaux de dépenses agrégées et le recours à la réassurance. Enfin, les modèles montrent que le degré de signification statistique des variables de spécialisation est fonction de la variable dépendante, ce qui est une indication possible de problèmes de collinéarité.

Lorsque le temps est introduit de façon plus explicite dans l'estimation, des éclaircissements utiles sont obtenus. Le tableau 5 résume les résultats des

Tableau 5

Comparaison des résultats et des ré-estimations en tenant compte de l'effet temps						
	Cummins et Van Derhei		Estimations alternatives			
	Log(EXPENSE)		Log(EXPENSE/PI)		Log(EXPENSE/PI)	
	Coefficient	t de Student	Coefficient	t de Student	Coefficient	t de Student
Constante	-1,0638	-11,11	-1,2409	-10,41	-9,3267	-2,30
DPW	0,9803	70,23	0,9836	72,51	—	—
LOSSES	—	—	—	—	0,9126	55,62
NPW/DPW	-0,0068	-18,22	-0,0063	-15,91	-0,0027	5,16
STK	-0,0038	-0,07	0,0487	0,99	0,1510	2,50
WC %	-0,0037	-2,94	-0,0009	-0,59	-0,0024	-1,22
AUTO %	—	—	0,0018	1,97	-0,0007	-0,66
HOME %	—	—	0,0067	2,71	0,0059	1,87
JCV78	0,2724	4,47	—	—	—	—
JCV79	0,2840	4,64	—	—	—	—
JCV80	0,2900	4,74	—	—	—	—
JCV81	0,2626	4,29	—	—	—	—
JCV82	0,3398	5,56	—	—	—	—
JCV83	0,3766	6,15	—	—	—	—
JCV84	0,3306	5,41	—	—	—	—
JCV85	0,3088	5,06	—	—	—	—
JCV86	0,2428	3,98	—	—	—	—
JCV87	0,2831	4,64	—	—	—	—
JCV88	0,3059	5,01	—	—	—	—
JCV89	0,2776	4,54	—	—	—	—
JCV90	0,2680	4,39	—	—	—	—
MAIL	—	—	-0,2389	-2,87	-0,2044	-1,98
IA78	—	—	0,1980	3,07	0,187	2,28
IA79	—	—	0,2068	3,20	0,1933	2,36
IA80	—	—	0,2124	3,30	0,1994	2,44
IA81	—	—	0,1859	2,87	0,1965	2,40
IA82	—	—	0,2624	4,04	0,2353	2,86
IA83	—	—	0,3034	4,66	0,2603	3,15
IA84	—	—	0,2534	3,91	0,0825	1
IA85	—	—	0,2506	3,85	0,0660	0,80
IA86	—	—	0,1913	2,92	0,0777	0,93
IA87	—	—	0,2377	3,61	0,1338	1,60
IA88	—	—	0,2624	3,95	0,2201	2,61
IA89	—	—	0,2416	3,63	0,2768	3,28
IA90	—	—	0,2270	3,39	0,2561	3,01
Coefficient de variation	98 %		96 %		89 %	

Note : t de Student = coefficient estimé/écart type ; EXPENSE = frais généraux + frais de sinistres ; PI = indice de prix implicite du PNB ; DPW = logarithme de primes directes encaissées sauf pour les ré-estimations ; LOSSES = logarithme des pertes subies ; NPW/DPW = la valeur 1 moins le ratio *primes nettes/primes directes* ; STK = 1 pour des sociétés par actions, = 0 autrement ; WC % = DPW assurance des accidents du travail/total des DPW ; AUTO % = DPW assurance automobile/total des DPW ; HOME % = DPW assurance multirisques habitation/total des DPW ; JCV78-JCV90 = 1 pour les sociétés recourant à des agents indépendants par année de 1978 à 1990, = 0 autrement ; MAIL = 1 pour les grands distributeurs, = 0 autrement ; IA78-IA90 = DPW des sociétés recourant aux agents indépendants/total des DPW par année de 1978 à 1990.

modèles qui tentent de mesurer, sur une base annuelle, le coût moyen différentiel entre les systèmes de distribution par voie d'agents indépendants et d'agents exclusifs.

Les résultats pour chaque variable et pour chaque modèle sont presque identiques, en termes de signe et de signification statistique, aux modèles qui ne prenaient pas en compte l'aspect temps. Toutefois, le passage de la variable dichotomique pour le JCV à celle combinant MAIL et une variable continue IA donne des résultats plus révélateurs lorsque le temps est pris en compte. Dans les deux modèles, les variables de JCV sont positives et significatives pour chaque année. Dans presque chaque modèle qui utilise la spécification alternative relative au marketing, le coût différentiel est non significatif pour certaines années au moins. Dans les modèles qui utilisent des valeurs réelles et les sinistres comme mesure de l'output, le coût différentiel s'avère non significatif pour cinq des treize années analysées. Il est à noter toutefois que trois de ces années tombaient dans la période de crise de l'assurance de 1984 à 1986, et donc une certaine prudence est de mise dans l'interprétation de ces résultats. L'ensemble actuel des données ainsi que les estimations actuelles confirment que le coût différentiel en matière de marketing ne diminue pas de façon continue dans le temps. En effet, les coefficients estimés ont augmenté sur une partie de la période. Néanmoins, l'existence de cinq différences non significatives pour les années récentes pourrait être l'indication d'une certaine amélioration du système d'agents indépendants par rapport au système d'agents exclusifs.

CONCLUSION

Cet article propose un lien entre la théorie de l'agence et la détermination des frais généraux associés à des systèmes alternatifs de distribution de l'assurance. Il poursuit le débat sur les variables pertinentes à utiliser dans les recherches appliquées à l'assurance. Si un certain nombre de relations mises en évidence dans des travaux antérieurs se trouvent confirmées dans cette étude, pour d'autres, en revanche, les résultats restent encore peu concluants.

Presque chaque variable utilisée dans la recherche appliquée présente quelque imperfection qui limite sa portée, mais la plupart des estimations empiriques sont affectées par un changement de spécifications seulement dans des cas où la signification statistique des coefficients estimés est marginale. On indique dans ce qui suit quelques questions relatives aux méthodes de mesure, la réponse apportée dans cette étude et des propositions d'amélioration.

Lorsque le ratio dépenses/primes nettes est utilisé comme la variable dépendante, l'effet des transactions de réassurance sur la relation entre la méthode de marketing et les dépenses est pour le moins aléatoire. Par conséquent, la présente étude insiste sur l'utilisation du niveau des dépenses comme variable à expliquer. L'inflation fausse aussi la relation entre les variables lorsque la variable dépendante est spécifiée en rapport. Cette imprécision s'étend aux variables explicati-

ves qui doivent être en niveaux lorsque le niveau des primes ou des sinistres est utilisé comme approximation de l'output. La solution est d'ajuster les variables de primes, de sinistres et de dépenses par l'indice de prix implicite du PNB.

L'utilisation d'une variable dichotomique de marketing groupe les assureurs en des catégories imprécises, ce qui contribue à surestimer le différentiel entre les groupes ayant recours au système d'agents indépendants et ceux qui s'appuient sur des agents exclusifs. Cette étude reconnaît explicitement les ventes directes par correspondance et utilise une variable continue de marketing relative aux agents indépendants.

L'introduction d'un ratio de rétention agrégée comme variable indépendante masque l'impact d'un usage différencié de la réassurance par branche d'activité. Il masque également le niveau des activités de réassurance, parce que des niveaux élevés d'activité de réassurance cédée et acceptée peuvent conduire à un taux de rétention égal à 1. Néanmoins, le ratio de rétention agrégée est utilisé dans cet article. Des améliorations futures peuvent être apportées en utilisant des mesures alternatives pouvant mettre en évidence le degré de dépendance de la société par rapport à la réassurance, par exemple, le ratio réassurance cédée / réassurance cédée + réassurance acceptée, ainsi que le niveau de réassurance cédée.

L'ensemble des variables de spécialisation est fortement corrélé, ce qui impose une certaine réserve par rapport aux coefficients estimés pour ces variables. Des recherches futures pourraient introduire une distinction selon d'autres critères, à savoir l'assurance des particuliers et l'assurance des entreprises, qui pourrait s'avérer plus révélatrice et pourrait réduire le degré de colinéarité.

Les résultats montrent la persistance d'un différentiel de coûts de marketing entre les assureurs à agents indépendants et les assureurs à agents exclusifs. Mais les résultats semblent également suggérer que le coût différentiel est moins important que les estimations faites dans le passé et qu'il n'est pas forcément significatif à toutes les périodes ■

Bibliographie

- ALLEN, R. F., « Cross Sectional Estimates of Cost Economies in Stock Property-liability Companies », *Review of Economics and Statistics*, 56, 1986, p. 100-103.
- A. M. Best Company, *Best's Key Ratings Guide* (Oldwick, N.J. : A. M. Best), annually.
- A. M. Best Company, *Best's Aggregates and Averages* (Oldwick, N.J. : A. M. Best), annually.
- A. M. Best Company, *Best's Insurance Reports : Property-Casualty* (Oldwick, N.J. : A. M. Best), annually.
- BERG, Eric, « Big Insurers Planning Agent Computer Link », *New York Times*, June 28, D4, 1990.
- BERGER, Lawrence A., « Word of Mouth Reputations in Auto Insurance Markets », *Journal of Behavior and Organization*, 10, 1988, p. 225-234.
- BERGER, Lawrence A., KLEINDORFER Paul R., et KUNREUTHER Howard, « A Dynamic Model of the Transmission of Price Information in Auto Insurance Markets », *Journal of Risk and Insurance*, 56, 1989, p. 17-33.

- BOOSE, Mary Ann, « Agency Theory and Alternative Predictions for Life Insurers : An Empirical Test », *Journal of Risk and Insurance*, 57, 1990, p. 499-518.
- BREARLEY, Harry Chase, *Fifty Years of a Civilizing Force*, New York, Frederick A. Stockes, 1916.
- CUMMINS, J. D., VAN DERHEI, Jack, « A Note on the Relative Efficiency of Property-Liability Distribution Systems », *Bell Journal of Economics and Management Science*, 10, 1979, p. 709-719.
- CUMMINS, J. D., WEISBART, S. N., *The Impact of Consumer Services on Independent Insurance Agency Performance*, Glenmont, N. Y., Ima Education and Research Foundation, 1977.
- CUMMINS, J. D., WEISS, M. A., « The Structure, Conduct, and Regulation of the Property-Liability Insurance Industry », in A. W. Kopcke and R. E. Randall, eds., *The Financial Condition and Regulation of Insurance Companies*, Boston, Federal Reserve Bank of Boston, 1992.
- D'ARCY, Stephen P., DOHERTY, Neil A., « Adverse Selection Private Information, and Lowballing in Insurance Markets », *Journal of Business*, 63, 1990, p. 145-164.
- DOERPINGHAUS, Helen, « An Analsis of Complaint Data in the Automobile Industry », *Journal of Risk and Insurance*, 58, 1991, p. 120-127.
- DOHERTY, Neil A., « The Measurement of Output and Economies of Scale in Property-Liability Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, 48, 1981, p. 390-402.
- ETGAR, Michael, « Service Performance of Insurance Distributors », *Journal of Risk and Insurance*, 43, 1976, p. 487-499.
- FAMA, Eugène F., JENSEN Michael C., « Separation of Ownership and Control », *Journal of Law and Economics*, 26, 1983, p. 301-325.
- FIELDS, Joseph A., « Expense Preference Behavior in Mutual Life Insurers », *Journal of Financial Services Research*, 1, 1988, p. 113-129.
- FLANIGAN, George B., JOHNSON, Joseph E., THROWER, Ellen P., WEISBART, Steven N., « Marketing Systems Employed in Property and Liability Insurance : An Empirical Analysis », *CPCU Journal*, March, 1979, p. 77-83.
- GRACE, Martin F., TIMME, Stephen, *An Examination of Cost Economies in the US Life Insurance Industry*, Atlanta, Georgia State University, Center for Risk Management and Insurance Research, Working Paper Series n° 90-5, 1991.
- GROSSMAN, Sanford J., HART Oliver D., « The Costs and Benefits of Ownership : Theory of Vertical and Lateral Integration », *Journal of Political Economy*, 94, 1986, p. 691-719.
- HAMMES, Carol A., « Believing in the System », *Best's Review*, January, 1990, p. 39-90.
- HOUSTON, D. B., SIMON, R. M., « Economies of Scale in Financial Institutions : A Study in Life Insurance », *Econometrica*, 38, 1970, p. 856-864.
- JENSEN, Michael C., MECKLING, William H., « Theory of the Firm : Managerial Behavior, Agency Costs, and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, 3, 1976, p. 306-360.
- JOHNSON, J. E., FLANIGAN, G. B., WEISBART, S. N., « Returns to Scale in the Property and Liability Insurance Industry », *Journal of Risk and Insurance*, 48, 1981, p. 18-45.
- JOSKOW, P. L., « Cartels, Competition, and Regulation in the Property-Liability Insurance Industry », *Bell Journal of Economics and Management Science*, 4, 1973, p. 375-427.
- KAHNEMAN, Daniel, TVERSKY, « Amos, Choices, Values, and Frames », *American Psychologist*, April 1984, p. 341-350.
- LEE, Chong G., *Economies of Scale and Economies of Scope for Direct Writers in the Property-Liability Insurance Industry*, unpublished Ph. D. dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1988.
- MARVEL, Howard P., « Exclusive Dealing », *Journal of Law and Economics*, 25, 1982, p. 1-25.
- MAYERS, David, CLIFFORD W. SMITH, Jr., *Toward a Positive Theory of Insurance*, Monograph 82-1, New York University, 1982, New York.
- MAYERS, David, CLIFFORD W. SMITH, Jr., « Ownership Structure Across Lines of Property-Casualty Insurance », *Journal of Law and Economics*, 31, 1988, p. 351-378.
- MAYERS, David, CLIFFORD W. SMITH, Jr., « On the Corporate Demand for Insurance : Evidence from the Reinsurance Market », *Journal of Business*, 63, 1990, p. 200-223.
- NUTTER, Franklin W., KADING, Bradey L., « Riding for a Fall », *Insurance Review*, December 1989, p. 29-31.
- ZECKHAUSER, Richard, SAMUELSON, William, « Status Quo Bias and Insurance Markets », *John Liner Review*, 3, 1989, p. 38-50.

Annexe 1 : Assureurs présents dans l'échantillon

I. Vente par correspondance ou par agents salariés :

Colonial Penn Group(s)
New Jersey Manufacturers Group(m)
Geico Corporation Group(s)
Usaa Group(s)

II. Agents soumis à un contrat d'exclusivité avec une société d'assurances :

American Hardware Insurance Group(m)
Harco National Insurance Company(s)
Members Insurance Group(m)
Country Companies(s)
Liberty Mutual Insurance Companies(m)
State Farm Group(m)

III. Stratégie mixte :

Moins de 50 %	50 % ou plus
Allstate Insurance Group(s)	Continental Insurance Companies(s)
Nationwide Group(m)	Hartford Insurance Group(s)
Federated Mutual Group(m)	Royal Insurance Group(s)
Prudential of America P&C Group(s)	Crum & Forster Insurance Companies(s)
	John Hancock Group(m)

IV. Agents indépendants :

Aetna Life & Casualty Group(s)
American International Group(s)
Central Mutual (Ohio) Group(m)
Cigna Group(s)
CNA Insurance Companies(s)
Firemans Fund Insurance Companies(s)
Harleysville Insurance Companies(m)
Home Insurance Group(s)
Lincoln National Group(s)
Metropolitan Group(s)
Reliance Insurance Companies(s)
The Atlantic Mutual Companies(m)
Travelers Group(s)
Zurich Insurance Group-US(s)
American Family Insurance Group(s)
Auto-Owners Group(m)
Chubb Group of Insurance Companies(s)
Cincinnati Financial Corporation(s)
Farmers Insurance Group(s)
General Accident Insurance Group(s)
Holyoke Mutual Insurance Companies(m)
Kemper Group(m)
Merchants Insurance Group(m)
Ohio Casualty Group(s)
St. Paul Group(s)
Transamerica Corporation Group(s)
United States Fire & Guaranty Group(s).

(m) : mutuelle.

(s) : société par actions.

Annexe 2

Matrice de corrélation de quelques variables importantes										
	STK	IA	MAIL	JCV	WC %	HOME %	AUTO %	NPW/ DPW	LOSSES	DPW
EXPENSE/NPW	0,104	0,528	-0,386	0,534	—	0,125	-0,378	0,114	—	—
EXPENSE/DPW	—	0,321	-0,327	0,322	-0,168	0,418	—	-0,636	—	-0,140
EXPENSE	0,142	-0,024	-0,172	—	—	—	-0,085	0,059	0,964	0,972
DPW	0,093	—	-0,138	—	—	—	—	0,135	—	1
LOSSES	—	-0,131	-0,131	-0,138	—	—	—	—	1	—
NPW/DPW	—	—	—	0,084	0,172	-0,430	-0,328	1	—	—
AUTO %	-0,126	-0,505	0,374	-0,402	-0,583	-0,391	1	—	—	—
HOME %	-0,158	—	—	—	-0,538	1	—	—	—	—
WC %	-0,096	0,123	—	0,128	1	—	—	—	—	—
JCV	0,245	0,993	-0,466	1	—	—	—	—	—	—
MAIL	0,221	-0,476	1	—	—	—	—	—	—	—
IA	0,245	1	—	—	—	—	—	—	—	—
STK	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Note : EXPENSE = frais généraux + frais de sinistres ; DPW = primes directes encaissées ; LOSSES = logarithme des pertes subies ; NPW/DPW = la valeur 1 moins le ratio primes nettes/primes directes ; WC % = DPW assurance des accidents du travail/total des DPW ; AUTO % = DPW assurance automobile/total des DPW ; HOME % = DPW assurance multirisques habitation/total des DPW ; JCV = 1 pour les sociétés recourant à des agents indépendants, = 0 autrement ; MAIL = 1 pour les grands distributeurs, = 0 autrement ; IA = DPW des agents indépendants/total des DPW ; STK = 1 pour des sociétés par actions, = 0 autrement.

Notes

1. Ces méthodes alternatives de marketing sont décrites dans Flanigan et al. (1979). Cependant, il est courant dans des travaux empiriques, et souvent dans les descriptions de marketing de l'assurance, de spécifier une dichotomie entre « direct » (compagnies s'appuyant sur des agents travaillant en exclusivité) et « agent » (compagnies recourant à des agents indépendants). Les compagnies qui utilisent les systèmes de distribution de vente par correspondance et d'agents salariés sont habituellement classées dans le groupe libellé « direct », tandis que les compagnies qui recourent aux courtiers sont classées « agent ».
2. De nombreuses études sur la mesure des économies d'échelle et sur les différences de coûts associées à la forme juridique ont estimé la relation entre système de marketing et coût (par exemple, Doherty, 1981 ; Fields, 1988 ; Boose, 1990 ; et Grace et Timme, 1991).
3. Elgar (1976, p. 497 et 499) avait mis en garde contre la portée limitée de ses résultats du fait de l'utilisation d'un questionnaire auquel il n'était pas obligatoire de répondre et, par conséquent, du nombre réduit de réponses ; il déclare néanmoins : « L'érosion constante de leur part de marché que les agents d'assurance indépendants subissent dans la branche de l'assurance personnelle ne reflète pas un revirement du marché des sources onéreuses à forte intensité de services vers des sources de vente à plus faible intensité de services et à plus bas coût, comme il est souvent affirmé. »
4. Par exemple, des améliorations apportées à un réseau informatisé permettant aux agents indépendants de comparer les prix de l'assurance provenant de plusieurs compagnies d'assurances ont été annoncées l'année dernière (Berg, 1990).
5. Les coûts totaux associés à un contrat passé avec une agence comprennent aussi les dépenses d'engagement (bonding expensiditures), lesquelles sont habituellement supportées par l'agent, afin d'assurer que ce dernier se conformera aux termes du contrat. Les coûts totaux comprennent également une perte résiduelle, que Mayers et Smith (1982, p. 6) décrivent comme étant la perte découlant de décisions prises par l'agent qui diffèrent de celles qu'auraient prises le mandant.
6. Voir également Houston et Simon (1970), Doherty (1981), et Johnson, Flanigan, et Weisbart (1981), Lee (1988), et Boose (1990).
7. Ils se distinguent des agents travaillant en exclusivité par le fait qu'ils représentent plus d'un assureur et qu'ils touchent le même taux de commission sur les primes, qu'il s'agisse d'une nouvelle souscription ou d'un renouvellement de contrat. Les agents travaillant en exclusivité représentent un assureur et touchent un taux de commission plus faible quand il s'agit d'un renouvellement de contrat.
8. *National Fire Insurance Company v. Sullard*, 89 N.Y.S. 934 ; App. Div. 233 (17 Insurance Digest 360).
9. Afin de réduire les frais de suivi ou de surveillance, les assureurs adoptent des pratiques innovatrices. Par exemple, de nombreux assureurs automobiles facturent les assurés directement au lieu de collecter les primes à travers les agents indépendants.
10. Une autre cause possible de ce déclin est peut-être la décision des assureurs de commercialiser leurs produits en s'appuyant sur des arrangements d'exclusivité, ou encore d'arrêter de commercialiser leurs produits à travers des agents indépendants.
11. Le montant des dépenses nettes est généralement utilisé : la somme des dépenses moins les commissions cédées et acceptées. Un problème supplémentaire, concernant aussi bien le numérateur des variables dépendantes en rapport que les variables dépendantes en niveau, fait intervenir d'autres composantes des dépenses totales, telles que des dépenses qui ne sont pas associées aux frais de marketing de l'assurance (par exemple, des taxes et droits). Un test alternatif utilisant les dépenses moins les taxes et droits pour un sous-ensemble de 40 compagnies et six périodes de temps n'a donné aucune différence statistique au niveau des résultats.
12. Afin de déterminer si, outre les économies d'échelle générales, les compagnies recourant à des agents exclusifs bénéficient d'économies d'échelle plus importantes que les compagnies s'appuyant sur des agents indépendants, les modèles antérieurs incluaient aussi une variable muette, égale à la valeur du total des primes directes pour les assureurs utilisant le système d'agents exclusifs et à zéro pour les autres assureurs. Aucune des deux études n'a trouvé de différence au niveau des économies d'échelle, et la possibilité de l'existence de telles différences d'économies d'échelle n'est pas prise en considération dans cette étude.
13. Cummins et Van Derhei (1979) utilisent les sinistres comme mesure de l'output dans une spécification alternative faisant intervenir la branche d'assurance automobile-dommages. La spécification n'a affecté ni le signe ni la signification du coût différentiel de marketing.
14. Mayers et Smith (1990) permettent une amélioration, par l'utilisation du rapport réassurance cédée/réassurance cédée + réassurance assumée. Cependant, cette mesure aussi fait abstraction du pouvoir sur le marché dont peut jouir un acteur important de la réassurance. A savoir, un assureur qui cède des montants importants d'assurance pourrait bénéficier de conditions plus favorables que celles proposées à d'autres assureurs présentant cependant des ratios réassurance cédée/réassurance totale similaires. Néanmoins, il y a des chances pour que le rapport des primes nettes aux primes directes soit corrélé avec des mesures plus sophistiquées de l'activité de réassurance. Pour cette raison, il est probable que les résultats empiriques seront affectés seulement lorsque la significativité des coefficients estimés est marginale.
15. L'une des difficultés dans l'interprétation des résultats de Joskow est liée à la façon dont le modèle peut inclure deux variables muettes relatives à la différence entre société par actions et mutuelle (« stock-mutual dummy variable »). La spécification fait penser à une variable muette fourre-tout (« dummy variable trap »). Mais l'échantillon de Joskow comprenait des compagnies identifiées comme étant soit des compagnies d'assurances automobiles, soit des compagnies d'assurances incendie. La variable D1 attribue une valeur de 1 aux sociétés par actions classées parmi les compagnies d'assurances automobiles, et attribue la valeur 0 à des mutuelles d'assurances automobiles ainsi qu'à toutes les compagnies d'assurance incendie. D2 attribue une valeur de 1 à des mutuelles d'assurance automobile, et attribue la valeur 0 aux sociétés par actions classées parmi les compagnies d'assurances automobile, ainsi qu'à toutes les compagnies d'assurances incendie.
16. Les fichiers de données d'A. M. Best Company contiennent des données historiques du type « comme si c'était l'année finale » remontant jusqu'à cinq ans.

17. Le test de Fischer (F-test) utilisé pour vérifier qu'une réduction de coûts ne se produisait pas dans le temps n'est pas fourni. Si les coefficients des variables temps-agent étaient simplement contraints à égalité, l'estimation des coefficients correspondrait à la moyenne des coefficients non contraints. Il se peut qu'il n'y ait eu aucune différence statistique entre cette valeur moyenne et n'importe quelle estimation pour une année donnée, alors qu'une différence permanente peut avoir existé. De l'autre côté, le test de Fischer semble indiquer que des résultats plus forts auraient pu être obtenus si la forme restreinte était contrainte à évaluer le coefficient estimé non contraint pour 1968.
18. A des fins de réestimation, nous définissons aussi les variables muettes JCV = 1 si la majorité des primes directes pour un groupe sont encaissées dans le cadre d'un système d'agents indépendants et = 0 autrement, ainsi que les variables muettes JCV_x, x = 79,...90, égales à 1 si la majorité des primes directes pour un groupe sont encaissées dans le cadre d'un système d'agents indépendants à l'année x, et égal à 0 autrement.
19. Parmi les variables indépendantes qui sont fonction des primes, on peut citer les primes directes lorsque celles-ci sont utilisées comme mesure de l'output, les variables de spécialisation et la variable de réassurance.
20. Le modèle à décomposition d'erreur « error components model » est fondé sur la supposition que l'erreur de régression « regression disturbance » est composée de trois composantes indépendantes : un terme d'erreur sur la série temporelle, un terme d'erreur sur la coupe instantanée, et un terme d'erreur composé, indépendant des deux termes précédents. Plus précisément :

$$e_{it} = u_i + v_t + w_{it} \quad (i = 1, 2, N ; t = 1, 2, T)$$

Afin de traiter le problème de la corrélation sérielle qui apparaît dans les données présentes, les équations sont estimées en supposant une autocorrélation du premier ordre des termes d'erreur. L'estimation a été effectuée en permettant aux coefficients d'autocorrélation de varier selon l'assureur.
21. L'indice de prix implicite du PNB a été utilisé pour convertir les valeurs nominales en valeurs réelles. Les spécifications des auteurs utilisent des valeurs monétaires exprimées en termes réels, tandis que les réestimations utilisent des variables nominales afin d'assurer la compatibilité avec Joskow et Cummins et Van Derhei. Les auteurs considèrent que l'utilisation de valeurs réelles est plus adaptée pour les raisons citées ci-dessus.
22. Dans les modèles log-linéaires, la valeur de comparaison pertinente relative aux économies d'échelle est un coefficient associé avec la mesure de l'output qui est significativement inférieur à 1. Les valeurs obtenues pour l'output sont ajustées pour tester leur différence par rapport à 1 plutôt que 0.
23. Boose (1990, p. 514) rapporte que des assureurs mutuels à New York encourageaient des frais supérieurs à ceux des sociétés par actions lorsque les commissions n'étaient pas comprises dans les coûts. Lorsque les commissions étaient incluses, comme elles le sont dans cette étude, Boose n'a pas trouvé des résultats suffisamment concluants sur le coût différentiel entre sociétés par actions et mutuelles.

LE MODELE « PRINCIPAL-AGENT »

Application à la distribution en assurance

MOTS CLEFS : *agent général/société d'assurances • distribution • modèle principal/agent • partage des risques • imitation •*

Les relations des sociétés d'assurances et des agents généraux peuvent s'appréhender grâce à des outils économiques qui mettent en lumière certains aspects fondamentaux de leurs rapports. Ils permettent aussi d'expliquer, voire d'apporter des solutions aux problèmes posés par la distribution en assurance. Ces modèles soulignent, notamment, le rôle dual de l'agent face à sa société d'assurances ou encore le problème de la sélection des risques. Le problème de la concurrence entre les agents généraux est posé ainsi que celui de la mesure et du contrôle des performances des agents.

Les relations agents généraux d'assurance/sociétés d'assurances sont marquées par une ambiguïté fondamentale : les uns sont rémunérés au prorata de leur « production » de cotisations (à travers une « commission » récurrente), tandis que les autres cherchent à sélectionner les meilleurs risques (caractérisés par un ratio sinistre/cotisation favorable). En outre, pour l'agent général, le portefeuille de risques (de clients) revêt un aspect patrimonial ; sa cession au terme du mandat de l'agent général fera l'objet d'un prix négocié de gré à gré, ou du versement d'une indemnité par la société d'assurances, dénommée « indemnité compensatrice ». Il en résulte une divergence forte d'intérêts entre les deux acteurs, qui se traduit par des conflits plus ou moins aigus sur la politique tarifaire et commerciale de la société d'assurances.

Dans ce cadre, la réglementation qui régit les sociétés, la distribution et les produits, en particulier le statut des agents généraux, est au centre du débat. Ce dernier, parce qu'il donne un fondement juridique aux relations entre les deux parties, est critiqué au nom de l'inadaptation aux conditions économiques actuelles de l'assurance en France, caractérisées par une forte concurrence.

Pour éclairer ce débat, il existe des outils économiques qui peuvent aider à une

* Jeune diplômée titulaire d'un 3^e cycle en économie et finances. Cet article est tiré d'un mémoire de DEA auquel a été décerné le prix Risques 1994.

Éditeur de l'article : Scephra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

meilleure compréhension de la relation agents-société d'assurances, voire apporter des voies de solutions dans le cadre d'une réforme en profondeur du statut des agents et donc des relations entre les agents et les sociétés d'assurances.

Le modèle économique dit « principal/agent »¹ reflète une organisation où l'une des parties, le mandant ou principal (la société d'assurances), délègue au mandataire ou agent (ici, l'agent général) une action qui influence directement ou indirectement le chiffre d'affaires ou le résultat (revenu) du mandant (société d'assurances). Cette organisation prévoit que l'action de l'agent n'est que partiellement observable par le principal, mais que celui-ci peut « contrôler » indirectement l'agent, sous réserve qu'il ait le pouvoir de lui appliquer les « pénalisations » ou « intéressements » nécessaires pour modifier un comportement qui serait contraire à ses intérêts. Effectivement, le contrôle direct des sociétés d'assurances sur les agents généraux est limité. En particulier, l'agent général peut avoir intérêt à accroître son revenu en souscrivant tous les risques qui lui sont présentés, sans sélectionner. Les résultats seront éventuellement mauvais pour la société d'assurances, mais le revenu de l'agent général élevé à court terme. En outre, comme la connaissance par l'agent général de la qualité du risque, par exemple par des questionnaires détaillés et fiables sur le comportement de l'assuré (comme pour le risque automobile), est coûteuse, il est lui-même peu enclin à sélectionner les risques qu'il transmet à la société d'assurances.

Dès lors, la problématique « principal/agent » consiste à définir des règles de partage chiffre d'affaires/résultat entre la société d'assurances et l'agent, de façon optimale, c'est-à-dire de façon à inciter ce dernier à pratiquer la bonne sélection des risques.

I. APPROCHE « DE PREMIER ORDRE » ET MODÈLES ASSOCIÉS

Le premier modèle – le plus simple – relève de l'approche dite « de premier ordre » où l'information est considérée comme parfaite. En d'autres termes, il y est supposé que la société d'assurances a, fictivement, la possibilité d'observer et donc de contrôler les efforts financiers et commerciaux de l'agent général. De ce fait, la société d'assurances peut fixer le niveau d'effort commercial, par exemple, de l'agent, de manière à partager au mieux le revenu global et les risques (chiffre d'affaires, résultat...). Le problème est que, si la société d'assurances n'a pas la possibilité effective d'observer ce qu'entreprend l'agent général en matière de politique commerciale ou de suivi de la clientèle, elle versera à son agent un revenu déterminé à l'avance et constant, c'est-à-dire indépendant des risques observés. Un tel contrat n'encouragera guère celui-ci à faire une meilleure gestion des contrats ou à avoir une politique plus active de suivi des dossiers clients et de leurs résultats. En outre, sa sélection de risques ne sera pas optimale au regard des objectifs de la société d'assurances.

1. Le terme d'« agent » dans cette expression doit être entendu dans son acception la plus générale, et donc sans rapport direct avec la fonction d'agent général dans le monde de l'assurance.

Les choses sont un peu différentes lorsqu'un système limité de contrôle existe, comme par exemple avec la refonte des contrats. L'agent général est censé – pour conserver son chiffre d'affaires constant – compenser une baisse de valeur par une augmentation de volume des contrats. La société d'assurances peut donc exercer un certain contrôle lors de la résiliation de l'ancien contrat et le remplacement par le nouveau.

Ce modèle dynamique aboutit cependant à une sorte d'impasse, due principalement à la nature des hypothèses qui sont faites. Une étude plus poussée montre en effet qu'il conduit à distinguer trois étapes dans les relations agents généraux/sociétés d'assurances. Jusqu'à un premier point, plus l'effort de l'agent sera élevé, plus élevé sera son niveau de rémunération. Dans un deuxième temps, l'agent tentera de diminuer son niveau d'effort jusqu'à un point psychologiquement optimal pour lui sans pour autant que sa rémunération fléchisse. Pourtant, à un certain seuil, celle-ci diminuera du fait de sa baisse d'effort, et simultanément son revenu baissera. Enfin, troisième temps, l'agent fournira peu d'efforts et aura encore moins de revenus. Le modèle décrit ainsi un cycle de vie de l'agent général, marqué par trois optima successifs, non stables, au fur et à mesure que l'effort commercial et technique de l'agent tend à baisser.

Une troisième variante du modèle, dite de « stratégie révisée des jeux », permet de tenir compte du fait que l'agent et la société d'assurances entretiennent une relation juridique non limitée dans le temps (le mandat est « viager »). La stratégie est dite « révisée », car on détermine une série de périodes à l'issue desquelles une évaluation de la performance cumulée de l'agent est effectuée. Si la société d'assurances est satisfaite des résultats de l'agent, une nouvelle période commence, sinon les relations entrent dans une phase de « pénalisation » au terme de laquelle on procédera de nouveau à une évaluation des résultats. C'était l'idée poursuivie dans l'accord avorté de 1990 entre la FFSA et la Fnsaga sur la révision quinquennale des mandats.

Si ce genre de contrat peut être passé entre la société d'assurances et l'agent général, il réalise un partage optimal des risques entre les deux acteurs, car il fait dépendre le revenu de la suite d'événements passés et relie le présent au futur de manière intertemporelle. Il incite évidemment l'agent à être vigilant sur la qualité technique de la souscription. Il suppose également que la révision du mandat soit juridiquement possible, que la société d'assurances et l'agent soient d'accord sur les critères d'évaluation de la performance (qualité des risques souscrits exprimée par le ratio S/C, objectifs de production par exemple) et que des règles de « pénalisation » soient disponibles.

Il reste ensuite à gérer les situations individuelles des agents par rapport à la réalisation des objectifs de performance au cours de chacune des phases. En effet, si les objectifs sont atteints avant la fin de la période, l'agent ne sera plus incité à continuer de fournir le même niveau d'effort. D'un autre côté, si l'agent est en retard dans la réalisation des objectifs, il sera découragé de fournir d'autres efforts durant le reste de la période. Pour inciter l'agent à remplir ses objectifs tout

au long de la période, la société d'assurances a la possibilité de partager avec l'agent le montant total des revenus. Enfin, pour faire en sorte que l'agent ne renonce pas à ses efforts s'il avait à connaître une expérience par trop défavorable, la pénalité pourrait être une fonction croissante du manque à gagner de l'agent par rapport à ses objectifs. Ce type de contrats semble être assez efficace et existe partiellement en assurance vie, où des primes de motivation sont versées en cas de réalisation des objectifs.

En pratique, cette démarche contractuelle, qui peut compléter le mandat de base sous la forme d'un intéressement, permet d'inscrire les relations agent/société d'assurances dans la durée, sans que le « cycle de vie » de l'agent ne conduise à définir comme précédemment des situations où les décisions de l'agent seraient peu favorables et sous-optimales pour les deux parties.

Ce type de contrat entre agent général et société d'assurances n'en demeure pas moins assez difficile à mettre en œuvre : il faut s'entendre sur la définition exacte de la nature des performances de l'agent, définir des critères d'évaluation de ces performances, les quantifier, fixer une périodicité qui permette d'observer correctement les résultats de l'agent et de l'encourager efficacement... C'est une procédure lourde et délicate à élaborer.

II. L'APPROCHE COÛTS/BÉNÉFICES

L'approche « coûts/bénéfices » des relations agents/sociétés d'assurances souligne une certaine dualité du rôle de l'agent. Le chiffre d'affaires et la qualité des risques souscrits ne sont pas nécessairement significatifs de la qualité des efforts d'un agent. Ils résultent également de l'environnement dans lequel évolue celui-ci. Quels que soient ses efforts, les performances d'un agent resteront limitées s'il opère dans un marché en récession, ou si les produits qu'il distribue sont temporairement inadaptés au marché local. Or la société d'assurances n'observe pas cet environnement de sorte que les performances de l'agent sont un indicateur imparfait des efforts qu'il a fournis. Les termes contractuels analysés précédemment sont donc à modifier pour prendre en compte cette incertitude quant à l'environnement dans lequel opère l'agent et la corrélation imparfaite entre ses efforts et ses performances.

Dans cette situation d'incertitude, le modèle prévoit que la société d'assurances calcule l'espérance du coût qu'il lui faudra payer pour amener un agent à choisir tel ou tel niveau d'effort. L'entreprise d'assurances détermine ensuite le niveau d'effort à faire consentir par l'agent en comparant l'espérance du bénéfice qu'elle pense retirer de l'effort de l'agent, avec le coût déterminé précédemment.

Le modèle coûts/bénéfices ne donne pas en réalité d'informations sur la solution optimale, mais en éclaire une caractéristique. Il suppose un arbitrage entre l'encouragement à l'effort et le partage entre agents et sociétés d'assurances des risques qui portent sur l'environnement dans lequel opèrent les agents. Cela

signifie que les sociétés d'assurances devraient non seulement inciter les agents à faire des efforts commerciaux et techniques, mais aussi à prendre en charge une partie des risques afférant à leur marché. Ce partage des risques signifiant en pratique moins de revenu pour les agents généraux, on imagine la vigueur et la difficulté des négociations qui résulteraient de cette démarche !

L'approche coûts/bénéfices doit être généralisée si on veut se rapprocher de la réalité dans laquelle opèrent les sociétés d'assurances et les agents. En particulier, il est nécessaire de considérer non pas une société d'assurances et un agent mais une société d'assurances face à plusieurs agents et de considérer entre eux une éventuelle concurrence, par exemple sur la qualité du service au client.

Le problème est de savoir si la société d'assurances a la faculté d'utiliser la concurrence que se feront ou non les agents. Sans entrer dans trop de détails techniques et théoriques, les modèles disponibles montrent que si les agents agissent indépendamment les uns des autres sur le plan commercial, il est inutile pour la société d'assurances d'imposer une quelconque concurrence entre les agents. A l'inverse, en présence d'une action commune à tous les agents, la société d'assurances peut faire jouer la concurrence entre eux. En effet, si les agents se sont mis d'accord avec elle pour effectuer telle ou telle action, le modèle montre que la société d'assurances a le plus grand intérêt à faire jouer la concurrence, du moins tant que les agents adoptent un comportement non coopératif – non solidaire – entre eux. S'écarter de la politique recommandée par la société d'assurances identifiera l'agent responsable au vu de ce que font les autres agents. Une pénalité suffisante permet donc d'éviter ce comportement.

Cela étant, l'expérience concrète montre que ces pratiques d'émulation entre agents, avec des risques graves sur le niveau moyen des tarifs, voire sur la survie de certains agents généraux, sont en longue période défavorables aux sociétés d'assurances mandantes. Elles n'ont donc en fait que peu d'intérêt à faire jouer la concurrence entre agents au-delà de la simple émulation sur des actions commerciales ponctuelles ou sur les performances en matière de qualité de service.

L'approche coûts/bénéfices peut également être étendue à des situations où les agents pourraient décider soit individuellement, soit collectivement de mettre en œuvre des politiques autres que celle que préconise la société d'assurances. Les contrats optimaux doivent prévoir des pénalités adaptées à cette situation, mais, du fait de la complexité théorique du modèle, il est difficile de les caractériser précisément. Par ailleurs, la mise en place de « pénalités » par la société d'assurances à l'encontre d'une très large collectivité d'agents engendrerait un climat probablement insupportable de conflits et de suspicions avec la société d'assurances. Or les entreprises d'assurances tentent – notamment en référence au modèle précédent – de mettre en place des « pénalités » justes et appropriées pour « punir » ou « corriger » les comportements « déviants » de quelques agents par rapport aux politiques qu'elles conduisent.

En réalité, les sociétés d'assurances ne disposent guère de moyens pour faire jouer la concurrence entre les agents, non plus que pour faire face à des choix alternatifs de politique de leur part. En revanche, le modèle coûts/bénéfices apporte une réflexion bénéfique et réaliste sur les « récompenses » et les

« pénalités » que peut consentir ou mettre en œuvre une entreprise d'assurances pour obtenir une « production » optimale de l'agent ou d'un réseau d'agents.

III. L'INTÉGRATION VERTICALE

Le troisième type de modèle qui entre dans le cadre de la problématique « sociétés d'assurances/agents » est couramment appelé « modèle d'intégration verticale ». A l'inverse des modèles que nous venons d'étudier, ces modèles portent sur la nature des concessions qu'une société d'assurances peut accorder à ses agents, et en particulier sur les accords d'exclusivité territoriale.

L'objectif de la société d'assurances est d'utiliser au mieux l'information dont disposent les agents pour fixer les termes des contrats qu'ils vendent à leur clientèle, tout en ne leur laissant qu'une part minimale de profit. Lorsque les agents sont neutres à l'égard des risques qui peuvent affecter leur marché, la théorie montre ainsi que la société d'assurances peut atteindre son objectif en assignant des territoires exclusifs à ses agents et en leur appliquant certaines règles de tarification. Du point de vue des assurés, cependant, il apparaît préférable de faire jouer la concurrence entre agents, par exemple au niveau de la fixation du prix des contrats. On peut montrer par ailleurs que cette concurrence est également préférable pour l'entreprise d'assurances lorsque les agents ont une forte aversion pour les risques concernant leur marché.

En présence d'aversion pour le risque, le modèle montre donc que l'exclusivité territoriale n'est optimale sur le plan économique ni pour les agents, ni pour les sociétés d'assurances, ni, évidemment, pour le client (puisqu'elle tend à réduire la concurrence).

*
* *

La complexité de ces modèles et leur caractère très théorique en rendent l'interprétation difficile pour ceux à qui ils doivent apporter un soutien sous forme d'outils d'aide à la décision : agents généraux, responsables de réseaux des sociétés d'assurances, directeurs commerciaux, etc.

Trois conclusions se dégagent pourtant de ces travaux :

- au-delà du statut et des modes de rémunération qu'il fixe, il est important que les entreprises d'assurances et leurs agents s'entendent sur des objectifs, définis sous forme de quotas à atteindre sous un certain délai, et affectés de récompenses et de pénalités, qui se traduisent par des variations dans le revenu de l'agent. Tous les travaux sur les « intéressements » se substituant peu à peu aux « commissions » vont dans ce sens ;
- le modèle coûts/bénéfices montre que les sociétés d'assurances peuvent inciter les agents à consentir plus d'efforts, quitte à consentir un meilleur partage des risques de marché, de façon à accroître globalement la « valeur » de leur activité ;
- les territoires exclusifs sont contraires à l'optimum, d'autant plus que d'autres intervenants concurrents des agents ne sont pas liés par les règles de territorialité

et peuvent donc porter la concurrence sur ces territoires (bancassurance, vente directe, etc.).

Ces conclusions sont importantes dans une période où les efforts des sociétés d'assurances et des agents tendent à promouvoir une plus grande flexibilité juridique dans leurs relations, mais aussi une plus large prise en compte de l'évolution économique du secteur de l'assurance (concurrence-développement des assurances de personnes, banalisation des produits, multiplication des réseaux de vente, etc.).

En particulier, les modèles économiques conduisent à s'interroger sur deux aspects du statut des agents généraux.

■ *Les modalités de rémunération.* Même si les modèles ne donnent pas d'indication sur les modalités de « modernisation » du commissionnement et *a fortiori* de l'indemnité compensatrice, ils montrent bien que la rémunération des agents est au centre des aspects incitatifs, ou « répressifs », des relations agents/sociétés d'assurances. C'est dans le caractère incitatif — et dans la définition des politiques y afférentes — de la rémunération que tient le « pilotage » des agents généraux, et non plus dans le respect parfois conflictuel, des dispositions du statut.

■ *La territorialité.* La flexibilité dans ce domaine est évidemment nécessaire. Les rapports Cortesse (1984) et Dessal-Braun-Kessler (1989) allaient dans ce sens, puisque la notion même de territorialité économique se substituait à celle de territorialité juridique.

Le développement des réseaux d'agents dans les zones urbaines est un corollaire du précédent. Les sociétés d'assurances encouragent désormais l'installation de plusieurs agents sur un même territoire, d'autant plus aisément que le statut des agents vie ne comprend pas de règle de territorialité et que les entreprises d'assurances développent des réseaux d'agents « polyvalents ».

En définitive, ces modèles soulignent implicitement l'ampleur du lien économique entre l'agent et sa société d'assurances, et l'importance d'une concertation efficace pour trouver un équilibre entre les intérêts des deux parties. Ils substituent en pratique une logique de négociation et d'incitation à une préoccupation de défense d'une situation juridiquement protégée (droit acquis). Il reste évidemment à savoir dans quelle mesure les professions concernées sont prêtes à accepter de telles démarches ■

Bibliographie

- LAFFONT, J. J., « Le risque moral dans la relation de mandat », *Revue économique*, 1987, n° 1, janvier 1987, p. 5-23.
- HOARAU, I., « Étude des relations agent général/sociétés d'assurances dans le cadre de la problématique principal/agent », mémoire de DEA économie et finances, 1993, p. 67-108.
- REY et TIROLE, « Contraintes verticales : l'approche principal/agent », *Documents de l'Insee*, 1986, p. 175-195.
- GROSSMAN et HART, « An Analysis of the Principal Agent Problem », *Econometrica*, 1983, 51, p. 7-45.

LA PERCEPTION, PAR LES CONSOMMATEURS, des différents réseaux de distribution

MOTS CLEFS : conseil • déstabilisation • professionnalisme • résultat • service • talent •

Depuis quelques années, les réseaux de distribution ont totalement éclaté. Et l'assuré, dans tout cela ? Le mode de distribution ne peut avoir une incidence sur le choix par l'assuré de son assureur que si le client est en mesure de percevoir des différences significatives dans les divers systèmes qu'il rencontre. Or l'examen des réalités nous montre qu'il est de plus en plus difficile pour un réseau, quel qu'il soit, de faire valoir la spécificité de son statut : pas facile, dans ces conditions, lorsqu'on est assuré, de faire du mode de distribution un critère fort de décision pour le choix de son assureur.

Modernisation de l'intermédiation et réduction des coûts qu'elle génère, tels semblent être les deux mots d'ordre de tous ceux qui, dans les sociétés d'assurances, sont en charge de la distribution. En toile de fond le plus souvent, le poids des réseaux traditionnels encore solidement implantés et volontiers frondeurs... Pour le consommateur, la seule question qui vaille se résume à cela : quelle incidence l'éclatement des systèmes de distribution aura-t-elle sur sa vie d'assuré ? Pourra-t-il en tirer parti ou, au contraire, risque-t-il d'en faire les frais ? Rapporté aux réalités quotidiennes de la relation assureur-assuré, le problème général de la distribution se pose concrètement à l'assuré sous trois aspects différents mais complémentaires :

- quel est le système de distribution permettant au consommateur de trouver les meilleurs conseils quant à l'élaboration de son plan de couverture ?
- quel est le système de distribution permettant au consommateur de trouver les meilleurs services, en cours de contrat et au jour du sinistre ?
- quel est le système de distribution permettant au consommateur de trouver le meilleur prix ?

* Consultant assurance à « UFC-Que choisir ? ».

Éditeur de l'article : Scepria, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

I. QUEL SYSTÈME DE DISTRIBUTION POUR QUEL NIVEAU DE QUALITÉ DE CONSEIL ?

Restons simples ! Quand un assuré part à la rencontre d'un assureur, il n'organise pas sa démarche, d'abord et avant tout, en fonction des différents systèmes de distribution : ce qui le préoccupe au premier chef, c'est de trouver une solution à un problème d'assurance : pour les uns, l'essentiel sera d'obtenir le tarif le plus bas ; pour d'autres, le niveau de garantie et la qualité de service seront prépondérants, étant entendu que tous, en cas de sinistre, voudront en avoir pour leur argent...

Dès lors, l'important pour l'assuré est de rencontrer quelqu'un susceptible de satisfaire sa demande.

Et lorsque l'on écoute les assurés plus soucieux de garanties et de conseils que de tarification au rabais, on constate qu'ils se tournent plus volontiers vers les réseaux traditionnels de courtiers et d'agents généraux.

C'est auprès d'eux, semble-t-il, qu'ils rencontrent le plus de souplesse et la réponse la mieux adaptée à la particularité de leurs risques. Les mutuelles d'assurances sans intermédiaires, bien que certaines d'entre elles aient consenti de gros efforts d'adaptation, n'offrent toujours pas à leurs bureaux locaux les mêmes marges de manœuvre que celles dont disposent les agents généraux et plus encore les courtiers ; quant à la vente par correspondance, elle n'a pas non plus pour vocation de s'intéresser à la couverture de risques sortant de l'ordinaire.

Mais s'il est vrai que le meilleur conseil se rencontre prioritairement auprès des réseaux traditionnels, et s'il n'est pas contesté que c'est par ce biais que les assurés ayant à faire face à un problème particulier trouvent plus facilement une solution, il n'empêche qu'au fil des années cette spécificité a de plus en plus tendance à s'estomper : la banalisation de la notion de conseil et la restriction de la latitude d'action de l'intermédiaire traditionnel ont sans doute largement concouru à cette évolution.

Dans quelle mesure, en effet, l'intermédiaire de qualité peut-il donner la pleine mesure de son talent ?

La première limite réside sans doute dans la nature des risques assurables. Si la garantie de risques artisanaux, commerciaux et industriels réclame dans la plupart des cas une analyse préalable relevant d'un véritable professionnalisme, les assurances du particulier, quant à elles, ne posent pas de difficultés majeures. Ce n'est d'ailleurs pas par hasard si l'on parle ici de risques simples ou de risques de masse. Certes, il est des situations qui parfois peuvent exiger, sinon une approche extrêmement fine, du moins un examen un peu plus attentif ; mais, de toute façon, les occasions ne sont pas légion.

Ensuite, une seconde limite trouve sa source dans la réponse contractuelle des sociétés d'assurances : le système généralisé des assurances multirisques, assorties d'options le cas échéant, permet de répondre d'emblée à la plupart des situations, même celles qui présentent quelque complexité. D'une certaine manière,

les contrats modernes anticipent les questions et répondent ainsi à la place des intermédiaires.

Toujours du point de vue du conseil à la souscription, l'efficiencia des intermédiaires trouve une dernière limite dans la fourchette des possibilités que leur offrent les sociétés d'assurances. Et de même que – nous venons de le voir – les assureurs proposent parfois des réponses contractuelles telles qu'elles leur permettent finalement de répondre à la place du représentant local, de la même manière il leur arrive de ne pas vouloir répondre à une demande. Et le meilleur des intermédiaires ne pourra jamais proposer que ce qui est acceptable pour l'assureur.

Par ailleurs, au-delà des possibilités réelles dont peuvent encore disposer les intermédiaires en terme de conseil, la notion elle-même a tellement été galvaudée qu'elle finit par faire sourire : aujourd'hui, on ne vend plus rien, on conseille. Et si rien n'interdit de vendre le bon conseil, on conseille principalement de souscrire chez soi...

Il est en revanche un domaine où le conseil véritable n'a sans doute pas encore trouvé toute la place qu'il mérite : celui de l'assurance vie. En effet, bien que les souscriptions soient nombreuses, les déceptions le sont tout autant et les contrats qui n'arrivent pas à terme sont monnaie courante. Très schématiquement, la situation est perçue par les consommateurs de la manière suivante :

- les réseaux traditionnels, qui de toute évidence ont ici raté un virage essentiel, ont plutôt tendance à se désintéresser de cette branche. Résultat : les consommateurs ne s'orientent pas spontanément vers leur courtier ou leur agent pour « parler argent » ;
- les réseaux salariés des sociétés d'assurances fournissent le plus gros des bataillons de déçus : les « conseillers » ne sont toujours pas parvenus à s'imposer aux « chasseurs de primes », qui peuvent d'ailleurs repartir en formation ;
- visiblement, le personnel salarié des bureaux de mutuelles d'assurances sans intermédiaires se heurte à une difficulté relevant plus de la culture d'entreprise : pour un guichetier habitué à la gestion de risques matériels, aborder les questions patrimoniales avec un sociétaire, cela ne va pas de soi.

Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que les assurés se tournent vers les assureurs banquiers. La pertinence du conseil n'est pas toujours au rendez-vous non plus, mais, au moins, on est en terrain de connaissance.

Les salariés évoluent dans un domaine qu'ils connaissent bien et peuvent agir à moindres frais auprès d'une clientèle captive ; ce qui leur permet d'ailleurs, le cas échéant, de faire la différence au moment d'emporter la décision : par exemple, la souscription d'un contrat d'épargne à l'occasion d'une révision de prêt ; c'est sans doute ce qu'il est convenu d'appeler une contrepartie commerciale... Enfin, la crainte de tout perdre en cas de conseil inapproprié incite généralement ces réseaux à la prudence.

Quant au consommateur, il semble y trouver son compte.

II. QUEL SYSTÈME DE DISTRIBUTION POUR QUEL NIVEAU DE QUALITÉ DE SERVICE ?

Si, d'une manière générale, la qualité de conseil à la souscription n'est pas déterminante quant au choix de l'intermédiaire, il pourrait en être tout autrement pour ce qui concerne l'après-vente. En effet, il existe une forte demande de service tant au jour du sinistre qu'en ce qui concerne la gestion courante des polices. Le consommateur espère que celui qui a réalisé le contrat et encaissé les primes l'accompagnera dans les péripéties de sa vie d'assuré. Les attentes sont multiples : l'intermédiaire doit être le garant de la sécurité juridique et administrative de la relation contractuelle. Il doit être à l'écoute, fiable, rapide et disponible.

Le consommateur est incapable de percevoir les difficultés rencontrées par son interlocuteur : en conséquence, l'intermédiaire compétent est celui qui s'occupe de lui et cherche à lui faire obtenir satisfaction. Qu'il s'agisse d'un courtier, d'un agent général ou d'un salarié d'une mutuelle sans intermédiaires, peu lui importe ! Seuls comptent l'énergie déployée et les résultats obtenus.

De ce point de vue, l'assuré dispose d'un certain nombre de repères : reçoit-il rapidement ses polices, avenants et attestations ? Obtient-il aisément les informations dont il a besoin, au téléphone ou à l'occasion d'un rendez-vous ? La facilité de paiement qu'il avait sollicitée lui a-t-elle été accordée ? Lors du dernier sinistre, l'expert est-il passé dans un délai raisonnable ? Le règlement a-t-il été rapide ? Le refus de prise en charge a-t-il été bien justifié, bien expliqué ? Autant de critères qui permettent à un assuré de juger du sérieux de celui qui l'assure.

A noter d'ailleurs que, parfois, le seul fait de trouver un assureur qui accepte de couvrir un risque un peu spécial constitue en soi le gage d'un réel professionnalisme...

Pendant longtemps, sur ce terrain de l'accueil et du service, les réseaux traditionnels ont devancé les mutuelles sans intermédiaires. D'ailleurs, lorsque, au café du commerce, on parle assurance, on ne dit pas spontanément qu'on est garanti auprès de telle ou telle société d'assurances ; on dit plutôt qu'on est assuré chez M. et Mme Untel. En revanche, les sociétaires connaissent principalement le nom de leur mutuelle, l'anonymat du guichetier étant encore trop souvent la règle.

Bien que les intermédiaires appartenant aux réseaux traditionnels soient sans doute encore perçus comme étant les plus « arrangeants », il n'empêche que les temps changent : la guerre des tarifs ayant montré ses limites, tous les réseaux de distribution concentrent leurs efforts sur le service. Même ceux qui pratiquent l'assurance par téléphone font valoir certains arguments : l'absence de proximité peut parfaitement être compensée par une présence téléphonique vingt-quatre heures sur vingt-quatre...

Autrement dit, même si les consommateurs perçoivent toujours des différences en matière de service selon le mode de distribution, il n'en demeure pas moins qu'elles tendent toutes à s'amoindrir.

Toutes, sauf une : il subsiste en effet un aspect du service rendu à l'assuré, et

pas le moindre, où les consommateurs continuent de constater des différences importantes selon le mode de distribution : il s'agit, on s'en sera douté, du règlement des sinistres. La ligne de partage ne passe pas ici entre représentants des mutuelles et représentants des sociétés d'assurances, distribution de proximité ou vente à distance ; ce qui fait et permet la différence de perception, c'est le statut du représentant local : véritable intermédiaire ou représentant salarié.

De ce point de vue, les courtiers sont sans doute les mieux placés, au moins sur un plan théorique. Mais les agents généraux n'oublient pas non plus qu'en soutenant leurs clients ils défendent également leurs portefeuilles. Il est évident que ce genre de motivation échappe plus facilement à un salarié dont la préoccupation première est d'obéir aux instructions.

Mais, là encore, c'est un fait que cette différence d'attitude soit largement reconnue par les assurés, et c'est autre chose que de savoir si cela suffit à les satisfaire. En effet, les mécanismes conventionnels ont considérablement simplifié la gestion de la plupart des sinistres. Quant à ceux qui échappent aux conventions, leur maîtrise échappe également aux intermédiaires locaux : difficile dans ces conditions de faire preuve d'un professionnalisme pointu, si bien que la marge de manœuvre s'en trouve réduite d'autant.

Et pourtant, ceux qui sont prêts à payer plus cher pour une meilleure qualité de service souhaitent pouvoir constater une différence significative.

III. QUEL SYSTÈME DE DISTRIBUTION POUR QUEL NIVEAU DE TARIFICATION ?

On l'a vu, la qualité de conseil et de service ne constitue pas toujours un point de repère permettant au consommateur de percevoir, à coup sûr, des différences fortes entre les divers systèmes de distribution.

En revanche, lorsqu'il s'agit de mettre en parallèle réseaux de distribution et niveaux de tarification, la distribution sans intermédiaires sur le modèle niortais est immédiatement associée à un niveau de tarification plus faible.

Cela a été et reste globalement vrai. Cependant, là encore, les certitudes s'effritent : les sociétés traditionnelles ont fini par réagir, tardivement, lentement, mais sûrement. Pour certains risques, elles sont parvenues à devenir parfaitement compétitives. Les consommateurs s'en rendent compte et les sociétés d'assurances regagnent des parts de marché.

L'arrivée récente d'un nouveau mode de distribution, l'assurance à distance, semble introduire un niveau de tarification qui se situe entre celui des sociétés d'assurances et celui des mutuelles.

Par conséquent, ici encore, même si de grandes tendances continuent de subsister, rien n'est plus absolument sûr...

Une réalité demeure cependant : la multitude et la superposition des réseaux ne favorisent ni la transparence ni la confiance. En effet, lorsqu'un consommateur obtient pour un même risque et un même contrat deux tarifications différen-

tes, émanant de deux agent généraux installés dans une même ville et appartenant à la même société d'assurances, on ne peut l'empêcher de penser que quelque chose a dérapé. Pour peu qu'un courtier vienne lui proposer le même contrat et qu'il ait reçu dans sa boîte aux lettres une publicité émanant du même assureur... là, il risque d'appeler au secours...

La perception des consommateurs à l'égard des différents réseaux de distribution de l'assurance reste donc extrêmement confuse : entre les agents qui se transforment en courtiers, les courtiers qui travaillent comme des agents, les mutuelles sans intermédiaires qui créent des filiales commerciales et qui, peut-être demain, confieront la distribution de certains de leurs risques à des courtiers, force est de reconnaître qu'il y a de quoi se perdre.

Et pourtant, les assureurs n'ont sans doute pas grand-chose à y gagner : un assuré déstabilisé est un assuré volatile.

Enfin, quel que soit le statut du distributeur, il importe que les conditions d'accès à la profession continuent d'être réglementées, dans le sens, bien entendu, de la protection du consommateur ■

BANCASSURANCE

Produits de prévoyance et assurance de dommages

MOTS CLEFS : *assurances de dommages • assurances de personnes • stratégie de distribution bancaire • rentabilité.*

Après leur succès avéré dans la diffusion des produits d'assurance vie, les banques s'intéressent aujourd'hui (ou sont contraintes de s'intéresser) à la prévoyance et aux assurances de dommages aux biens. Cette stratégie de diversification vers la bancassurance, à l'origine de laquelle on trouve le Crédit mutuel avec la réussite que l'on sait, paraît inéluctable, même si plusieurs schémas de production et de distribution peuvent être adoptés et si leur mise en œuvre sera plus au moins rapide. Jean-Pierre Morin analyse les différentes stratégies observées sur ces nouveaux marchés pour les banques afin d'en déterminer les principaux facteurs clefs de succès.

Les établissements bancaires ont certes bénéficié d'un contexte de marché favorable. Le besoin était latent. En effet, depuis le début des années 80, le marché de l'assurance vie a connu des taux de progression de + 20 % en moyenne. La part de l'assurance vie dans le flux d'épargne des ménages est passée de 5 % en 1980 à près de 65 % en 1994, et l'épargnant a bénéficié tout au long de cette période de taux d'intérêt réels positifs élevés. Mais c'est certainement grâce à l'amélioration des produits apportée par quelques associations et les banques que la demande s'est révélée ! Les banquiers ont également bénéficié d'une image meilleure que celle des assureurs (cf. l'effet plan épargne populaire pour lequel les banques ont emporté la plus grande partie du marché du plan épargne populaire assurances). Les avantages du maillage du réseau bancaire ont été déterminants. Avec une implantation de proximité et une fréquence de contacts élevée, les réseaux bancaires ont su exploiter une meilleure connaissance de la situation patrimoniale de leurs clientèles et un savoir-faire en matière de placements qui les ont placés d'emblée dans une position concurrentielle extrêmement favorable.

* Président du directoire de Fructivie.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

La transparence sur les frais et la gestion financière y est également pour beaucoup.

Partie de 5 % du chiffre d'affaires en 1980, la distribution par guichet représente, en 1994, près de 60 %. Les produits d'assurance vie élaborés par les filiales de banques ont été résolument consommateurs et simples (transparence pour le client). Les contrats distribués ont d'abord été majoritairement des bons de capitalisation, puis des contrats d'assurance vie à prime unique ; aujourd'hui, sans aucune difficulté, les réseaux bancaires vendent des contrats multisupports, des primes périodiques, des contrats retraite Madelin, etc.

Enfin, élément qui n'est pas des moindres, la distribution de l'assurance vie/épargne a fait les preuves de sa rentabilité, par la productivité des filiales captives qui ont été créées par toutes les grandes banques. En effet, le ratio frais généraux sur primes de ces filiales est inférieur de 10 points aux meilleurs ratios des sociétés d'assurances traditionnelles.

La montée en puissance des commissions d'acquisition, mais surtout des commissions sur encours du fait de l'effet volume, est aujourd'hui stratégique pour les comptes des banques ; d'autant que ce phénomène s'accompagne d'une excellente stabilité du portefeuille de contrats. Les volumes de commissions versées aux banques distributrices ont pris une place importante ; ces commissions sont récurrentes et indispensables à un moment où la marge d'intermédiation des banques se détériore continuellement.

La question essentielle aujourd'hui, puisqu'on parle de diversification vers la prévoyance et les assurances dommages aux biens, est simple : les mêmes causes produiront-elles les mêmes effets sur ces nouveaux marchés, et si oui, avec quels moyens ?

I. L'ASSURANCE DE PERSONNES : UN PREMIER PAS VERS L'ASSURANCE DE RISQUE

La prévoyance est un métier que les banques pratiquent déjà depuis longtemps au travers de l'assurance de crédit et, pour certaines, de garanties liées à divers comptes. Mais c'est un développement presque naturel de l'assurance vie, et, depuis cinq ans, les banques se sont intéressées, sans réelle stratégie, à la distribution de contrats de prévoyance individuelle.

En effet, ce marché, en développement de 8 à 12 % par an, constitue vraisemblablement le marché le plus prometteur des dix ans à venir. Le potentiel d'équipement est important dans un contexte de désengagement du système de protection sociale obligatoire.

Par ailleurs, le marché de la prévoyance individuelle reste encore très atomisé en termes de concurrence, ce qui permet une politique de prix préservant les marges des producteurs et des distributeurs.

En revanche, la prévoyance collective est un marché fortement concurrentiel dominé par les grandes sociétés d'assurances et les courtiers ou les institutions

de prévoyance, et sur lequel les marges sont extrêmement faibles compte tenu de la sensibilité au prix.

Les banques ont d'abord diffusé avec un certain succès des produits de prévoyance liés aux soldes d'un compte de dépôt ou d'un compte d'épargne. Toutefois, ces produits restaient limités en termes de montant et d'étendue de garanties (assurance en cas de décès accidentel uniquement, capital sous risque limité à 100 kilofrancs, par exemple). Beaucoup d'entre elles ont fait appel à un cabinet de courtage pour l'élaboration de ces produits. Peu de banques ont fait le choix de créer une filiale d'assurance de personnes captive, pour développer une gamme complète de contrats.

Cependant, le Crédit mutuel pratique la prévoyance depuis vingt ans, le Crédit lyonnais, au travers de ses filiales UAF, depuis quinze ans. Et le groupe Banques populaires s'est également engagé dans cette voie, avec la création, il y a cinq ans, de Fructi-Prévoyance, qui propose aujourd'hui tous les types de garanties :

- assurance en cas de décès et d'invalidité jusqu'à 3 millions de francs avec option maladies graves ;
- assurance arrêt de travail pour les travailleurs indépendants ;
- assurance santé ;
- assurance homme clef ;
- assurance dépendance ;
- assurance hospitalisation.

Cette avance a permis au groupe Banques populaires de positionner le premier une offre complète dans le cadre de la loi Madelin (retraite, décès, arrêt de travail, santé) et de représenter 20 % du marché aujourd'hui (mais l'effet Madelin débordera largement le cadre des professionnels par la mobilisation des réseaux qu'il a engendrés sur le thème de la prévoyance !). Créée *ex nihilo*, la société était rentable au terme du troisième exercice, et va dégager au terme du sixième exercice une rentabilité nette de plus de 15 % des capitaux investis.

Le Crédit agricole a pris récemment la décision de créer une gamme de prévoyance sur ses deux filiales. Toutes les banques vont très rapidement, sous une forme ou sous une autre, développer la prévoyance individuelle en reproduisant ce qui leur a réussi en vie, c'est-à-dire commencer avec les contrats simples à prime faible (ex. : temporaire décès) et développer ensuite la gamme vers des produits plus complexes et à prime élevée.

On constate donc qu'il est aisé de démarrer ce type d'activité tant sur le plan technique (quelques recrutements techniques et médicaux ciblés et des investissements informatiques raisonnables) que sur le plan commercial (formation aux règles de souscription et au marché), avec des investissements limités, et que la rentabilité tant de la distribution que technique est rapide.

Paradoxalement, si les banques sont encore peu présentes sur le marché de la prévoyance, elles sont incontestablement plus volontaristes sur le marché de l'assurance automobile et de l'assurance habitation.

II. L'ASSURANCE DOMMAGES AUX BIENS DES PARTICULIERS : LES BANQUES ONT-ELLES LES MÊMES CHANCES DE SUCCÈS ?

1. Un contexte de marché moins favorable

Le contexte de marché est bien différent de celui de l'assurance vie-épargne et même de la prévoyance individuelle. En effet, les marchés IARD sont saturés ; une politique d'équipement sera plus difficile, puisqu'il s'agit de conquérir de la clientèle chez d'autres assureurs, ce qui n'était pas le cas de l'assurance vie.

Pour les particuliers, le marché est en faible croissance, il est caractérisé par des produits de masse et par la présence déjà majoritaire des mutuelles sans intermédiaires (phénomène que les autres pays européens n'ont du reste pas connu).

Pour les professionnels, c'est un marché qui a connu des pertes sévères depuis 1992, aggravées par une forte concurrence.

Par ailleurs, l'assurance dommages est un métier qui présente des spécificités et une technicité plus importante que l'assurance vie, notamment pour la sélection des risques et le règlement des sinistres.

L'effet prix étant devenu fondamental dans la bataille concurrentielle, cette activité exige des volumes importants pour obtenir une rentabilité satisfaisante.

Il est vrai que l'assurance dommages opère naturellement une sélection des clientèles qui peut diverger des intérêts commerciaux d'une banque (exemple : la clientèle de jeunes de 18 à 25 ans).

Enfin, la fréquence des sinistres est nettement plus importante, ce qui amplifie le rôle déterminant de l'après-vente et de la gestion des dossiers.

Mais tous ces freins, mis largement en avant par les détracteurs de la bancassurance, trouvent très facilement des réponses si l'on respecte un minimum de cohérence dans l'offre, la gestion, la vente et la communication des produits d'assurance de dommages.

2. Quel est l'intérêt des banques à se diversifier vers l'assurance IARD ?

Les motivations des banques sont multiples. Avec une offre assurance automobile et assurance habitation, elles recherchent une meilleure couverture des besoins de leurs clientèles. Elles ont, par ailleurs, des occasions de vente de ces produits avec les crédits automobile ou habitation.

Elles cherchent également à améliorer la productivité commerciale de leur réseau d'agences par de nouvelles sources de commissions récurrentes toujours dans un contexte de baisse des marges d'intermédiation.

Dans le cadre d'une approche globale des besoins des clients et face au phénomène de la multibancarisation, elles sont conduites à suivre cette stratégie de bancassurance qui a déjà été entamée par quelques groupes bancaires, en premier lieu par le Crédit mutuel et plus récemment par le Crédit agricole.

Enfin, dans une stratégie de conquête de nouveaux clients, ces produits peuvent constituer un moyen efficace de prospection.

III. MATRICE DE DÉCISION : LE CHOIX ET LES MOYENS D'UNE STRATÉGIE DE BANCASSURANCE IARD SELON LES MARCHÉS

	Prévoyance			Assurance dommages aux biens	
	Individuelle		Collective marché des entreprises	Marché des particuliers	Marché des entreprises
	Décès/arrêt de travail	Santé			
Croissance du marché	↻	↻	↻	↻	↻
Effet prix dans l'acte d'achat	—	++	+++	+++	++
Fréquence des sinistres	—	+++	+++	++	++
Concurrence	Atomisée	• Mutuelles 45 • MSI	• Grands courtiers • Assureurs traditionnels • Institutions de prévoyance	MSI	• Grands courtiers • Assureurs traditionnels
Les stratégies les plus cohérentes	↓ Création d'une filiale captive	↓ Création d'une filiale captive ou association avec une mutuelle sans intermédiaires	↓ Association avec une institution de prévoyance	↓ Création d'une filiale captive ou association avec une MSI	↓ PME/PMI association avec une MSI

— pas important(e).
++ important(e).
+++ très important(e).

IV. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE DOMMAGES AUX BIENS DES PARTICULIERS

1. La création d'une filiale captive pour l'assurance dommages aux biens

Le Crédit mutuel a créé sa filiale d'assurance IARD il y a plus de vingt ans. Celle-ci est aujourd'hui devenue l'un des acteurs majeurs parmi les sociétés d'assurances IARD. Elle est au 23^e rang en 1993 et gagne 2 rangs par an depuis dix ans avec une croissance du chiffre d'affaires annuel de 15 %. C'est l'exemple même d'une stratégie inscrite dans le temps.

A l'inverse, le Crédit agricole a créé plus récemment Pacifica, avec un succès spectaculaire, mais surtout en adoptant une stratégie de moyens puisque les investissements ont été importants, pour rattraper le temps perdu en quelque sorte !

La création d'une filiale captive présente sans conteste beaucoup d'avantages pour une banque, si, encore une fois, elle en a les moyens.

En effet, la conception des produits est totalement adaptée aux clientèles de cette banque, à ses cibles privilégiées. Les circuits d'acceptation et de gestion sont également pensés en adéquation avec le poste de travail du vendeur. A ce titre, l'organisation adoptée par Pacifica est révélatrice, puisqu'elle a fait le choix d'investir sur un plateau téléphonique pour l'après-vente à l'image des assurances des Caisses Desjardins au Canada. Enfin, la totale maîtrise de la rentabilité de l'activité, notamment dans une stratégie de volume, est une perspective intéressante mais dans un horizon de six à huit ans !

Le Crédit agricole a certes les moyens de sa politique !

2. L'association entre un banquier et un assureur

On peut distinguer 4 cas concrets :

- la société d'assurances détenant une filiale bancaire, c'est le cas du Gan/CIC. Cette « assur-banque » se distingue ou diverge sur bien des points de la bancassurance !
- la banque s'adresse à un cabinet de courtage ; c'est le schéma que la Société générale semble vouloir adopter. Seule l'expérience dira s'il y a un avantage compétitif quelconque dans ce schéma ;
- l'accord, avec liens capitalistiques croisés, entre une banque et un assureur traditionnel, c'est le cas original de l'UAP et de la BNP, et peut-être du Crédit lyonnais et de l'Allianz ;
- l'accord, sans lien capitalistique préexistant, entre une banque et une mutuelle sans intermédiaires. C'est le cas original des Banques populaires avec Maaf assurances. L'avantage énorme de cette stratégie de distribution pure pour la banque est de faire l'économie des investissements lourds que nécessite une filiale captive en IARD et de bénéficier immédiatement des prix de revient à coût marginal d'une MSI déjà très bien placée.

3. Quels sont donc les facteurs clefs de succès ?

■ *Sur le marché des particuliers*

Les trois premiers cas présentent quelques inconvénients :

- les produits diffusés ne sont pas forcément adaptés à la problématique bancaire, notamment en termes de prix et de filière de gestion ;
- l'image de l'assureur peut venir perturber celle de la banque, notamment dans le couple assureur traditionnel/banque ;
- les connexions entre les outils informatiques sont complexes, ce qui ne permet pas aisément d'intégrer cette activité au poste de travail et au fichier clients de la banque ;
- le choc de culture entre réseaux n'est pas simple à maîtriser, et l'aspect psychologique de la vente des produits auto et MRH au guichet est certainement difficile à faire admettre aux agents généraux d'assurance, qu'ils soient gestionnaires ou non de ces contrats.

Faire coïncider parfaitement les intérêts du producteur, du distributeur, des réseaux préexistants tout en ayant un avantage compétitif déterminant (exemple : le prix) semble extrêmement difficile à mettre en œuvre.

En cela, l'association d'une banque coopérative avec une mutuelle sans intermédiaire est sans conteste plus facile.

Le cas des Banques populaires avec Maaf assurances est original car ces deux partenaires partagent de surcroît les mêmes valeurs coopératives et mutualistes en termes d'image, alors qu'ils n'ont en commun que 15 % de leurs 5 millions de clients !

Maaf assurances fonctionne avec des frais généraux inférieurs à ceux des sociétés d'assurances traditionnelles et dispose d'une offre produit particulièrement compétitive. Elle a fait les preuves de son savoir-faire en matière d'après-vente. Les tests réalisés dans les Banques populaires pilotes l'ont d'ailleurs largement prouvé. La société est ouverte sur l'innovation, attentive aux spécificités bancaires et est à la recherche d'un surcroît de croissance.

Pour une banque ne disposant pas de moyens importants pour un investissement dans la création d'une filiale captive à rentabilité très différée, ce schéma est idéal car il permet d'avoir immédiatement, sans autres coûts que ceux de la formation des réseaux, tous les facteurs clefs de succès sur le marché de l'assurance de dommages aux biens de particuliers : le prix, l'expérience dans la sélection des risques, la gestion centralisée des sinistres hors des points de vente, une complémentarité d'image à l'égard de la clientèle et une connexion aisée et peu coûteuse des informatiques des deux partenaires permettant à la banque d'avoir accès aux tarifications et aux informations concernant ses clients pour compléter le relevé de leurs avoirs. Enfin, ce schéma a recueilli de part et d'autre l'adhésion immédiate de la quasi-totalité des dirigeants, des cadres ou des employés.

■ *Sur le marché des entreprises*

On peut envisager les perspectives suivantes : pour l'assurance de dommages aux biens et de responsabilité civile, le marché des grandes entreprises restera une activité de courtiers spécialisés et de grandes sociétés d'assurances ;

- en revanche, en matière de retraite et de prévoyance collective, qui s'intègre parfaitement dans ce que l'on nomme l'ingénierie sociale, les banquiers pourraient jouer un rôle non négligeable, notamment grâce à leur expérience en épargne salariale (participation, intéressement, etc.) ;

- sur le marché des PME-PMI, les banques se positionneront vraisemblablement avec une offre multirisque professionnelle pour les petites et très petites entreprises. Le groupe Banques populaires réalise actuellement des tests avec Maaf entreprises ;

- pour la retraite et la prévoyance collective des PME et PMI, les banques qui auront élaboré une offre, seules ou au travers d'un partenariat, pourraient prendre une part significative du marché. Là encore, le groupe Banques populaires s'est associé avec l'une des principales institutions de retraite et de prévoyance pour proposer une offre complète dès 1996 à sa clientèle de PME-PMI.

CONCLUSION : LES PERSPECTIVES

Dans une première étape, toutes les banques à réseau vont adopter une stratégie de diversification vers l'assurance de dommages par différentes voies et moyens. Dans un second temps, elles adopteront une stratégie volontariste d'équipement de leur clientèle.

Il est tout à fait envisageable qu'elles équipent de 5 à 10 % de leurs clients d'ici à

dix ans (en assurance vie, ces taux d'équipement ont atteint de 20 à 30 % en dix ans selon les réseaux).

La troisième étape de cette stratégie sera celle du retour sur investissement : les banques qui auront su installer une parfaite cohérence entre tous les facteurs clefs de succès, même si la stratégie de moyens diffère, pourront obtenir une rentabilité des actes de distribution et de la gestion technique.

Il faut bien entendu rester vigilant face à l'émergence de nouveaux intervenants dans la distribution de l'assurance dommages : grande distribution, réseaux automobiles et vente à distance notamment. Pour chacun de ces intervenants, on peut déceler des avantages compétitifs intéressants qui feront la différence sur une niche de clientèle.

En revanche, l'intervention de sociétés d'assurances étrangères sur le marché français des particuliers suscite moins d'inquiétude. Les avantages compétitifs qu'elles pourraient avoir restent à découvrir... ■

UNE POLITIQUE DE DISTRIBUTION

MOTS CLEFS : *arbitrage • diversité • modernisation • règles • stratégie • succès •*

Cet article présente tout d'abord un panorama des modes de distribution de l'assurance, puis cherche à définir les règles à respecter pour permettre la distribution multiple et à présenter les arbitrages à réaliser lors des allocations de ressources, avant de passer en revue les conditions générales du succès en matière de politique de distribution.

La stratégie du groupe Axa est connue : exerçant son activité à l'échelle mondiale, le groupe pratique exclusivement des activités d'assurance et les métiers qui sont liés à cette activité principale : gestion d'actifs et réassurance. Dès lors, la stratégie en matière de distribution du groupe n'existe pas en soi mais participe à sa stratégie générale. En effet, les choix en matière de distribution doivent être faits en relation avec des questions telles que le rythme et le mode de croissance souhaités (interne ou externe), la nature du financement de cette croissance (autofinancement ou appel au marché financier), le mode d'organisation (centralisé ou décentralisé) et les valeurs du groupe, enfin. Si une société d'assurances choisit une stratégie de niche de marché auprès d'une catégorie de clientèle, il y aura probablement un canal de distribution optimal. Inversement, si une stratégie généraliste est pratiquée, il sera très utile de maîtriser des savoir-faire avec plusieurs réseaux de distribution et de rechercher ensuite à tirer parti des réussites mais aussi des échecs enregistrés. D'une manière générale, l'impératif de rentabilité des opérations d'assurance s'impose de plus en plus nettement. La stratégie en matière de distribution doit y participer en permettant de se redéployer sur les marchés en fonction des résultats attendus.

Une fois définie la stratégie de l'entreprise, la direction générale doit la faire partager et appliquer dans les différents secteurs à l'intérieur de l'entreprise ainsi que dans les réseaux de distribution.

En effet, l'entreprise doit s'efforcer, pour chaque mode de distribution, d'optimiser la chaîne de valeur ajoutée qui va du client jusqu'au résultat final. Il doit donc y avoir mise en cohérence de la politique de distribution avec la politique

* Directeur général, Axa.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

technique, le marketing, les ressources humaines ou encore le système de contrôle de gestion, comme il y a intégration de la stratégie de distribution dans la stratégie générale.

Ensuite, la politique de distribution définie comme le choix et le management des modes de distribution doit viser à intégrer les réseaux aux choix de l'entreprise. Or la difficulté principale est que, en général, les réseaux constituent, face à la société d'assurances, une collection de centres microéconomiques dont la perspective de temps n'est pas la même que celle de la société d'assurances, en général beaucoup plus longue.

Dans un environnement où la société d'assurances doit anticiper au mieux les évolutions des marchés et adapter rapidement son organisation, la politique de distribution vise en outre à accroître la réactivité et la cohésion du couple formé par la société d'assurances et son réseau, qui sont des partenaires dont les rythmes d'évolution sont *a priori* différents. Il faut donc améliorer la concordance entre eux et pour cela faire bien apparaître les enjeux et donner aux réseaux les moyens de l'adaptation nécessaire.

Enfin, l'efficacité d'une politique de distribution passe aussi par l'accroissement constant du professionnalisme des réseaux.

Nous allons illustrer ces thèmes en passant en revue les différents modes de distribution sur le marché français, puis nous verrons les règles à respecter pour pratiquer la multidistribution sur un même marché avant de proposer des pistes pour réussir une politique de distribution.

I. LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE EN FRANCE A TOUJOURS ÉTÉ DIVERSIFIÉE

A l'inverse de ce que l'on a pu constater dans d'autres secteurs, il n'y a pas de tendance de longue durée qui ait conduit à la disparition de tel ou tel mode de distribution.

Cela ne signifie pas que des évolutions ne se produisent pas, bien au contraire. Chaque mode de distribution a eu un rythme d'évolution qui lui est propre et qui n'a pas forcément été en phase avec les rythmes du marché. Dès lors, les adaptations n'ont pas toujours été et ne sont pas encore suffisantes.

L'évolution majeure intervenue dans les trente dernières années est bien sûr la réussite à la française que constituent les mutuelles sans intermédiaires. Le concept est simple avec une intégration complète de la distribution dans l'entreprise, répartie sur tout le territoire avec des structures techniques et administratives performantes et progressivement une bonne image de marque. Cela n'a pas empêché néanmoins d'autres modes de distribution de résister ou de prospérer.

1. Les agents généraux

Si la lente dégradation des positions de marché n'est pas encore interrompue, les agents généraux d'aujourd'hui sont moins nombreux mais plus professionnels, et leur encaissement moyen augmente sensiblement.

Ce qui est récent et notable, c'est que les disparités augmentent entre agents, mais aussi et surtout entre les réseaux des différentes sociétés d'assurances : elles connaissent dorénavant des résultats très hétérogènes liés à leur dynamisme et à leur stratégie propres.

La question centrale qui doit guider les relations entre la société d'assurances et ses agents généraux étant la recherche d'une convergence d'intérêts à long terme, la société d'assurances qui réussit est celle qui privilégie vraiment le partenariat. Cela signifie qu'elle doit avoir la volonté de rester présente sur la quasi-totalité des branches d'assurance à travers les cycles que le marché connaît. Les politiques tarifaires sur les branches principales, et notamment sur les marchés de particuliers, gagnent à être menées avec continuité et progressivité ; les chocs tarifaires ne sont pas producteurs de bénéfices mutuels à terme. Cette solidarité signifie aussi que la société d'assurances investit dans les outils de gestion de l'agence et en partage le poids financier avec l'agent, qu'elle apporte son conseil à l'organisation des agences et son soutien technique et logistique à des opérations de marketing local. Enfin, les formes de rémunération doivent tendre à accroître la part de l'intéressement aux résultats techniques.

L'image de la société d'assurances se projette de plus en plus sur le terrain et l'image personnelle de l'agent s'y ajoute pour valoriser l'ensemble. C'est donc par la construction de relations croisées permanentes et constamment améliorées que s'établit cette solidarité entre partenaires.

Ces relations se vivent dans une dialectique permanente entre la délégation des responsabilités et des tâches et le contrôle, l'un complétant l'autre et la renforçant.

Un effort permanent est à faire pour éviter les doublons de travaux et pour définir précisément, en segmentant le réseau par catégorie d'agents, le rôle de chacun.

Ainsi s'améliore la réactivité de l'ensemble dans le respect des contraintes et des objectifs de chacun.

Enfin, la pérennité du mode de distribution par agents généraux demande une modernisation des conditions d'exercice de la profession sur le plan général.

2. Les courtiers

Ils occupent une place particulière, car, dans un certain nombre de cas, ils constituent le seul canal de distribution à avoir une position de *market maker*, c'est-à-dire qu'ils assument pour une part la responsabilité de l'équilibre ou non du marché. Cela est par exemple vrai pour les risques industriels et les assurances collectives de personnes.

Cette position privilégiée mais délicate conduit la société d'assurances à définir sa stratégie à l'égard du courtage compte tenu de ses impératifs propres et à avoir une approche plus réactive, visant à accroître ou à réduire sa pénétration sur le marché en fonction des perspectives techniques. Dans ce cas-là, c'est la rapidité de réaction qui doit être privilégiée.

En contrepartie, les courtiers apportent souvent une réelle capacité d'innovation et un dynamisme certain pour aller chercher de nouveaux marchés.

En ce sens, ils sont incontournables et il faut donc rechercher en permanence les voies et moyens d'une optimisation des relations entre la société d'assurances et les courtiers où chacun apporte ses atouts. La montée en puissance de la compétence technique observée dans les grands cabinets de courtage au cours des dernières années rend l'échange plus profitable.

S'agissant des courtiers dits « de proximité » de taille moyenne ou petite, ils ont sans doute intérêt à opter ou bien pour un positionnement spécifique qui valorise une certaine originalité, ou bien pour l'établissement de liens privilégiés avec un nombre plus restreint de sociétés d'assurances.

Probablement la caractéristique majeure du courtage en général est-elle son extrême hétérogénéité ; aussi les sociétés d'assurances sont-elles tenues d'adapter leurs organisations en fonction de la segmentation de courtiers qu'elles ont retenue.

3. Les salariés et les forces de vente intégrées en assurance vie

Leurs perspectives sont essentiellement liées à l'évolution des produits d'assurance vie. Dans un marché d'épargne marqué par la liberté des versements, il est sans doute nécessaire de renouveler le concept de ce mode de distribution pénalisé par des coûts de distribution sensiblement supérieurs à ceux des autres intervenants, en particulier bancaires.

Jusqu'à présent, certaines sociétés d'assurances ont tenté d'élargir la gamme des produits distribués à l'IARD, mais y a-t-il alors un avantage compétitif durable par rapport aux autres modes de distribution ?

Une autre voie est peut-être d'augmenter fortement le niveau de professionnalisme par une spécialisation, par exemple vers le conseil en patrimoine.

Si l'on raisonne à plus long terme, peut-être ira-t-on vers un profil de conseiller rémunéré sur l'acte de conseil et non plus sur le montant de la prime. Dès lors, l'évolution du recrutement dans ces réseaux acquiert une importance prépondérante.

4. La vente directe

Sans entrer dans le débat sur la part de marché détenue à l'horizon de dix ans (5, 10 ou 15 %), des premières données apparaissent pour ceux qui tentent une percée en ce domaine.

Tout d'abord, c'est un excellent apprentissage de qualité de service et de contact avec l'assuré pour une société d'assurances que ses réseaux traditionnels ne rendent pas familière à ces questions.

Ensuite, l'entreprise doit s'engager fortement, et sur le long terme, pour ce type de projet dont la rentabilité est inévitablement différée. L'engagement financier

dépasse largement 500 millions de francs et l'équilibre d'exploitation peut difficilement être atteint avant six ou sept ans, cependant que la rentabilité du projet doit être au rendez-vous à partir de la dixième année.

Dans ces conditions, créer une organisation de vente directe suppose d'en amortir les coûts et l'expérience acquise sur plusieurs pays européens et ne peut donc concerner que des groupes importants.

5. « La Bancassurance »

Le panorama des modes de distribution de l'assurance en France ne serait pas complet s'il n'était pas fait mention de ce que l'on appelle généralement la bancassurance.

En ce qui concerne l'assurance vie telle qu'elle s'est rapidement développée ces dernières années, il s'agit pour l'essentiel d'une forme d'épargne financière des ménages, à long terme ou en vue de la retraite, et donc il est parfaitement compréhensible que les banques aient souhaité se doter des moyens de disposer de ces produits à leurs guichets. Si l'on considérait l'évolution de la part des banques dans l'épargne financière des ménages, probablement verrait-on qu'elle a en fait diminué ces dernières années au profit des sociétés d'assurances traditionnelles, qui, absentes jusqu'à une date récente du marché de l'épargne, en sont devenues des acteurs significatifs.

La situation est tout à fait différente en ce qui concerne les produits IARD : les problèmes de compétence des employés des banques, de contrariété d'intérêts au moment du paiement du sinistre au client et enfin de rentabilité des capitaux propres nécessaires sur un marché très disputé se poseront inévitablement. On peut se demander si les banques, confrontées à la nécessité de mobiliser leurs fonds propres pour leurs activités de crédit, trouveront les moyens d'une diversification, elle aussi consommatrice de fonds propres.

D'une façon générale, la rentabilité est à rechercher dans le *core business* plutôt que dans des activités qui n'en font pas directement partie.

Du point de vue d'une société d'assurances, le partenariat avec une banque suppose d'aller au-delà d'accords de simple distribution, qui sont par définition fragiles ; ce partenariat doit s'accompagner de liens capitalistiques si la société d'assurances veut pouvoir intervenir dans la distribution des produits qu'elle conçoit pour la banque.

II. COMMENT GÉRER LA MULTIDISTRIBUTION

Dans un groupe qui a fait le choix de pratiquer plusieurs modes de distribution sur le même marché, il est impératif de respecter un certain nombre de règles qui rendent possible cette cohabitation. Il est nécessaire aussi de définir des critères qui permettent de réaliser les arbitrages entre les différentes possibilités d'allocation des ressources pour le développement de ces modes de distribution.

1. Les règles à respecter pour permettre la distribution multiple

Tout d'abord, si plusieurs modes de distribution sont utilisés, c'est que, comme en France, ils ont tendance au départ à s'adresser à des clientèles différentes ou à des segments de marché distincts. Il y a donc, du point de vue du marketing de la société d'assurances, l'objectif de cibler des clientèles différentes. Mais, bien sûr, il peut y avoir des zones de recouvrement et de concurrence.

Or une société d'assurances doit préserver d'abord son fonds de commerce et éviter la concurrence interne.

Sans vouloir être exhaustif sur un sujet qui se renouvelle constamment, il paraît souhaitable :

- d'avoir une clarification des comptes pour les affaires réalisées par chaque canal de distribution et pour cela d'aller jusqu'à créer des sociétés d'assurances spécifiques pour chaque réseau, ce qui évite la confusion dans l'utilisation des fonds propres ; chacune des sociétés d'assurances est ainsi un véritable centre de profit qui a vocation à être autonome financièrement et rentable ;
- de protéger les clientèles existantes ;
- de protéger les savoir-faire mis au point dans les couples sociétés d'assurances/réseaux en réservant parfois les innovations touchant les produits à un réseau ;
- d'accorder une grande autonomie au management de chaque société d'assurances dédiée à un réseau qui dispose de ses propres moyens, y compris de communication. L'utilisation de plusieurs marques est tout à fait possible accompagnée du rappel de l'appartenance au groupe ;
- d'organiser de façon permanente une coordination des directeurs généraux concernés pour rendre les stratégies propres compatibles entre elles.

2. Les arbitrages lors des allocations de ressources

Les sociétés d'assurances opèrent sur le marché français IARD avec des capitaux propres qui sont supérieurs à trois fois la marge de solvabilité réglementaire. Il existe donc une tendance à mélanger parfois les produits financiers issus de l'excédent des fonds propres nécessaires à l'activité avec la rentabilité des opérations d'assurance elles-mêmes.

Ainsi a pu être masquée longtemps une dérive des comptes techniques, compte tenu de cet excédent des fonds propres et aussi, bien souvent, d'un excédent de réserves techniques. De plus, dans une société multicanaux, la rentabilité propre à chaque réseau ne pouvait pas être clairement établie, non plus que l'évaluation des coûts et du rendement de projets nouveaux de développement.

Des progrès notables ont été accomplis sur ces différents points :

- avec une structure dédiée à chaque réseau, il est possible d'analyser la rentabilité de chaque mode de distribution. Lorsqu'il s'agit d'un réseau ancien, l'excédent de fonds propres constitué grâce à la profitabilité passée peut permettre de

gérer dans le temps les évolutions ou les restructurations nécessaires du réseau, mais on ne doit pas en tenir compte pour le calcul de la rentabilité technique ;

— en ce qui concerne la mesure de la performance comparative de chaque réseau, il est nécessaire de ne pas tenir compte seulement de la rentabilité annuelle des opérations mesurée par le compte d'exploitation ; il convient d'y ajouter l'éventuel accroissement de valeur du fonds de commerce (valeur intrinsèque ou *embedded value*), mesuré en prenant notamment des hypothèses sur la stabilité des clientèles et le déroulement technique futur des opérations à partir des réserves constituées.

III. LES CONDITIONS GÉNÉRALES DU SUCCÈS

Sans prétendre à l'exhaustivité, les facteurs qui suivent paraissent de nature à améliorer les chances de succès.

1. Partir du client

La connaissance de leurs clients par les sociétés d'assurances est un préalable à toute politique de distribution.

Naturellement, cette recherche n'est pas dirigée contre les réseaux et ne vise pas à s'y substituer, mais elle est la condition d'un partenariat de qualité entre la société d'assurances et ses réseaux.

Cette connaissance s'appuie sur des outils (fichier clients, panels, sondages...) ; elle doit être permanente et approfondie d'année en année et fournit les bases d'un marketing appliqué à des populations assurées définies et segmentées.

2. Renforcer les instruments de mesure et d'analyse de l'efficacité des réseaux

Les tableaux de bord à la disposition des directions générales concernant les réseaux sont souvent insuffisants.

La prise de décision est ainsi rendue plus difficile, car un réseau n'est pas l'addition de points de vente appréciés individuellement, mais un ensemble qu'il faut piloter comme tel.

En même temps, une connaissance précise et actualisée de la distribution est la condition préalable à des relations plus économiques et donc plus fructueuses entre la société d'assurances et ses réseaux.

3. Organiser l'entreprise en tenant compte de l'importance de la distribution

Sur le plan politique, la fonction distribution est clairement une fonction essentielle de la direction générale de la société d'assurances.

Sur le plan de l'organisation interne, il est important de repenser les processus

en les analysant du point de vue du client et en reconstituant en continu la chaîne de valeur ajoutée qui part de la souscription en agence jusqu'aux actes techniques et administratifs de la société d'assurances.

Cette réorganisation de l'entreprise par processus transversaux est un enjeu de meilleure qualité de service au client et de réduction des coûts.

4. Différencier le soutien de l'entreprise en fonction du distributeur

Pour tenir compte de la grande diversité des situations à l'intérieur d'un réseau (hétérogénéité des agents, des courtiers) et apporter un soutien adapté, l'entreprise doit pouvoir gérer en même temps des modes de relation très différents : plus ou moins de délégation, plus ou moins de support commercial et d'assistance. La différenciation doit pouvoir aller jusqu'à l'agence ou le cabinet de courtage. L'informatique est normalement une aide puissante à cette adaptation.

5. Gérer des hommes

Le facteur humain et donc la qualité des relations humaines ont toujours été essentiels dans l'assurance.

La modernisation des rapports entre les sociétés d'assurances et leurs réseaux, si elle implique sans doute la recherche d'équilibres mieux fondés sur des réalités économiques, doit être conduite en préservant le capital de confiance mutuelle.

6. Internationaliser les expertises et les projets

La politique de distribution d'une grande société d'assurances peut être conçue sur le plan international et les expériences de chaque pays servir à tous.

Par ailleurs, des projets sont à mener sur le plan international :

- le marketing direct qui va probablement se développer dans plusieurs marchés européens ;
- la distribution de produits financiers transfrontières ;
- la commercialisation et la souscription des grands risques.

En conclusion, l'on peut dire qu'il n'y a pas de recette miracle. Le temps n'est plus où un mode de distribution semblait devoir l'emporter sur tout autre. Il n'y a pas de fatalité du succès ou de l'échec. Il y a des entreprises qui développent des stratégies gagnantes, et d'autres non.

C'est au niveau de chaque ensemble que constituent l'entreprise et ses réseaux que doivent se trouver les solutions et les clefs du succès ■

RUBRIQUES

Droit

« Réclamations » contre la jurisprudence « claims made »

Bruno **M**ostermans, Emmanuel Silvestre

Économie

Assurance sociale et assurance privée
face à la crise de l'État providence

André **M**asson

« RECLAMATIONS »

contre la jurisprudence « claims made »

MOTS CLEFS : assurance responsabilité civile ■ Belgique ■ Espagne ■ jurisprudence ■ période de garantie ■

Un sinistre de responsabilité civile peut se dérouler sur une période suffisamment longue pour voir se succéder, dans le même temps, différents assureurs et différentes bases de garantie limitant les engagements de chacun. L'assuré s'expose ainsi au risque d'avoir sa responsabilité engagée sans couverture d'assurance du fait soit de la mauvaise articulation des garanties successives, soit de la formulation tardive de réclamations postérieures à la cessation de son activité dommageable. Conformément au dogme consumériste où « un bon responsable est un responsable solvable », la Cour de cassation a donc développé une jurisprudence faisant de l'assureur une sorte de caution de l'assuré responsable, nonobstant les termes et conditions du contrat les liant. Imitée dans un premier temps en Belgique et en Espagne, cette construction prétorienne se trouve désormais isolée et objet des plus vives critiques tant dans sa motivation juridique que dans ses implications pratiques...

Plus de quatre ans après la mise hors la loi, par la Cour de cassation, des clauses dites « base réclamation », le bras de fer engagé entre assureurs et magistrats continue de s'intensifier au rythme des décisions de justice rendues en la matière. Malgré des efforts accomplis pour sortir de cette impasse, l'assureur français se doit, en l'état actuel de la jurisprudence et nonobstant toute clause contraire, d'accorder sa garantie pour des dommages « ayant pour origine un fait survenu pendant la période de validité de la police ». L'ampleur du débat se révèle à la hauteur du bouleversement ainsi opéré dans l'équilibre et la sécurité juridique des contrats d'assurance, dans la mesure où la quasi-totalité des polices responsabilité civile émises sur le marché français se sont brusquement retrouvées en contradiction totale avec la plus haute instance judiciaire du pays.

* Respectivement département responsabilité civile, grandes entreprises, Gras Savoye ; cabinet Cekar. Cet article est tiré d'un mémoire de DEA auquel a été décerné le prix Risques 1994.

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

Mais cette construction prétorienne semble avoir aujourd'hui atteint ses limites. Confrontée aux critiques des professionnels de l'assurance et à une résistance appuyée de certains juges du fond, la première chambre civile se radicalise dans l'affirmation de sa position dictée par un souci consumériste compréhensible, mais aux implications pratiques économiquement néfastes.

De récents revirements observés dans les législations belges et espagnoles, dont nous soulignerons l'évolution, nous permettent d'espérer que la situation actuelle se clarifiera davantage dans ce domaine, notamment à l'heure de l'intégration dans notre droit de la directive communautaire sur les clauses abusives...

I. LA DURÉE DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE : UNE LIBERTÉ CONTRACTUELLE LÉGALEMENT RECONNUE MAIS PRÉTORIENEMENT DÉMENTIE

1. La mise en marge de la clause *claims made*

La condamnation de la clause dite « réclamation » (ou encore *claims made*) s'inscrit en France dans un mouvement progressif que bon nombre d'acteurs associent à la montée en puissance des idées consuméristes. Mais le débat prend une autre dimension dès lors qu'il dépasse les limites de nos frontières, pour atteindre une ampleur du même ordre en Belgique et en Espagne.

2. La problématique engendrée par la couverture « base réclamation »

La définition de la clause réclamation nous est donnée à la lecture de l'article L. 124-1 du Code des assurances : « Dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est faite à l'assuré par le tiers lésé. » Toutefois, l'article L. 111-2 prévoit qu'il peut être dérogé à la définition du sinistre, telle qu'elle résulte de l'article L. 124-1. Le Code des assurances confère donc lui-même aux parties toute liberté contractuelle en ce domaine. Les cocontractants sont ainsi parfaitement libres de convenir de l'étendue de la garantie, l'assureur calculant le montant de la prime en fonction de la durée potentielle des engagements souscrits.

La Cour de cassation a d'ailleurs maintes fois, dans le passé, estimé que la détermination de l'étendue dans le temps de la garantie des assurances de responsabilité des entreprises et de responsabilité professionnelle relevait de la liberté contractuelle (Cour cass., 1^{re} civ., 28 octobre 1974, D 75, p. 269 ; Cour cass., 1^{re} civ., 29 novembre 1979, RGAT, p. 398).

En base *claims made* sont ainsi garanties les réclamations survenant pendant la période de validité de la police. Cette technique de couverture, qui a déjà suscité de nombreux commentaires, pose cependant des difficultés inhérentes à la dissociation existant alors entre l'application de la garantie d'assurance et la responsabilité encourue par l'assuré.

Cette clause réclamation expose en effet l'assuré responsable, et indirectement sa victime, à des risques de trous de garantie dans l'éventualité d'un changement d'assureur pendant le processus de réalisation du sinistre (le dommage né sous l'emprise du premier contrat et donnant lieu à réclamation pendant la seconde police demeure non garanti). Il en va de même en cas de cessation d'activité de l'assuré, puisque celui-ci peut se voir mis en cause plusieurs années après la résiliation de son contrat d'assurance responsabilité civile.

La clause *claims made* possède cependant des extensions qui réduisent de façon considérable le risque de trous de garantie en cas de changement d'assureur. Ainsi, la formule dite de « reprise du passé » permet de couvrir les réclamations formulées pendant la période de validité du contrat mais afférent à des dommages survenus avant la prise d'effet des garanties (sous réserve de leur non-connaissance par l'assuré à la souscription de la police d'assurance, par définition aléatoire).

De même, à l'autre borne de validité de la police, une extension dite « garantie subséquente » permet de garantir les dommages survenant pendant la période de garantie lorsque la réclamation correspondante est formulée, souvent dans un délai limité, postérieurement à l'extinction de la police (résiliation ou survenance du terme).

Malgré ces aménagements, les autorités judiciaires, voire législatives, ont condamné cette technique contractuelle de délimitation du contrat responsabilité civile dans le temps en raison notamment de l'insolvabilité opposée aux victimes par les responsables, assurés à l'époque des faits, et en faillite à la date de leur mise en cause.

3. La réaction des juges face aux trous de garantie

C'est à la jurisprudence que l'on doit les premières condamnations des clauses réclamations. Mais force est de constater que d'autres pays voisins se sont inspirés de ce courant jurisprudentiel.

■ *Initiative française : un « juge gendarme » devenu « juge providence »*

Les 22 et 23 janvier 1985 (D. 1985, p. 216, RGAT 1985, p. 410), la Cour de cassation décide que « la clause subordonnant la garantie à la présentation de la réclamation de la victime pendant la durée du contrat est inopposable aux victimes qui disposaient, dès l'apparition du dommage, d'une créance d'indemnité contre l'assureur ». Cette jurisprudence dissocie dès lors le droit à l'indemnisation de la victime par l'assureur (en vertu de l'action directe) du droit à garantie de l'assuré. La Cour admet donc pour la première fois, sans s'appuyer sur un texte spécifique, l'inopposabilité à la victime agissant par la voie de l'action directe d'une exception opposable par l'assureur à l'assuré. Ainsi, dès lors que le dommage subi par la victime est apparu, à une époque où la garantie de l'assureur était acquise à l'assuré, il avait dès ce moment fait naître une créance d'indemnité dans le patrimoine du tiers lésé.

La critique constante des assureurs depuis 1985, à l'égard d'une jurisprudence les amenant à prendre en charge des sinistres contractuellement non couverts, a abouti contre toute attente non pas à un revirement, mais à un durcissement exprimé dans 7 arrêts rendus le 19 décembre 1990 (RGAT 1991, n° 1, p. 155 ; JCP 1991 II 21656). La première chambre civile de la Cour de cassation répute non écrite la clause réclamation en des termes suffisamment généraux pour leur donner la valeur d'arrêts de principe. Elle censure ainsi les clauses des polices d'assurance de responsabilité civile faisant cesser la garantie d'assurance lors de la résiliation du contrat, notamment pour les réclamations postérieures des tiers lésés.

En affirmant que « le versement de la prime a pour contrepartie nécessaire la garantie des dommages dès lors qu'ils trouvent leur origine dans un fait qui s'est produit pendant la période de validité du contrat », la Cour de cassation en déduit par conséquent la nullité des clauses de garantie subséquente, accordée moyennant surprime, car dénuées d'objet (Cour cass., 1^{re} civ. du 28 avril 1993, resp. et ass. n° 245).

Nous ne nous étendrons pas sur les fondements et l'analyse de cette jurisprudence qui a fait l'objet de très nombreux commentaires (RGAT 1991, n° 1, p. 155 ; JCP 1991, II, 21656 ; D. 1992, Ch. 134 ; Claude Delpoux : « L'assureur, le juge et le temps », *Risques*, n° 5, 1991 « Assurance RC et application de la garantie dans le temps », *Risques*, n° 14, 1993), mais plutôt sur la situation particulière et analogue rencontrée en Belgique et en Espagne.

■ *Un législateur belge et un juge espagnol « sous influence »*

En Belgique, tout d'abord, alors que rien ne le présupposait et que la liberté contractuelle était la règle, le législateur, lors du vote de la loi sur le contrat d'assurance du 25 juin 1992, a suivi, dans son article 77, le raisonnement développé par la Haute Cour française.

En effet, cet article définit le sinistre comme étant « l'événement dommageable » prévu au contrat. De plus, l'article suivant précise que « l'obligation de l'assureur s'étend aux réclamations introduites après l'expiration du contrat lorsque l'événement dommageable s'est produit en cours de contrat ».

De la jonction de ces deux dispositions légales, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Upea) a tiré plusieurs conséquences :

- le contrat d'assurance doit préciser l'événement dommageable contre les conséquences duquel l'assuré souhaite s'assurer ;
- toutes les réclamations se rapportant à l'événement dommageable ainsi couvert sont à la charge de l'assureur, même si elles sont introduites après l'expiration du contrat.

Cette disposition législative a provoqué de nombreux commentaires, et il semble que son inspiration provienne des arrêts de 1990 de la jurisprudence française. En effet, on ne dénombrait aucune décision de justice pouvant faire présager une telle mesure. A l'issue de l'adoption de ce texte, la réclamation se retrouvait remplacée par la notion d'« événement dommageable », ce qui entraînait la

garantie de l'assureur pour les réclamations introduites après l'expiration du contrat.

En Espagne, la définition du sinistre relève de l'article 73 de la loi sur le contrat d'assurance de 1980 : « Pour les assurances de responsabilité civile, l'assureur s'oblige, dans le cadre des limites fixées par la loi et le contrat, à couvrir le risque né d'une obligation pour l'assuré d'indemniser le tiers des dommages des préjudices causés par un événement prévu dans le contrat dont il est civilement responsable conformément au droit. » Or cet article 73 ne figurant pas parmi les articles d'ordre public mentionnés à l'article 2 de la même loi, on en déduit la faculté qu'ont les parties d'y déroger.

Nonobstant cette liberté contractuelle, la Cour suprême espagnole déclare nulles et sans effet les clauses exigeant la survenance de la faute et de la réclamation pendant la période de validité du contrat (arrêts du 20 mars 1991 et 23 avril 1992 en matière de responsabilité civile professionnelle dans un litige opposant Doctors Association of Barcelona contre Aseguradora Central de Seguros, RGAT 1993, p. 637). En l'espèce, il était stipulé dans les conditions générales que les réclamations des faits survenus, tant que la police était en vigueur ou dans les deux ans de sa résiliation, demeuraient couvertes.

Dans cette affaire, quatre ans après la résiliation de la police, un médecin se voit assigné et condamné pour des négligences commises pendant la période de validité du contrat. La société d'assurances responsable au moment du fait dommageable refuse alors sa garantie car la réclamation était intervenue après les deux ans que fixait la police comme limite de couverture.

L'attendu de la Cour suprême s'avère en substance identique à celui de la Cour de cassation française et possède, de la même manière, une portée volontairement large. Les hautes juridictions française puis espagnole, ainsi que le législateur belge semblent fortement inspirés par l'esprit consumériste qui consiste à faire prévaloir la juste indemnisation d'une victime sur les obligations contractuelles liant l'auteur des dommages à son assureur de responsabilité civile. Toutefois, ce mouvement jurisprudentiel, qui trouve ses limites en assurance obligatoire, reste vivement contesté par des assureurs aussi pragmatiques qu'inquiets.

II. UNE JURISPRUDENCE DÉLIMITÉE ET CRITIQUÉE

Outre une argumentation juridique contestable sur laquelle nous ne reviendrons pas, ces décisions de la Haute Cour se sont retrouvées en décalage aussi bien vis-à-vis de textes réglementaires qu'au regard des implications économiques qu'elles engendrent.

1. Un juge respectueux du pouvoir réglementaire en assurance obligatoire

En effet, ironie de la situation, le législateur et le pouvoir réglementaire ont consacré à plusieurs reprises le principe de base réclamation qui a été censuré dans les arrêts du 19 décembre 1990.

Tout d'abord, le décret 81 445 du 7 mai 1981, modifié par le décret 89 937 du 22 décembre 1989, régissant le statut de l'ordre des experts-comptables et des comptables agréés, prévoit, dans son article 2, l'obligation de souscrire un contrat d'assurance de responsabilité civile. Aux termes de l'article 4 de l'annexe, il est ensuite précisé qu'on entend par sinistre « toute réclamation relative à un fait susceptible d'engager la responsabilité civile de l'assuré ». Il est enfin indiqué que « la garantie s'exerce pour les réclamations présentées entre la date de prise d'effet et celle d'expiration ou de résiliation du contrat ». Le texte impose cependant une garantie subséquente de dix ans, mais uniquement dans le cas de cessation d'activité. L'assureur se voit reconnaître la faculté de demander une prime correspondant à cette garantie subséquente qui peut dès lors être suspendue si l'assuré ne paie pas la somme exigée.

On trouve le même type de clause, subordonnant la garantie à la présentation d'une réclamation avant la résiliation du contrat d'assurance, dans l'arrêté du 13 août 1974 concernant les experts en automobile ou encore le décret 85 1389 du 27 décembre 1985 relatif aux administrateurs judiciaires : « Les contrats responsabilité civile doivent garantir les personnes assurées contre toute réclamation présentée entre la date d'effet et celle de la résiliation du contrat, quelle que soit la date du fait générateur. »

Enfin, la même observation peut être faite s'agissant du décret 90 843 du 24 septembre 1990 relatif aux courtiers et sociétés de courtage d'assurance ou encore dans l'arrêté du 1^{er} septembre 1972 traitant de l'assurance responsabilité civile professionnelle des administrateurs de biens.

La censure des clauses base réclamation ne peut donc s'appliquer aux contrats d'assurance de responsabilité souscrits par les membres d'une profession soumis à l'obligation d'assurance dès lors que les contrats contenant de telles clauses s'avèrent conformes aux textes réglementaires qui en énoncent les conditions types. En décider autrement reviendrait, pour le juge civil, à déclarer indirectement illégal un texte réglementaire !

C'est pourquoi la Cour suprême s'est vue contrainte de reconnaître la validité de la clause réclamation pour l'assurance obligatoire de responsabilité professionnelle des agents immobiliers ou des administrateurs de biens (arrêt Cour cass., civ. 1^{re}, du 23 juin 1993, resp et ass., octobre 1993 et du 2 mars 1994, CGI/Mutuelles du Mans). Cependant, cette solution n'est applicable que dans le cas où un texte réglementaire prévoit expressément que la garantie de l'assureur est limitée dans le temps. Dans un arrêt récent du 9 mai 1994 (Cour cass., civ. 1^{re}, RGAT 94 1, p. 647, Penot/Cigna), les clauses types relatives à l'assurance de responsabilité civile des avocats, tout en définissant le sinistre par la réclamation relative à un fait susceptible d'engager la responsabilité civile professionnelle de l'assuré, ne précise pas l'étendue de la garantie dans le temps et n'interdit donc pas au juge judiciaire d'appliquer sa censure.

Mais cet arrêt apporte une délimitation de principe à la jurisprudence initiée par les arrêts de décembre 1990. En effet, la haute juridiction précise que « la

clause base réclamation, en l'absence de tout texte l'autorisant, doit être réputée non écrite ». Cette invitation lancée aux pouvoirs publics pour réglementer et valider les clauses *claims made* en France a d'ailleurs été quasi simultanément suivie d'effet, puisque le décret du 15 juin 1994 relatif à l'assurance obligatoire de responsabilité civile professionnelle des agences de voyages consacre, dans son article 24, une clause base réclamation (accompagnée, il est vrai, d'une période de garantie subséquente).

2. Les conséquences pratiques et économiques de la mise à l'écart de la clause *claims made*

Devant la réitération de la jurisprudence de 1990 par la première chambre civile, l'une des premières craintes des professionnels de l'assurance réside dans le risque de développement du contentieux. En effet, l'assureur du moment de la réclamation pourrait, en théorie, invoquer lui-même la nullité de la clause pour refuser de faire face à ses engagements contractuels aux dépens de l'entreprise en charge du risque lors de la survenance de la cause génératrice du dommage.

D'autre part, un problème sur la répartition des sinistres risque d'émerger si l'assureur actuel, en base réclamation, se fonde sur la jurisprudence pour rechercher un cumul d'assurances. Dans le même sens, en cas d'exclusion de garantie sur la police en cours de validité lors de la réclamation, l'assuré sera tenté d'invoquer la police en vigueur au moment du fait à l'origine du dommage, bien que celle-ci soit résiliée depuis plusieurs années.

Force est cependant de constater qu'à l'heure actuelle de tels conflits ne se sont pas généralisés. Mais il est vrai que les organismes professionnels tels que la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), l'Union professionnelle des entreprises d'assurances belges (Upea) ou l'Unespa, pour l'Espagne, ont veillé à éviter ce type de conflits par la signature de conventions renouvelées périodiquement entre assureurs membres.

Par ailleurs, le système prôné par la Cour de cassation peut poser des problèmes quant à l'application des plafonds de garantie et l'étendue des engagements ou des franchises. Selon la logique des hauts magistrats, des polices antérieures peuvent être amenées à jouer, ce qui a pour principal inconvénient de risquer d'avoir des polices inadaptées, en montant de garantie, au risque actuel.

Il est à noter que la Cour de Cassation, par un arrêt du 4 novembre 1992 (RGAT 1993, p. 128), a admis que « toutes les réclamations provoquées par un même fait générateur étaient regardées comme constituant un seul et même sinistre et affectées à l'année de la première réclamation adressée à l'assuré ».

Les hauts magistrats retiennent ainsi, pour savoir quand la garantie est épuisée, la date de la première réclamation et obligent l'assureur à indemniser les demandes des victimes dans l'ordre chronologique jusqu'à épuisement de la garantie telle qu'existant au jour de la première réclamation. La logique propre à la première chambre n'aurait-elle pas voulu que le montant assuré soit celui prévu par la police en vigueur à l'époque du « fait à l'origine du dommage » ? Ce risque est

réel eu égard au déroulement extrêmement long que peut nécessiter un sinistre en responsabilité civile.

Une autre difficulté concerne l'obligation pour les assureurs de fonctionner sur les bases d'un système de répartition. Sans aborder le débat « répartition/capitalisation », il convient de souligner que le nouveau système prôné par les hauts magistrats se trouve en conflit avec les règles des provisions pour sinistres à payer (article R. 331-6 § 4 et R. 331-15 du Code des assurances) qui doivent être constituées selon les critères suivants :

- les sinistres réglés mais restant à payer ;
- les sinistres non réglés : il s'agit de sinistres connus de l'assureur en cours d'instruction et dont l'évaluation approximative est corrigée et affinée en fonction de l'évaluation progressive du dossier ;
- et les sinistres survenus mais inconnus de l'assureur à la date de l'inventaire (*insured but not reported losses*). Il s'agit, dans ce cas, d'un provisionnement forfaitaire (calculé par rapport aux années précédentes) destiné à faire face aux sinistres tardifs.

Il est ainsi aisé d'en déduire une absence de réserve pour des sinistres à déroulement lent et pouvant atteindre de très grandes proportions. Cette ambiguïté sur les règles de provisionnement se trouve renforcée par la directive 91-674 du Conseil des communautés européennes du 19 décembre 1991, qui rejoint les règles édictées par le texte réglementaire français.

Enfin, un dernier point d'incertitude concerne la réaction des réassureurs, dont l'attitude influe directement sur les politiques de souscription. Les assureurs français cédants, soumis à la censure des arrêts de 1990, risquent de se retrouver dans une position concurrentielle défavorable par rapport à leurs homologues des autres États membres de l'Union européenne, qui, eux, lui échappent. En effet, les sociétés d'assurances de l'Hexagone pourront supporter, sans avoir perçu de primes correspondantes, le poids des réclamations ultérieures, sans être forcément suivies par les réassureurs qui s'appuieront sur le texte de leurs traités pour refuser de les soutenir.

Les assureurs espagnols et belges subissent aussi le même sort que les sociétés d'assurances françaises. Pour la Belgique, le législateur semble ne pas avoir réalisé qu'il plaçait incidemment les assureurs en porte à faux par rapport aux exigences de leurs réassureurs, étrangers à la loi du 25 juin 1992.

Depuis les changements intervenus en France, en Belgique et en Espagne, les traités n'ont pas été modifiés, et les conséquences financières demeurent à la charge des assureurs directs. A la suite de ces événements, nous avons pu assister à une augmentation notable des primes et à une forte baisse de capacité pour certains risques responsabilité civile professionnelle notamment.

Mais les conséquences de ce mouvement jurisprudentiel se sont surtout fait ressentir dans le domaine, brûlant d'actualité, que représente la pollution. Le pool de coréassurance en quote-part Assurpol avait initialement élaboré sa po-

lice sur une base réclamation classique dont chacun maîtrisait parfaitement la portée.

Au 1^{er} janvier 1994, la référence à la réclamation a été remplacée par le critère de « première constatation vérifiable du dommage ». Nombreux sont ceux qui redoutent les problèmes d'interprétation qui apparaîtront inmanquablement à l'occasion de sinistres face à une notion dont il est difficile de définir parfaitement le contenu. L'interdiction de la base réclamation a aussi pour conséquence de considérablement freiner l'innovation sur les garanties d'assurance. En effet, sur le marché de l'assurance pollution, des assureurs non membres d'Assurpol seraient prêts à octroyer des garanties supérieures et plus larges dès lors que l'intervention de la police serait fondée sur un critère facilement contrôlable et qui permettrait de maîtriser précisément ses engagements.

Cependant, force est de constater que la censure de la clause réclamation affirmée en France en 1990, reprise en Espagne un an plus tard et réitérée par voie législative en Belgique, sème désormais le trouble dans l'ordre judiciaire français...

III. LA CENSURE DE LA CLAUSE CLAIMS MADE : UNE PROHIBITION À L'ÉPREUVE DU TEMPS ?

« La fin ne justifie pas les moyens » semble être le message adressé à la Cour suprême par certains juges du fond hostiles à la censure absolue de la clause claims made. De même, la radicalisation du mouvement amorcée par la haute juridiction depuis 1990 perd de son éclat aux yeux des législateurs belges et espagnols, désormais plus sensibles aux arguments développés par les assureurs.

1. Un trouble grandissant parmi les magistrats

■ *Résistance appuyée de la cour d'appel de Reims*

Malgré son rôle d'unification dans l'interprétation et l'application des normes, la Cour de cassation se heurte au maintien d'une jurisprudence divergente affirmée par la cour d'appel de Reims. En effet, par deux arrêts rendus en audience solennelle (sur renvoi après cassation) les 14 décembre 1993 et 8 mars 1994 (RGAT 94, n° 2, p. 654), ces juges du fond proclament la validité des clauses réclamation.

L'intérêt de ces deux arrêts, outre leur caractère solennel, réside principalement dans l'argumentation maintes fois avancée par les sociétés d'assurances et ici reprise par les magistrats pour convaincre du bien-fondé d'une telle décision.

Pour ce faire, l'arrêt d'appel commence par rappeler le caractère supplétif de l'article L. 124-1 laissant aux parties la liberté de fixer dans le contrat la période pour laquelle l'assureur accorde sa garantie. Poursuivant leur raisonnement juridique, les juges démontrent ensuite la faiblesse des griefs invoqués pour justifier

la nullité des clauses base réclamation, à savoir l'absence de cause ou de contrepartie.

En effet, dans le système *claims made*, si l'assureur est dégagé de la prise en charge des conséquences de certains faits générateurs dommageables qui se sont produits pendant la validité du contrat et pour lesquels aucune réclamation n'a été formulée avant l'expiration de la police, il est susceptible de prendre en charge les conséquences de faits dommageables antérieurs à la signature du contrat, dès lors que la réclamation intervient pendant la durée de la police. Ainsi, ni l'assureur ni l'assuré ne savent si l'une ou l'autre de ces situations se présentera, de sorte que son caractère aléatoire est effectif pour les deux parties.

Comme le souligne le professeur Ghestin (*Traité de droit civil*), l'aléa tient lieu de contrepartie dans les contrats aléatoires, dès lors que celui-ci est effectif pour les cocontractants. Lorsque l'un d'eux a accepté le risque réel d'une opération juridique, il ne peut ensuite faire valoir qu'il n'a reçu aucune contrepartie.

Pour s'en convaincre, rappelons que, à la lecture de l'article 1104 du Code civil, la cause dans les contrats aléatoires ne consiste pas dans une contrepartie (contrat commutatif) mais dans les « chances de gain ou de perte courues par les parties ».

Si l'on approfondit la critique de la motivation des arrêts de décembre 1990, il convient de rappeler qu'une juste application de l'article 1131 du Code civil devrait conduire à l'annulation du contrat d'assurance et à la restitution des primes versées par le souscripteur. En effet, la cause étant un élément essentiel du contrat, la nullité pour absence de cause devrait conduire non à réputer la clause réclamation non écrite, mais à faire tomber l'ensemble du contrat ! Mais l'année 1994 fut riche d'enseignements quant à la détermination des hauts magistrats à maintenir, dans la mesure du « juridiquement possible », leur jurisprudence *claims made*...

2. Une première chambre civile déterminée quant au but, mais hésitante quant aux moyens

Malgré le relatif succès remporté par les défenseurs de la clause *claims made* auprès de certains juges du fond, la première chambre civile de la haute juridiction a rejeté, par un arrêt de la Cour de cassation du 6 décembre 1994 (*Mutuelle des architectes français c/SA Cigna France*, memento Francis Lefèvre de droit des affaires n° 370), l'une des principales argumentations développées par la cour d'appel de Reims.

En effet, selon la Cour suprême, « une clause de reprise du passé n'a pas pour effet de valider celle aux termes de laquelle la garantie des dommages résultant de faits générateurs postérieurs à cette prise d'effet est subordonnée à l'existence d'une réclamation formulée pendant la période de validité du contrat ».

Cette persévérance dans la prohibition des clauses *claims made* n'étonne en réalité qu'à moitié, tant la jurisprudence de la Cour de cassation n'a cessé de

poursuivre sa logique consumériste depuis les conclusions d'Yves Jouhaud, ancien président de la première chambre civile.

Par un arrêt du 28 avril 1993 (Argus 28 mai 1993, p. 38), la Cour de cassation rejette ainsi le pourvoi d'un assureur fondé sur la violation de la directive 91/674 CEE du 19 décembre 1991 et de l'article R. 331-15 du Code des assurances. Le moyen du pourvoi soutenait en effet que, en « annulant la clause réclamation, le juge a mis à la charge de l'assureur un risque défini d'office et situé par hypothèse au-delà de toute période de garantie contractuelle, excluant dès lors la méthode de répartition, seule autorisée en assurance responsabilité civile ».

La logique poursuivie par la Cour de cassation reste inchangée et oblige donc l'assureur concerné à accorder sa garantie pour les « dommages trouvant leur origine dans un fait qui s'est produit pendant la période de validité du contrat souscrit ». La relative imprécision de ce critère d'application de la garantie dans le temps rend difficile la datation de ce fait, générateur de dommage, notamment lorsque la Cour de cassation, depuis un arrêt du 3 février 1993 (RGAT 1993, n° 2, p. 345), applique cette jurisprudence non plus à des matériaux ou éléments de construction, mais à des produits banalisés, fabriqués à grande échelle.

Pour éviter toute forme de confusion entre le fait générateur et la manifestation du dommage, la première chambre civile énonce que « l'origine des dommages réside dans la faute commise par le fabricant qui a fabriqué et livré une production défectueuse, la révélation de ce vice ne pouvant être considérée comme le fait générateur du dommage » (Cour cass., civ. 1^{re} du 9 juin 1993, RGAT 1993, n° 4, p. 885, Kajetancek/SNM).

En revanche, la distinction entre le fait générateur (ex. : erreur de dosage dans un médicament...) et le fait dommageable (ex. : ingestion du médicament vicié sans manifestation immédiate du dommage...) se perd dans une formule, propre à nos hauts magistrats, où le fait dommageable se définit comme « l'événement cause génératrice du dommage » (Cour cass., civ. 1^{re} du 25 octobre 1994, Score int./Cigna, RGAT 1994, n° 4, p. 1098).

Il ne fait donc plus aucun doute que le critère d'imputabilité dans le temps d'un sinistre responsabilité civile à une couverture d'assurance réside dans l'obligation à garantie incombant à l'assureur dont la validité du contrat est contemporaine au fait générateur du dommage. Toutefois, force est d'objecter qu'à la date de ce fait, par définition antérieur à la survenance du dommage, ni la dette de responsabilité de l'assuré ni la créance d'indemnisation de la victime ne sont nées.

De plus se posent de délicats problèmes de définition et de détermination dans le temps inhérents à la notion même de fait générateur :

- si l'on raisonne sur la responsabilité civile délictuelle, l'origine du dommage est dans le fait dommageable lui-même (faute en responsabilité civile subjective et fait source du dommage en responsabilité civile objective) ;
- mais si l'on raisonne en responsabilité civile contractuelle, le droit du créancier à dommages-intérêts procède non d'un fait dommageable, mais de l'inexé-

cution ou de la mauvaise exécution d'une obligation préexistante (article 1147 du Code civil). De la naissance du contrat à l'épuisement de ses effets obligatoires, tout fait constitutif d'inexécution du contrat est générateur de responsabilité civile contractuelle.

Cependant, selon M. Rémy (RGAT 1994, n° 2, p. 646), la détermination du fait générateur du dommage s'avère être une question sans pertinence en matière contractuelle, car ce n'est pas un dommage que l'on répare sous forme de dommages-intérêts, mais un contrat que l'on exécute sous forme d'une créance de somme d'argent équivalente à ce qu'aurait procurée l'exécution en nature de la prestation promise.

Concrètement, à l'instar de la solution retenue par la troisième chambre civile (Cour cass., civ. 3^e du 17 novembre 1993, RGAT 1994, p. 641), la première chambre civile assimile fréquemment la notion floue de fait générateur au moment identifiable de la livraison du produit défectueux. Ainsi, « la livraison de tuiles défectueuses par le fabricant à un entrepreneur constitue pour le maître d'ouvrage le fait dommageable survenu pendant la période de garantie » (Cour cass., civ. 1^{re} du 2 février 1994, RGAT n° 2, p. 668). En d'autres termes, les juges considèrent que les prémices du sinistre doivent être réputées intervenues dès l'acquisition (ou plutôt la mise en œuvre) du produit défectueux.

Cependant, un arrêt de la Cour de cassation du 15 décembre 1993 (RGAT 1994, n° 2, p. 664) apporte une limite à cette assimilation « fait générateur/livraison ». En effet, dans le cas de tuiles défectueuses affectées du même vice de fabrication, causant les mêmes désordres, mais livrées pour les unes avant l'expiration du contrat d'assurance et pour les autres après cette date, le critère de livraison du produit (et non du vice de fabrication) détermine l'application des garanties pour les conséquences dommageables de la première livraison, mais pas pour celles qui sont liées à la seconde, et cela même si ces sinistres procèdent d'une cause identique pourtant « à l'origine de ces dommages ».

Si l'on synthétise cette jurisprudence autour du fait générateur, il faut toutefois garder à l'esprit que le souci consumériste des hauts magistrats peut parfois prendre le pas sur la stricte application d'une théorie prétorienne. Il en va ainsi dans un arrêt de la Cour de cassation, civ. 1^{re} du 30 mars 1994 (RGAT 1994, n° 2, p. 667), où la première chambre civile tient l'assureur à garantie dès lors que le dommage trouve son origine « dans un fait (quelconque puisque non défini) survenu avant la résiliation du contrat ». De même un arrêt de la Cour de cassation du 7 mars 1995 (RGAT 1995, n° 2, p. 434) s'appuie-t-il, afin de fournir aux tiers lésés un responsable « assurément solvable », sur la théorie de l'équivalence des conditions pour soutenir que les fautes successives d'un notaire, commises sous l'emprise de contrats d'assurance différents, obligent chaque assureur responsabilité civile à garantie, car « ces erreurs ont concouru à la réalisation de l'entier dommage ».

Mais les assureurs ont tout de même pour « compensation » de voir la Cour de

cassation abandonner dès la fin de 1994 sa motivation fondée sur l'absence de cause (arrêt du 25 octobre 1994 précité) et de faire jouer sa jurisprudence dans un sens parfois favorable à leurs intérêts en reconnaissant notamment la non-garantie des dommages dont le fait générateur est antérieur à la prise d'effet du contrat, d'une part, et des sinistres liés à des produits livrés après cessation de l'assurance, d'autre part (arrêt du 15 décembre 1993 précité). En outre, un récent arrêt du 16 mai 1995 (Cour cass., civ. 1^{re} du 16 mai 1995, RGAT 1995, n° 2, p. 422) permet de constater, concernant la reprise du passé accordée dans les polices réclamation, un retour de la première chambre civile au respect des dispositions prévues au contrat.

La référence du visa à l'article 1134 du Code civil et la validation implicite du système *claims made* par le jeu de son extension en amont de la prise d'effet laissent ainsi filtrer un espoir, pour les assureurs, de voir la Cour suprême revenir sur sa jurisprudence de 1990. Cependant, cela semble plus que prématuré lorsque l'on sait que la motivation de ces juges réside dans l'extension contractuelle, sinon prétorienne, des couvertures d'assurance pour éviter tout découvert de garantie préjudiciable à l'indemnisation des victimes.

Il est à noter que, si aucun trou de garantie n'est à craindre lors d'un changement d'assureur, la première chambre civile reste fidèle à sa jurisprudence initiée en décembre 1990, même en présence d'une autre assurance susceptible, au titre de la reprise du passé, de prendre en charge le sinistre (Cour cass., civ. 1^{re} du 9 mai 1994, RGAT 1994, n° 3, p. 876). En définitive, il semble qu'aux yeux de la Cour de cassation les deux problèmes de la reprise du passé et de la garantie après résiliation soient de nature différente. Le premier relève des clauses contractuelles, tandis que le second relève du principe, maintes fois affirmé, selon lequel l'assurance s'applique aux faits générateurs survenus pendant le cours de la police.

Mais, ainsi que le fait fort justement remarquer M. Bigot (RGAT 1995, n° 2, p. 424), comment la Cour de cassation peut-elle à la fois valider les clauses base réclamation pour la reprise du passé et les prohiber pour le sort de la garantie d'assurance après résiliation, sachant qu'elle déduit du même article L. 124-1 que la garantie de l'assureur joue pour tout fait entraînant la responsabilité de l'assuré commis au cours de la période où le contrat d'assurance est en cours (Cour cass., civ. 1^{re} des 25 octobre 1994 et 7 mars 1995 précités) et qu'en matière d'assurance de responsabilité civile le sinistre est constitué par la réclamation amiable ou judiciaire faite à l'assuré par le tiers lésé (Cour cass., civ. 1^{re} du 16 mai 1995 précité) ?

Cette construction jurisprudentielle ne remporte toutefois plus l'assentiment de nos voisins belges ou espagnols, eux aussi confrontés à cette brûlante polémique.

IV. UN REVIREMENT LÉGISLATIF EN BELGIQUE ET EN ESPAGNE

1. La nouvelle loi belge du 16 mars 1994

La réforme de l'ancienne législation de 1874 par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre avait contraint l'assureur à assumer toutes les réclamations postérieures à l'expiration de son contrat et relatives à un événement dommageable survenu en cours de contrat, cela qu'elle que soit la définition contractuelle du sinistre et sans limitation dans le temps (si ce n'est celle qui découle de la prescription des actions).

Face à cette censure de la clause base réclamation, les assureurs belges ont alors mis en place, avec les souscripteurs de contrats d'assurance responsabilité civile, la pratique de la « contre-lettre ». Cette dernière, signée par l'assuré, constate la renonciation réciproque des parties à invoquer la loi de 1992. Mais il faut reconnaître que l'efficacité d'un tel procédé se trouve gravement remis en question du fait de son inopposabilité à la victime. Cette dernière ne peut en effet se voir refuser par l'assureur du responsable une disposition contractuelle à laquelle elle n'a pas souscrit.

Conscients que les contrats émis s'avéraient contraires à la loi de 1992, les assureurs se sont efforcés d'éviter les problèmes de trous de garantie, afin de montrer leur parfaite capacité à couvrir l'ensemble des risques. Par voie de conséquence, on a ainsi pu constater de nombreux cumuls d'assurances, solution que les assureurs préfèrent à une sanction des tribunaux.

Parallèlement, l'Upea s'est efforcée de faire pression auprès du législateur dans le but d'amender cet article 78 pour un retour du principe de liberté contractuelle en la matière. Pour pallier les difficultés déjà évoquées, l'Upea a donc émis des propositions d'amendements :

- remplacement de la notion vague d'« événement dommageable » par la notion de « survenance du dommage » ;
- prévoir, dans un arrêté royal, les risques pour lesquels l'assureur peut, après expiration du contrat, limiter sa couverture dans le temps ;
- introduire la possibilité de déroger, par arrêté royal, au principe légal pour des risques spécifiques tels que : risques liés à l'industrie chimique et au commerce de produits chimiques ; risques liés à l'industrie et au commerce d'appareils médicaux et de prothèses ; les risques professionnels, y compris les mandataires sociaux ; les risques liés à des établissements situés en dehors de la CEE ou à l'exportation de produits en dehors de la CEE ; les risques nucléaires ou de pollution.

Cependant, les courtiers ont critiqué cette proposition, car la notion de risque professionnel serait une notion trop vague. Une nouvelle proposition a ainsi vu le jour, émanant cette fois des assureurs et des courtiers. Ce projet recommande une liberté contractuelle totale en matière de définition du sinistre pour toute police responsabilité civile, sauf la police responsabilité civile vie privée.

Par ailleurs, il conviendrait d'instaurer un libre choix entre le système réclamation et « antériorité », d'une part, et occurrence avec sa couverture de « postériorité », d'autre part. Ce choix devrait être inscrit dans la loi afin d'éviter toute censure éventuelle de la part des tribunaux. Enfin, les auteurs de cette proposition souhaiteraient que ces dispositions, qui ont reçu l'accord du ministre chargé des assurances et du Groupement des entreprises industrielles, aient un caractère rétroactif à compter du 1^{er} janvier 1993. Fort heureusement, le législateur a accepté de reprendre sa plume pour reconsidérer sa position.

En effet, l'article 9 de la loi du 16 mars 1994, remplaçant l'article 78, §2 de la loi 1992, reconnaît désormais la faculté laissée aux parties de convenir, pour les branches de responsabilité civile générale (hors auto) dont le roi déterminera la liste, que la garantie porte uniquement sur les demandes en réparation formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur pendant la durée du contrat pour un dommage survenu pendant cette même durée.

Dans ce cas sont également prises en considération, à condition qu'elles soient formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur dans un délai de trente-six mois à compter de la fin du contrat, les demandes en réparation qui se rapportent :

- à un dommage survenu pendant la durée de ce contrat si, à la fin du contrat, le risque n'est pas couvert par un autre assureur ;
- à des actes ou à des faits pouvant donner lieu à un dommage survenus et déclarés à l'assureur pendant la durée de ce contrat.

Par un arrêté royal du 29 décembre 1994, il a ainsi été précisé que « les risques visés à l'article 78, §2 de la loi sont tous les risques de responsabilité civile à l'exception du risque responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée et du risque responsabilité civile en matière d'assurance incendie [...] qui sont couverts dans un autre contrat d'assurance ».

2. Un projet de loi espagnole

En Espagne, suite aux deux arrêts de la Cour suprême précédemment évoqués, le marché propose de nouveaux types de clauses, sans pour autant abandonner la base réclamation :

- clause réclamation + reprise du passé de cinq ans (la date du fait générateur n'aurait aucune importance) ;
- système occurrence + reprise du passé de cinq ans ;
- solution proposée par certaines sociétés d'assurances : le sinistre est la réclamation rapportée à l'assureur avec reprise du passé inconnu illimitée et une sub-séquence de cinq ans.

Toutefois, les assureurs, soucieux du respect de liberté contractuelle dans ce domaine, semblent avoir persuadé le pouvoir législatif de soumettre au vote un projet de texte validant la clause base réclamation à la condition que celle-ci soit

complétée aussi bien en amont (reprise du passé) qu'en aval (garantie subséquente) de la période de validité du contrat par une garantie complémentaire d'une durée minimale de douze mois¹.

Cet aménagement n'est pas sans rappeler les arrêts de la Cour de cassation validant la clause *claims made* conforme à des clauses types arrêtées par décret et comportant le plus souvent, il est vrai, une garantie subséquente d'une année.

V. LE MARCHÉ FRANÇAIS FACE À UN FAUX COMPROMIS

Pour ce qui concerne le marché français de l'assurance responsabilité civile, l'attente d'une hypothétique loi ou d'un éventuel arrêt d'assemblée plénière n'a pas empêché les intervenants de s'organiser en s'efforçant de concilier, hors cadre judiciaire, consumérisme et nécessités économiques.

L'objectif des assureurs est de mettre au point une défense concertée afin que ces derniers présentent une attitude cohérente vis-à-vis du problème de la garantie dans le temps. Ainsi, les assureurs s'interdisent de se prévaloir entre eux de la nouvelle jurisprudence. A ce titre, ils ont conclu une « convention d'assurance responsabilité civile : clauses relatives à l'application de la garantie dans le temps ». « Les sociétés membres de l'Apsad et du Syndicat des sociétés étrangères d'assurances conviennent de ne pas se prévaloir de la jurisprudence des arrêts de la première chambre civile de la Cour de cassation du 19 décembre 1990 qui répute non écrite la clause de la police d'assurance responsabilité civile subordonnant la garantie à la présentation de la réclamation de la victime pendant la période de validité du contrat. La convention s'applique à tous les sinistres, c'est-à-dire ceux déjà réglés mais objet d'un recours, et ceux en cours ou non encore réglés. »

Enfin, il est à noter que certaines sociétés d'assurances joignent aux documents contractuels déjà émis en base réclamation des avenants ayant pour finalité d'informer le consommateur d'assurance sur la réelle portée des engagements souscrits entre la société d'assurances et son assuré. L'octroi automatique d'une garantie subséquente de douze mois se trouve ainsi accompagné d'une démonstration juridique tendant à expliciter, dans un but d'opposabilité, les arguments de validité de la clause *claims made*.

En effet, selon l'article 1168 du Code civil : « L'obligation est conditionnelle lorsqu'on la fait dépendre d'un événement futur et incertain, soit en la suspendant jusqu'à ce que l'événement arrive, soit en la résiliant, selon que l'événement arrivera ou n'arrivera pas. » Conformément à cet article, la garantie du présent contrat d'assurance est donc subordonnée à la condition suspensive établie par l'article L. 124-1 du Code des assurances : « Dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est faite à l'assuré par le tiers lésé. »

1. NDLR : cette loi a été adoptée depuis la rédaction de cet article (loi n° 30/95 du 8 novembre 1995 modifiant la loi sur le contrat d'assurance n° 50/80 du 8 octobre 1980).

A défaut de formulation de la réclamation dans ce délai, l'article 1176 du Code civil dispose en outre que la condition est censée défaillie « lorsqu'une obligation est contractée sous la condition qu'un événement arrivera dans un temps fixe ; cette condition est censée défaillie lorsque le temps est expiré sans que l'événement soit arrivé ». Conformément à ces articles de loi, la garantie des dettes de responsabilité se trouve par conséquent conditionnée par la présentation d'une réclamation faite à l'assuré par le tiers lésé antérieurement à la résiliation du présent contrat.

CONCLUSION

A l'heure où le consumérisme jurisprudentiel sanctionne lourdement, voire excessivement, les manquements aux obligations d'information et de conseil dont peuvent souffrir les consommateurs d'assurance, les sociétés d'assurances s'efforcent donc de « réhabiliter » aux yeux des juges les principes de liberté contractuelle et de force obligatoire des contrats concernant la détermination de leurs engagements dans le temps.

Pourtant, cette légitime prétention ne semble pas émouvoir les hauts magistrats, davantage animés par le souci d'obtenir, de l'auteur des dommages causés, une totale indemnisation rendue effective par une mise en jeu extensive des garanties d'assurance responsabilité civile.

Lier de façon systématique l'attribution de responsabilité à l'intervention solvable d'un assureur devenu caution demeure cependant critiquable au regard du principe de la force obligatoire du contrat.

De plus, les dispositions de la directive communautaire du conseil 93/13 du 5 avril 1993 (récemment introduite en droit français par la loi n° 95-96 du 1^{er} février 1995) relatives aux clauses abusives dans les contrats conclus avec les consommateurs ne paraissent pas conforter la radicalisation affichée par la première chambre civile pour censurer le système base réclamation.

En effet, ce texte dispose que les « clauses délimitant clairement le risque assuré et l'engagement de l'assureur ne seront pas considérées comme pouvant être abusives, car les restrictions qu'elles introduisent font partie des éléments de calcul de la prime payée par le consommateur ».

Privée depuis peu du soutien manifesté par le législateur belge et le juge espagnol, la Cour de cassation se doit alors de justifier davantage sa rigueur.

Abandonner le fondement de l'absence de cause ou de contrepartie, tant critiqué, pour invoquer les nouveaux articles du Code de la consommation permettrait notamment au juge de déclarer abusive, sans décret préalable, une clause qui crée au détriment du non-professionnel ou du consommateur un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat.

Cependant, l'article L. 132-1, al. 7, du même code nous rappelle que l'appréciation du caractère abusif des clauses ne porte ni sur la définition de l'objet principal du contrat ni sur l'adéquation du prix ou de la rémunération au service offert.

Dans le même sens, rappelons que le juge est invité à suivre, pour apprécier ce caractère abusif de la clause litigieuse, les principes de l'article 1156 et suivant du Code civil relatif aux règles d'interprétation des contrats.

Persister dans une certaine forme de dénaturation des engagements convenus entre assureur et assuré ne manquerait sans doute pas d'inciter certains à qualifier une telle jurisprudence d'« abusive »... ■

ASSURANCE SOCIALE ET ASSURANCE PRIVEE

face à la crise de l'État providence

RUBRIQUES : Économie

MOTS CLEFS : *flexibilité ■ incertitude ■ logique actuarielle ■ redistribution ■ risque moral ■ sélection adverse ■ solidarité ■*

La crise actuelle de l'État providence amène à s'interroger sur les fondements de l'assurance sociale. Cet article met en perspective les contributions de la littérature économique récente autour de trois problématiques. La première affirme que l'assurance sociale apporte une réponse appropriée aux insuffisances du marché par la flexibilité de ses contrats par son caractère obligatoire, et plus généralement par sa capacité à instaurer une coopération mutuellement avantageuse entre les individus et les générations. La deuxième problématique dénonce au contraire les dysfonctionnements propres à l'État providence, qui privilégie des intérêts particuliers et la gestion à court terme, crée de l'incertitude et n'apporte pas de réponse satisfaisante aux problèmes de risque moral. La troisième problématique, enfin, vise à dépasser l'opposition entre assurance sociale et assurance privée, soit en étudiant leurs possibilités de combinaison, soit en liant étroitement le développement et les caractéristiques de l'assurance sociale aux conditions du marché du travail.

Il est banal de souligner que l'État providence, après avoir connu plusieurs décennies de succès indéniable dans les trois fonctions principales qui lui avaient été attribuées — réduction du risque, redistribution de ressources entre riches et pauvres, lissage temporel des revenus individuels —, aborde aujourd'hui une phase délicate de son histoire. Il est en effet victime de deux séries d'évolutions défavorables : d'une part, l'accroissement de la demande de protection sociale, dû au vieillissement de la population, à la crise de l'emploi et à l'instabilité des familles, ainsi qu'à l'élévation continue des besoins et des aspirations en matière de santé, de loisir et de bien-être ; d'autre part, le ralentissement de la

* Directeur de recherche au CNRS, laboratoire Delta.

Cette note s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche, proposé dans le cadre d'une Chaire de l'Assurance (FFSA), et qui rassemblerait différents membres ou associés du DELTA. Certains passages s'inspirent des travaux de D. Blanchet (1995a et b) et de P. Pestieau (1994), sans que cela préjuge de l'assentiment de ces auteurs aux idées émises dans ce texte, dont je reste seul responsable. Il en va de même pour les remarques ou conseils dont j'ai pu bénéficier de la part de François Bourguignon, Pierre-Yves Geoffard, et lors d'une présentation au séminaire de l'Ehess « incertitudes, risques et comportement » qui s'est tenu le jeudi 23 novembre à la Fédération française des sociétés d'assurances.

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

croissance, la montée des déficits et des intérêts de la dette, ainsi que les contraintes liées à l'intégration européenne, qui rendent d'autant plus difficile le financement de l'État providence (Pestieu, 1994).

La période actuelle, qui apparaît d'autant moins favorable après l'épisode faste des trente glorieuses, engendre des anticipations pessimistes et nourrit les inquiétudes des agents confrontés à un avenir jugé de plus en plus incertain ou sombre. En particulier, les jeunes générations ne sont plus sûres comme naguère de bénéficier d'un niveau de vie supérieur, ou au moins égal, à celui de leurs aînés.

La menace qui pèse sur la viabilité à terme des régimes publics engendre ainsi une remise en cause croissante du consensus sociopolitique qui a accompagné leur développement initial. De plus en plus de voix s'élèvent en faveur d'un recours au marché sous différentes formes : encouragement à l'épargne personnelle, diffusion de placements retraite aux conditions (fiscales ou autres) avantageuses, développement de l'assurance privée maladie ou de l'assurance vie.

L'envolée des dépenses de santé aux États-Unis montre cependant qu'il ne s'agit pas toujours d'une solution miracle (Barr, 1992) : dans certaines circonstances, le contrôle des coûts par le privé peut se révéler plus aléatoire encore que par le public – l'État exerçant alors plutôt un rôle de frein par rapport à une demande sociale en pleine expansion (Cohen, 1994)¹.

Il apparaît donc particulièrement utile de procéder à une analyse systématique, tant théorique que pratique, des avantages et des inconvénients respectifs de l'assurance sociale et de l'assurance privée comme remède à la crise actuelle. Les enjeux sont à l'évidence cruciaux : tout en récusant certaines modalités de fonctionnement de l'assurance privée, certains gestionnaires des caisses de retraite ou d'assurance maladie souhaiteraient renforcer le pôle assurantiel de la protection sociale – quitte à reporter sur l'État ses aspects d'assistance ou de « solidarité » ; en revanche, certains intermédiaires financiers voudraient cantonner la protection sociale à une fonction purement redistributive, en confiant entièrement au marché le rôle d'assurance.

Le concept de *solidarité* lui-même se situe au cœur des controverses actuelles. Pour certains, la solidarité avait un sens lorsqu'elle s'effectuait en faveur des vieux, alors pauvres et vulnérables, des chômeurs démunis et de malades auxquels on se contentait de procurer les soins de base. Elle en aurait beaucoup moins aujourd'hui et servirait surtout à justifier les droits acquis par les « rentiers » de l'État providence. Il faudrait ainsi réduire les coûts de la santé, qui s'accroissent inexorablement avec les progrès de la médecine et les besoins des patients. Il faudrait aussi limiter les transferts de retraite qui avantagent les « seniors » du troisième âge dont le niveau de vie n'a cessé de s'améliorer depuis la guerre pour atteindre ou dépasser aujourd'hui celui des actifs, et cela – selon un schéma explicatif en vogue – « au détriment » des plus jeunes dont la situation se détériore de plus en plus (depuis une dizaine d'années en France, mais depuis près de trente ans aux États-Unis). Pour d'autres au contraire, l'objectif de solida-

rité n'aurait jamais été autant d'actualité, à condition de donner à cette notion un sens élargi : une solidarité « bien comprise » se traduirait par la couverture *ex post* de risques difficilement assurables par le marché (Atkinson, 1987 ; Blanchet, 1995a), incluant les risques imprévisibles (l'*incertitude* au sens de Knight), les sinistres collectifs (catastrophes naturelles...), ou encore le risque de devenir un mauvais risque (contracter une maladie chronique par exemple) ; mais elle renverrait aussi à l'idée d'une coopération mutuellement avantageuse entre les agents ou les générations (Masson, 1995b).

Pour dresser un bilan global et circonscrit des mérites comparés des assurances sociale et privée, il faudrait procéder à un examen approfondi d'une multitude de critères dans différents contextes. L'étude projetée devrait être menée tant du point de vue de l'efficacité que de celui de l'équité, sur le plan intra- et intergénérationnel, en considérant aussi bien les situations instantanées que les bilans de cycle de vie ; elle aborderait en détail les problèmes traditionnels d'asymétrie de l'information et d'incitation – risque moral *ex ante* ou *ex post*, sélection adverse, fraude... ; elle comparerait les coûts de fonctionnement du privé et du public, jugerait de la crédibilité respective des engagements pris sur le long terme ; elle insisterait sur la nature particulière de certains risques, qu'ils soient imprévisibles ou au contraire trop faibles, peu diversifiables (risques macroéconomiques ou propres à une génération) ou encore fortement corrélés ; elle tenterait enfin de mieux faire ressortir les oppositions, mais aussi les convergences, qui peuvent exister entre les objectifs d'assurance et de solidarité...

Mon propos, beaucoup plus modeste, est de mettre en perspective certaines contributions de la littérature récente en privilégiant trois problématiques.

La première cherche à identifier les défauts ou insuffisances du marché (*market failures*) qui lui sont spécifiques, soit ceux ou celles pour lesquels une intervention publique bien conduite est apparue ou pourrait s'avérer bénéfique² (section 1) : la thèse sous-jacente est que ces carences du marché expliquent et justifient tout à la fois le développement conséquent de l'assurance sociale... et sa préservation malgré les difficultés actuelles.

La deuxième direction de recherche, sorte d'antithèse de la première, se focalise en retour sur les insuffisances de l'État providence (*government failures*) qui lui sont propres, soit les domaines où le recours au marché permettrait *a priori* des gains d'efficacité significatifs... et où il serait désormais nécessaire de limiter le champ de la protection sociale (section 2).

En proposant une voie médiane ou un compromis entre ces deux approches antagonistes, voire en cherchant à dépasser l'opposition privé-social ou marché-État dont elles procèdent, la troisième problématique vise à leur synthèse (section 3). Elle rassemble une série d'études plus hétérogènes, qui s'intéressent aux modalités de coexistence entre les deux systèmes public et privé – aux gains ou inconvénients que l'on peut attendre, selon les cas, de cette mixité –, et à la possibilité d'élaborer de nouvelles formes d'assurance, mieux adaptées aux défis actuels – qu'il s'agisse de repousser les limites de l'assurabilité par le marché

(avec la couverture du risque de développement ou du risque de dépendance), ou de procéder à une refonte de l'assurance sociale qui intègre et accompagne les évolutions structurelles du marché du travail (Atkinson, 1991).

I. L'ÉTAT PROVIDENCE COMME RÉPONSE AUX INSUFFISANCES DU MARCHÉ

Après avoir rappelé les deux sources d'imperfection des marchés de l'assurance les plus évoquées dans la littérature, soit la sélection adverse et le hasard moral, on met l'accent sur trois atouts de l'assurance sociale : sa souplesse de gestion, qui lui permet de couvrir une gamme de risques plus étendue ; sa fonction de redistribution permise par son caractère obligatoire ; enfin, sa capacité à instituer des contrats intergénérationnels.

1. Les insuffisances traditionnelles des marchés de l'assurance

Comme le souligne Kessler (1986), la faiblesse ou l'inadéquation de la demande spontanée de protection émise par certains individus peut s'expliquer par leur information imparfaite, source d'anticipations subjectives erronées en matière de chômage, de santé ou de durée de retraite, par leur « myopie » relative qui les conduit à déprécier les événements éloignés, ou encore par leur goût du risque. Plus généralement, la sécurité sociale résulterait des carences des différents marchés : la concurrence sur le marché du travail légitime les prestations familiales ; les régimes de retraite par répartition pallient les insuffisances d'un marché du capital qui ne garantit pas les pensions privées contre l'inflation ; les soins médicaux ne peuvent être régulés seulement par l'offre et la demande...

Les économistes se sont cependant surtout intéressés aux dysfonctionnements de l'assurance privée liés à des problèmes d'asymétrie de l'information, l'assuré possédant certains renseignements sur les risques encourus qui ne sont pas connus de l'assureur. Deux phénomènes ont particulièrement retenu leur attention :

- l'*antisélection* ou la *sélection adverse* : la couverture d'un aléa donné conduit les individus les plus exposés à s'assurer davantage que les autres – on dit qu'elle attire en priorité les mauvais risques – si bien que l'équilibre budgétaire de la société d'assurances est mis en péril ;
- le *risque moral*, englobant le cas extrême de la fraude à l'assurance : le fait d'être assuré incite l'individu à s'exposer davantage au risque qu'il ne l'aurait fait autrement en réduisant son effort de précaution pour prévenir l'occurrence du sinistre ; il peut aussi l'amener à majorer le coût du sinistre³.

Dans le domaine de la sélection adverse, la référence est l'étude de Rothschild et Stiglitz (1976), notée RS, qui envisage le cas de différentes catégories de risques non observables (par les assureurs) et ses conséquences sur la compétition entre assureurs. L'offre d'un contrat commun pour tous les assurés a l'inconvénient de décourager les bons risques et d'offrir la possibilité à un concurrent

de proposer des contrats plus avantageux pour ces derniers ; dans certaines circonstances, elle constitue cependant la meilleure solution⁴. Autrement, il est préférable d'offrir une gamme de contrats « séparateurs », avec des franchises croissantes associées à des primes de plus en plus faibles, qui permettent aux individus de « s'autosélectionner », soit de révéler eux-mêmes la classe de risque à laquelle ils appartiennent : les bons risques choisissent une couverture partielle mais avantageuse, les (plus) mauvais risques l'assurance totale (actuariellement neutre). Sous certaines conditions, on parvient alors à un équilibre « séparateur » stable – dans la mesure où il n'existe plus d'opportunité de gain exploitable par un assureur –, mais inefficace, puisque les moins mauvais risques n'obtiennent qu'une assurance partielle au lieu de la couverture totale désirée.

En résumé, RS montrent que, face à la sélection adverse, le marché est soit impuissant, soit inefficace. Une solution partielle consiste alors à rendre l'assurance obligatoire pour conserver les bons risques, qui subissent cependant, là encore, une perte d'utilité (de même que les sujets qui aiment le risque et préféreraient ne pas s'assurer) ; outre cette inefficacité résiduelle, le principal inconvénient de l'assurance pour tous est de favoriser le risque moral.

Plusieurs auteurs considèrent cependant que les applications pratiques de ce modèle sont limitées : en tout cas, ce dernier ne permettrait réellement de fournir « ni une explication positive, ni une justification normative de l'émergence de l'assurance sociale » (Atkinson, 1991), et cela pour quatre raisons au moins.

Les prédictions du modèle de RS, liées étroitement à leur concept d'*équilibre concurrentiel*, ne se généralisent pas facilement à d'autres formes d'équilibre possibles : monopole, concurrence monopolistique, « jeu » complexe (à plusieurs étapes, etc.)... entre assureurs et clients. Autrement dit, les conclusions des analyses théoriques dépendent beaucoup de la manière, difficilement observable, dont le marché fonctionne (environnement institutionnel, structure de l'information...).

Dans le modèle de RS, ce sont les bons risques, par hypothèse non observables, qui se retrouvent finalement pénalisés par une couverture partielle. Ce résultat essentiel n'a cependant qu'une portée limitée dans la pratique, où le problème le plus fréquent concerne au contraire les individus les plus exposés au risque, souvent identifiables par l'assureur, qui peuvent se voir refuser toute assurance. Ces mauvais risques ne subissent donc pas les conséquences d'une asymétrie de l'information, mais celles d'une autre forme d'insuffisance des marchés (Flemming, 1991) : la logique concurrentielle pousse à une discrimination la plus fine possible, selon les variables observables les plus corrélées au risque considéré, discrimination qui peut conduire à refuser d'assurer les individus les plus exposés, ou à leur offrir des conditions prohibitives par rapport à leurs ressources.

Un troisième problème est que les conclusions du modèle de RS ne sont pas très robustes à l'introduction du risque moral. Lorsqu'il agit seul, ce dernier conduit le plus souvent à proposer à l'équilibre un contrat unique avec une couverture partielle pour inciter l'assuré à maintenir son effort de précaution contre le

risque. Chassagnon et Chiappori (1995) ont étudié le cas où le risque moral est combiné à la sélection adverse dans le modèle de RS. Certaines conclusions sont préservées : l'équilibre séparateur correspond encore à une gamme de contrats, avec des primes croissantes avec le niveau de couverture, la franchise la plus faible correspondant au risque le plus élevé. Mais différentes configurations, difficilement identifiables, sont maintenant possibles : l'équilibre séparateur peut exister dans tous les cas ; les mauvais risques peuvent ne bénéficier que d'une assurance partielle, ou être aussi pénalisés par la sélection adverse ; dans d'autres configurations, au contraire, aucun agent n'enregistre de perte d'utilité par rapport au cas où les caractéristiques de risque sont observables...

Enfin, l'analyse de Rothschild et Stiglitz ne s'applique qu'à des risques probabilisables et ne traite pas d'une fonction essentielle de l'assurance au sens large : la couverture des risques imprévus ou imprévisibles (Atkinson, 1991).

Si l'on veut interpréter l'existence de l'État providence comme une réponse aux insuffisances du marché, il importe donc de dépasser le cadre théorique traditionnel de l'économie de l'assurance.

2. Les avantages spécifiques de l'assurance sociale

La protection sociale est censée couvrir un large éventail de risques qui correspondent souvent à des transitions au cours du cycle de vie des familles : perte d'un revenu accompagnant la retraite, le veuvage, le chômage, ou même le divorce ; absence de (ou faiblesse du) revenu à certains stades de l'existence (mères célibataires, vieillesse) ; naissance d'enfants ; passage de la santé à la maladie ou à l'invalidité... La plupart de ces risques réversibles ou non, incluent une composante de risque moral qui peut être importante (Mirrlees, 1995). A moins de supposer que le souci de la chose publique et le devoir civique poussent les individus à davantage d'effort et de responsabilité lorsqu'ils ont affaire à l'État plutôt qu'au privé, l'assurance sociale n'apparaît pas mieux armée contre ce problème que l'assurance privée, et aura même plus de difficultés à appliquer certains remèdes comme la couverture partielle (cf. § 2.4). En revanche, elle présente une supériorité manifeste tant en ce qui concerne l'éventail des risques couverts qu'en matière de sélection adverse.

Les avantages de la protection sociale proviennent tout d'abord de la possibilité de s'affranchir d'un certain nombre de contraintes imposées aux assurances privées par la logique concurrentielle : référence à la neutralité actuarielle, nécessité d'un préfinancement (la prime est toujours payée avant la couverture du risque), contrôle et sélection des risques par des contrats bien spécifiés et non renégociables (Barr, 1992 ; Blanchet, 1995b). Cette souplesse conduirait à une plus grande *flexibilité*⁵ du secteur public, qui s'adapterait mieux à l'imprévu tout en diminuant les coûts d'irréversibilité, et permettrait d'améliorer le bien-être des individus en réduisant l'*incertitude* de l'avenir (au sens de Knight). En matière de santé, l'assurance privée apparaît ainsi moins bien armée pour faire face

au risque d'une maladie nouvelle – le drame du sang contaminé ayant notamment conduit à une coopération entre l'État et les sociétés d'assurances pour l'indemnisation des victimes –, ou maîtriser la dérive des coûts de la santé dus aux progrès spectaculaires de la médecine. En outre, les systèmes de pensions privées (fonctionnant en capitalisation) pâtissent plus que les régimes par répartition de la difficulté d'anticiper les variations futures de l'espérance de vie (Blanchet, 1995b), et plus encore de l'impossibilité de prévoir l'évolution des taux d'inflation et d'intérêt à long terme : en l'absence d'un actif offrant un taux de rendement réel certain, les pensions ne sont que partiellement indexées contre le risque d'inflation (Barr, 1992).

Le caractère *obligatoire* de la protection sociale l'autoriserait par ailleurs, notamment en matière de santé et de retraite, à exercer une fonction tutélaire pour le bien de la société tout entière et de certains individus en particulier, qui seraient trop myopes⁶ pour se préoccuper de leur avenir éloigné, ou trop inconstants⁷ pour s'engager sur le long terme et garantir la satisfaction de leurs besoins fondamentaux dans leurs vieux jours. Il l'aiderait aussi à mieux traiter les problèmes d'antisélection, souvent mal gérés par le secteur concurrentiel (Mirrlees, 1995), et à réduire les coûts administratifs, notamment en matière de santé (Pestieau, 1994).

Enfin et surtout, le caractère obligatoire de la protection sociale lui permet de remplir des fonctions de *redistribution* ou d'assistance qui échappent normalement au domaine de l'assurance privée, soumise à la logique actuarielle. Dans cette perspective, deux arguments avancés par les partisans d'un État providence relativement étendu méritent une attention particulière.

3. Une nouvelle (?) conception de la solidarité

Le premier argument concerne, encore une fois, le concept de solidarité, longtemps synonyme de don gratuit, octroi de transferts sans contrepartie, ou manifestation de l'altruisme. Cette utilisation du mot apparaît aujourd'hui galvaudée et il est préférable de revenir à son sens étymologique (*in solidum* : « pour le tout », en droit latin) : celui-ci traduit l'appartenance inéluctable de chacun – individu, famille, ou génération – à un tout, une collectivité (on est tous dans le même bateau, et il est illusoire, voire dommageable pour soi ou pour les autres, de vouloir s'en sortir seul) ; il apparaît en outre indissociable d'une vision collective, sociale, des notions de responsabilité et d'obligation (cf. Ewald, 1986, p. 349-380). La solidarité renvoie alors à l'idée d'une coopération mutuellement avantageuse impliquant une réciprocité éventuelle, notamment dans la gestion du risque et de l'incertain. Cette forme d'entraide, au niveau de la société comme de la famille, conduirait ainsi à un partage plus efficace (avantageux pour tous) et plus équitable des risques difficilement assurables ou diversifiables par le marché parce que collectifs ou corrélés, imprévisibles ou encore évolutifs, à l'image du risque d'obsolescence des capacités professionnelles.

Une des supériorités de l'assurance sociale tiendrait ainsi au fait que les individus devraient le plus souvent contracter « à un âge où ils sont incapables de le faire rationnellement, soit à l'âge zéro » (Mirrlees, 1995). En ce sens, la solidarité serait, comme le rappelle Barr (1992), une forme d'assurance (obligatoire) élargie que l'on obtiendrait derrière le « voile de l'ignorance » rawlsien – soit dans une situation hypothétique où les individus ne connaîtraient ni leur condition particulière, ni les risques personnels auxquels ils sont soumis (Rawls, 1971) : la solidarité vis-à-vis des invalides permanents peut être ainsi considérée comme une couverture *ex ante*, avant la naissance. En outre, ce concept ne prendrait toute sa signification que dans une perspective dynamique : l'aide aux exclus du marché du travail apparaîtra par exemple comme une redistribution pure une fois que l'on est parvenu à un emploi stable ; mais en période d'insertion, elle constituerait une assurance au sens strict contre le risque *ex ante* de ne pouvoir accéder à un tel emploi (Blanchet, 1995a).

4. L'assurance sociale, moyen d'une redistribution intergénérationnelle plus efficace

Le deuxième argument en faveur d'un État providence de taille importante concerne les rapports entre générations imbriquées, l'idée directrice étant que la fonction spécifique de redistribution et l'objectif de « solidarité » conférés à l'État providence auraient deux composantes, l'une intra-générationnelle ou sociale, et l'autre inter-générationnelle. Cette dernière tiendrait à la possibilité de remédier à certaines insuffisances du marché par des institutions ou des politiques de transfert qui établissent un système de réciprocité « indirecte » entre *trois générations* : ce que chacune « doit » à (peut escompter de) la suivante dépend de ce qu'elle a elle-même reçu de (donné à) la précédente, de telle manière que s'instaure une chaîne de coopération générationnelle *a priori* illimitée et avantageuse pour tous (Rawls, 1993 ; Masson, 1995b).

Dans le sens ascendant, la convention sous-jacente stipule que la génération actuelle verse à la génération précédente (ou à ses parents) en s'attendant à recevoir « en retour » de la génération suivante (ou de ses enfants) : c'est le principe même de la retraite par répartition. L'insuffisance du marché à laquelle cette règle est censée remédier concerne l'impossibilité de « préengager » (*precommit*) les générations futures – en leur laissant une dette à rembourser (Diamond, 1965) ou en partageant avec elles un risque dont la réalisation intervient avant leur naissance (Gordon et Varian, 1988). Un fort degré d'altruisme des agents (la condition technique est qu'il génère un système « ricardien » de transferts opérationnels à la Barro (1974), pallierait cette insuffisance. Mais, hors ce cas d'école, de telles règles d'allocation des ressources sur trois générations (dette publique, retraite par répartition) permettent souvent d'améliorer l'efficacité du système économique, dans le cas déterministe (Diamond, 1965 ; Samuelson, 1975) comme en situation d'incertitude, le risque (économique) étant alors diversifié sur une infinité de générations (Gordon et Varian, 1988)^{8 et 9}.

Un courant récent de la littérature (Ehrlich et Lui, 1991 ; Cox et Stark, 1994 ; Cigno, 1995) considère de plus en plus ces mécanismes de transfert entre trois générations comme le remède aux insuffisances du marché et à un altruisme trop limité ou même pervers (Bernheim et Stark, 1988), et cela tant au niveau macro-économique de la société qu'au niveau microéconomique de la famille, envisagée elle aussi – à la suite de Kotlikoff et Spivak (1981) – comme un substitut partiel à l'assurance privée. Ce point de vue mérite cependant d'être plus sérieusement étayé sur trois plans au moins qui risquent d'en limiter la portée.

Tout d'abord, il faut préciser les contextes dans lesquels cette chaîne de coopération est *Pareto-améliorante* (bénéfique pour certaines générations au moins, dommageable pour aucune), en se gardant de la facilité qu'il y a à « raconter une histoire » – produire un modèle simplifié – justifiant les gains d'efficacité de ce jeu à trois générations (Elster, 1989) : en particulier, les conclusions peuvent varier selon que les gains en espérance d'utilité sont évalués *ex ante*, au moment de l'instauration de la politique de transferts, ou *ex post*, à la naissance de chaque génération (Gordon et Varian, 1988).

Mais la question centrale concerne la viabilité (cohérence temporelle) de telles politiques de transfert. La difficulté d'imposer et de pérenniser (« enforcement ») ces chaînes magiques de coopération tient à ce que l'anticipation du refus de participer d'une génération future quelconque suffit en théorie, par « réaction en chaîne », à engendrer ce même refus de la part de la génération présente. Ce problème du *préengagement des générations futures* est le plus facile à résoudre dans le cas de transferts ascendants publics comme la retraite : la rupture de la chaîne entraînerait dans ce cas une perte sèche pour les vieux (qui auraient cotisé à fonds perdus), mais au mieux un gain limité pour les actifs (la différence entre les cotisations qu'ils auraient dû verser et les prestations qu'ils auraient autrement reçues), et on peut penser que les premiers seront plus motivés pour défendre le mécanisme de transfert que les seconds pour le remettre en cause (Gordon et Varian, 1988). Le préengagement pose davantage problème dans le cas de transferts ascendants familiaux, dans la mesure où les individus peuvent espérer être assistés dans leurs vieux jours par leurs enfants sans avoir au préalable aidé leurs parents¹⁰. Il devient particulièrement délicat dans le cas de transferts descendants comme l'éducation ou les legs : la règle de réciprocité consiste alors à « faire à ses enfants ou pour la génération suivante ce que l'on aurait aimé que ses parents ou la génération précédente fassent pour vous ». Une solution possible passe par l'instauration de *normes* de coopération familiales ou sociales (Elster, 1989 ; Sugden, 1989), qui fonctionnent comme des contraintes individuelles intériorisées (Arrow, 1971) : leur rejet entraînerait des « sanctions » d'ordre psychologique (mauvaise conscience, sentiment de culpabilité ou de honte) ou psychosociologique (réprobation ou ressentiment d'autrui).

Enfin, il faut se demander comment ces chaînes de coopération intergénérationnelle ascendantes et descendantes, qui fonctionnent bien dans des situations proches du régime permanent, peuvent résister et s'adapter à des évolu-

tions importantes et imprévues : allongement de l'espérance de vie, progrès de la médecine, éclatement des structures familiales traditionnelles, ralentissement de la croissance...

II. LES CARENCES DE L'ÉTAT PROVIDENCE QUI POURRAIENT JUSTIFIER LE RECOURS AU MARCHÉ

La discussion précédente suppose un État providence idéal, que l'on peut plus généralement caractériser par quatre propriétés principales : comme substitut à l'altruisme individuel, l'État est bienveillant, guidé par l'intérêt général et préoccupé d'abord par le sort des plus pauvres ou des plus vulnérables ; il s'avère capable de réaliser les objectifs qu'il s'est fixés par une gestion rigoureuse, bien informée, et insensible aux groupes de pression ; il est fiable et crédible, et peut s'engager sur le long terme en bénéficiant de la confiance des agents ; plus spécifiquement, il traite de manière satisfaisante et à un coût limité des problèmes de risque moral.

Dans de nombreux modèles, l'État est censé satisfaire à ces propriétés que l'on pourrait qualifier de « rawlsiennes » : il maximise une fonction sociale de bien-être supposée temporellement cohérente sur un horizon infini et permet normalement d'atteindre un sentier de croissance optimale (règle d'or, modifiée ou non) ; par ailleurs, il résout au moindre coût les problèmes d'incitation et d'information. La théorie des choix publics a montré que cette vision était beaucoup trop idyllique et qu'il importait de considérer les activités du gouvernement comme endogènes. Par rapport aux quatre contraintes d'excellence qui viennent d'être indiquées, elle met en lumière les carences éventuelles de l'action publique qui empêcheraient cette dernière de remédier aux insuffisances de l'assurance privée et pourraient encore justifier un recours accru au marché.

On verra que les auteurs qui partagent une vision plutôt négative de l'État providence lui attribuent des faiblesses qui sont souvent l'envers ou la rançon de ses qualités spécifiques, dégagées à la section précédente. Ainsi la souplesse de fonctionnement dont bénéficient les régimes de protection sociale par rapport au marché peut se révéler nuisible lorsqu'elle conduit à une gestion électoraliste (§ 2.1) ou peu rigoureuse (§ 2.2), ou lorsqu'elle engendre une instabilité chronique de la législation soumise au politique (§ 2.3). Elle peut aussi dévoyer la vocation redistributive des régimes publics, et cela tant au niveau social (§ 2.2) qu'entre les générations (§ 2.3). Enfin, les problèmes de risque moral sont encore accrus par cette fonction spécifique d'assistance et de redistribution de l'État providence (§ 2.4).

1. L'État n'est pas toujours le garant de l'intérêt général

Plutôt que de servir l'intérêt général, il se pourrait que l'État vise d'abord sa reproduction ou son extension, la gestion du service public s'effectuant surtout au bénéfice des bureaucrates ou de la technocratie. Selon la théorie de l'électeur médian, il serait également sensible aux poids des urnes et aux coalitions d'électeurs

(cf. par exemple Barr, 1992, et les références de cet article). Ainsi, les politiques de transfert auraient de manière générale favorisé les classes moyennes, plus nombreuses, et permis à des groupes particuliers d'obtenir une situation de rente (certains médecins spécialistes ou laboratoires pharmaceutiques dans le cas de la santé ?). De même, selon la vision répandue du conflit (politique) entre générations, les vieux actuels auraient utilisé leur pouvoir dans les urnes pour accaparer les ressources de l'État et bénéficier de transferts croissants « au détriment » des plus jeunes et des générations à venir (Kotlikoff, 1992 ; Lindbeck, 1994)¹¹.

2. Les dysfonctionnements de l'État providence

Parce qu'ils ne sont pas soumis aux contraintes imposées par le marché, les régimes de protection sociale ont certes la possibilité de satisfaire des objectifs d'équité, mais apparaissent en retour moins bien protégés contre certains dérapages : le manque de rigueur dans la gestion de l'argent public, l'influence de certains groupes de pression... On dénonce de plus en plus souvent les dysfonctionnements de l'État providence qu'une logique concurrentielle sanctionnerait sévèrement : déficits abyssaux, effets redistributifs pervers¹², « pannes » d'un système qui se révèle incapable d'enrayer la diffusion de poches de pauvreté¹³...

Un premier remède contre ces redistributions perverses consisterait à revoir les conditions de financement de la protection sociale, qui seraient rendues moins dépendantes du marché du travail : l'effort serait mieux réparti et l'assiette des cotisations plus large, s'appuyant sur l'ensemble des revenus plutôt que sur la seule masse salariale — ce qui aurait par ailleurs l'avantage de réduire le coût du travail (cf. Pestieau, 1994). Au-delà les avis diffèrent.

Certains voudraient introduire des règles de fonctionnement du privé (en augmentant notamment le poids de la logique actuarielle) dans la gestion de l'assurance sociale, tout en cherchant à préserver sa flexibilité et ses objectifs d'équité. D'autres, à l'instar de Pestieau (1994), ne croient pas qu'une telle solution de compromis soit viable. Ils pensent au contraire que les deux objectifs d'assurance (au sens strict) et d'assistance aux plus pauvres sont devenus aujourd'hui contradictoires, et que leur poursuite simultanée ne peut conduire qu'à des effets pervers, la redistribution étant souvent utilisée comme un voile pour masquer les inefficacités ou même les injustices du système. C'est pourquoi Pestieau (1994) recommande de retirer aux régimes sociaux leur fonction d'assurance proprement dite, qui serait intégralement confiée au privé, et de leur attribuer uniquement un objectif d'assistance aux plus démunis et de redistribution pure. Le problème est de savoir si un tel système mixte peut fonctionner sans trop de difficultés, en garantissant une coexistence « pacifique » entre les régimes public et privé (cf. § 3.1).

3. L'État accaparé par le court terme et créateur de risques politiques ou sociaux

Dans la mesure où l'action publique est conduite par des majorités successives préoccupées surtout par des objectifs de court terme, plusieurs auteurs (Pes-

teau, 1994 ; Diamond, 1994 ; Lindbeck, 1994) ont récemment souligné la difficulté pour l'État, surtout en matière de santé ou de retraite, de s'engager sur une politique de long terme, qui s'avère pourtant souhaitable en raison de l'inertie des dépenses sociales et, en particulier, de la nécessité de parvenir à une redistribution équilibrée et à une justice minimale entre les générations¹⁴. L'illustration la plus évidente de cette impéritie gouvernementale concerne les systèmes de prévoyance collective. Les déséquilibres à terme de ces régimes engendrés par le vieillissement de la population démographique ont été identifiés dès les années 60 ou au moins 70, et des remèdes ont alors été proposés, telle l'accumulation d'un fonds de réserve, financé par exemple par une hausse des cotisations, dont les intérêts (ou même le capital) serviraient à « passer » le cap difficile (*demographic twist*) de 2005-2010. Mais les mesures adaptées n'ont pas été prises à temps parce qu'elles n'étaient pas populaires.

Ce manque de crédibilité de l'État pourrait avoir des conséquences particulièrement dommageables dans la mesure où il contribue à nourrir les inquiétudes, fondées ou non, concernant l'avenir d'une protection sociale en difficulté. Dans ce contexte, les mesures adoptées en France depuis 1993 en vue de résorber les déséquilibres financiers des régimes sociaux ont pu faire croire à une partie de l'opinion que l'on venait de commencer à rogner sur les droits acquis, quitte à renouveler l'opération demain ou après-demain. Ce sentiment d'une remise en cause du « contrat » implicite passé entre l'individu et l'État apparaît d'autant plus exacerbé qu'il s'agit de contrats de long terme : une personne de 55 ans qui se met à ne plus avoir confiance dans les engagements de l'État peut difficilement refaire sa vie en accumulant une épargne importante (Lindbeck, 1994).

La remontée brutale du taux d'épargne au cours des années 90 dans la plupart des pays occidentaux est le plus souvent attribuée, d'une part, à l'élévation du (risque de) chômage qui pourrait être moins bien indemnisé et, d'autre part, aux incertitudes relatives aux systèmes de protection sociale comme la retraite et la santé – soit davantage aux doutes de plus en plus répandus concernant la viabilité de ces régimes qu'à la baisse souvent annoncée de leurs prestations. Cette nouvelle épargne de précaution expliquerait l'engouement pour les produits d'assurance vie comme le PEP en France ou les produits d'épargne retraite (IRA, 401(k)) aux États-Unis – sans que l'on sache d'ailleurs très bien dans quelle mesure ces derniers se sont substitués à d'autres placements plus traditionnels. Elle pourrait entraîner une série d'effets pervers, parce qu'elle empêcherait le redémarrage de la consommation ou parce qu'elle serait sensible aux anticipations fluctuantes des ménages et se révélerait ainsi très instable au niveau macroéconomique (Lindbeck, 1994).

Ces préoccupations ont conduit à l'émergence d'un nouveau courant de pensée dans la littérature économique, représenté notamment par Diamond (1994) aux États-Unis et Lindbeck (1994) en Europe, qui procède à une critique radicale de l'action publique. Son message essentiel est finalement que l'on peut prendre l'exact contre-pied des thèses « antilibertariennes » développées précédemment

(section 1) en faveur de l'assurance sociale. Selon ces dernières, « le principal gain économique de l'État providence résiderait dans la réduction universelle de l'incertitude (au sens de Knight) rencontrée par les individus » (Haveman, 1985). Plus généralement, l'assurance sociale renforcerait la solidarité, sous la forme d'une coopération mutuellement avantageuse, face aux insuffisances du marché et aux limites de l'altruisme : la flexibilité des contrats permettrait le partage de risques non mesurables ou imprévisibles, en général inassurables (Atkinson, 1987) ; les mécanismes de transferts intergénérationnels amélioreraient le bien-être de chaque génération et garantiraient aussi une allocation efficace des risques macroéconomiques entre les générations.

Le courant de pensée incriminé prétend que ces avantages spécifiques attribués à l'assurance sociale pourraient bien constituer ses principaux inconvénients. L'absence de règles contraignantes dans l'élaboration des « contrats sociaux » et la possibilité de réviser ces contrats les soumettraient à l'arbitraire politique. En ce sens, l'État providence serait créateur de risques nouveaux, et même *créateur d'incertitude* spécifique, dans la mesure où les changements législatifs ou politiques sont largement imprévisibles. De même, le laxisme et l'instabilité des règles de gestion publique soumises aux modes politiques et aux groupes de pression seraient source de tensions et de conflits politiques ou sociaux et aboutiraient souvent au dévoiement ou à la décomposition des solidarités tant sociales qu'intergénérationnelles.

Quels remèdes proposent les tenants d'une vision aussi négative de l'État providence ? S'intéressant essentiellement aux pensions, Diamond (1994) distingue deux sources essentielles de risque politique : une trop grande dépendance des retraites par rapport à la situation budgétaire de l'État ; une redistribution excessive en faveur des générations les plus âgées, qui se produit lors de la maturation du système ou se traduit par des promesses intenable à l'égard des futurs retraités. Ses recommandations, qui témoignent de sa méfiance à l'égard des gouvernements, visent essentiellement à *isoler* les régimes de pension des risques politiques tout en tenant compte de la perception du système de retraite par le public – qui peut assimiler les cotisations plutôt à un impôt ou plutôt à un investissement¹⁵. Les propositions de Lindbeck (1994), relatives à l'ensemble de l'assurance sociale, rejoignent en partie celles de Diamond (1994). Mais elles témoignent aussi d'une préoccupation essentielle à l'égard des problèmes de risque moral et des effets désincitatifs des politiques sociales, qui seraient source d'incertitude et d'instabilité. C'est pourquoi il recommande un certain recul de l'État providence, ce désengagement partiel impliquant une plus grande responsabilisation des individus et se traduisant par une couverture partielle des risques, un contrôle accru de la fraude et des demandes des assurés, et par un renforcement de la logique actuarielle.

En voulant limiter la création de risque ou d'incertitude par l'État providence et protéger ce dernier contre les aléas de la politique, on voit que l'ensemble de ces propositions conduit finalement à rapprocher le fonctionnement de l'assurance

sociale des règles en vigueur dans le secteur privé et à hypothéquer ainsi ses missions spécifiques, concernant la couverture d'une gamme étendue de risques ou d'incertitudes et les redistributions sociale et intergénérationnelle. Une solution de compromis envisageable, qui permettrait de préserver la spécificité de l'assurance sociale, consisterait à mener une politique concertée et *flexible*, partiellement *indicée sur la cohorte*, sous forme de contrats de long terme *occasionnellement* révisables¹⁶. En s'accordant par exemple, comme en Allemagne, sur l'évolution de l'âge légal de départ à la retraite au cours des dix années à venir, on reconnaîtrait ouvertement que la situation oblige à traiter différemment les cohortes successives, tout en dessinant pour chacune des perspectives d'avenir plus claires et moins sujettes aux aléas politiques de court terme. Cette approche permettrait peut-être de restaurer la crédibilité de l'action publique et de rétablir une solidarité minimale. Elle tiendrait compte de l'inertie des dépenses sociales et de la nécessité de respecter des droits acquis tout en les adaptant aux transitions nécessaires et en restant suffisamment ouverte aux évolutions imprévues sur un futur éloigné.

4. L'assurance sociale face aux problèmes de risque moral

Pour Lindbeck (1994) et les néo-libéraux, le risque moral est le problème le plus sérieux de l'État providence, notamment parce que ses effets néfastes sont souvent différés et imprévisibles. Les individus apprennent peu à peu à exploiter les opportunités offertes par chaque nouvelle mesure, le nombre de bénéficiaires et le niveau des dépenses ayant constamment tendance à augmenter au cours du temps ; les gouvernements ne s'aperçoivent qu'avec retard du phénomène et, lorsqu'ils en ont repéré les causes, ne sont pas toujours motivés pour prendre les dispositions nécessaires – ce qui génère des tensions et des déséquilibres, ainsi qu'une instabilité des règles de fonctionnement de l'assurance sociale¹⁷.

Les problèmes de risque moral existent également dans le secteur privé, mais ils sont magnifiés dans le cas de l'État providence qui doit remplir des missions d'assistance et de redistribution, et cela pour plusieurs raisons :

- l'assurance sociale doit couvrir les domaines pour lesquels il n'y a pas d'offre sur le marché, précisément parce que le risque moral y est trop important : allocation pour mère célibataire et, dans une moindre mesure, invalidité et chômage ;
- les mesures d'incitation contre le risque moral sont peu opérantes sur les pauvres et les exclus ;
- de même qu'il est souvent difficile de déterminer les parts respectives de l'effort ou du mérite personnel et de la chance dans la réussite individuelle, il peut être vain, sinon dangereux – idéologiquement – de vouloir évaluer précisément le degré de responsabilité des individus les plus nécessiteux dans leur infortune (comme semble pourtant y inviter Rosanvallon [1994], après bien d'autres) ;
- sauf à perdre leur spécificité, les régimes publics ne peuvent pas toujours utiliser les armes du secteur privé contre le risque moral : un recours intensif à la

logique actuarielle, à la couverture partielle des risques, à des mécanismes de type bonus-malus... ou au refus éventuel d'assurer pourrait se révéler contradictoire avec des objectifs d'assistance ou de redistribution¹⁸.

Il n'y a pas de réponse idéale à ces problèmes. Mais on peut penser que les effets du risque moral seront plus limités lorsque l'Etat apparaît le garant de l'intérêt général (§ 2.1), mène une gestion rigoureuse et équitable des deniers publics (§ 2.2), se révèle crédible en prenant et respectant les engagements sur le long terme (§ 2.3), et lorsqu'il bénéficie d'un soutien politico-économique et d'un consensus social importants.

III. PERSPECTIVES : L'ASSURANCE SOCIALE FACE AUX MARCHÉS DE L'ASSURANCE ET DU TRAVAIL

Après avoir évalué les avantages respectifs de l'assurance publique et de l'assurance privée en termes d'efficacité ou d'équité économique, il importe de juger des effets de leur combinaison (§ 3.1). On rappellera ensuite comment le développement historique de l'assurance sociale est lié aux changements structurels du marché du travail et de la relation d'emploi provoqués par l'industrialisation et la salarisation (§ 3.2). En guise de conclusion, on évoquera enfin les futurs possibles de l'assurance sociale à travers les opinions émises par différents économistes (§ 3.3).

1. Assurance sociale et assurance privée : une coexistence difficile ?

Certains auteurs rêvent d'un système mixte public-privé, qui cumulerait les qualités de chacun en éliminant leurs défauts respectifs... A tout le moins, les partisans d'un « retrait » de l'État providence qui laisserait davantage de responsabilité à l'individu doivent envisager les conditions d'une coexistence étendue entre les deux systèmes, l'assurance sociale obligatoire étant éventuellement complétée par une assurance privée volontaire. Cette cohabitation est loin d'être sans problème, comme nous le verrons en considérant brièvement les cas du risque moral, de la sélection adverse, de la redistribution, et enfin des risques imprévisibles.

En termes de risque moral, il est clair que la coexistence pénalise le secteur public : ses objectifs d'assistance et de redistribution, et sa vocation à couvrir une gamme étendue de risques vont l'obliger à récupérer des risques dont ne veut pas le marché en raison des coûts jugés prohibitifs de l'aléa moral (Lindbeck, 1994).

A l'inverse, le modèle d'antisélection de Villeneuve (1994) montre que l'existence de pensions publiques (obligatoires) a des effets d'éviction indéniables sur la taille des marchés des assurances viagères, le taux de participation à ces marchés et les prix offerts — et cela indépendamment des problèmes de chargement et d'autres imperfections du capital. En particulier, un nombre substantiel d'individus qui, en cas d'information complète, demanderaient une couverture

privée additionnelle à un prix actuariel s'abstiennent de tout achat d'assurance (ce résultat pourrait contribuer à expliquer la faiblesse des marchés d'assurance viagère autrement que par l'existence d'un motif de transmission ou de coûts de gestion). Ces conclusions apparaissent *a priori* transposables à d'autres domaines de l'assurance.

Un système mixte souvent envisagé aboutirait à une nouvelle répartition entre le public et le privé des fonctions d'assurance (*stricto sensu*) et de redistribution (pure). Les régimes publics garantiraient un *filet de protection minimal*, commun à tous, avec des prestations uniformes financées par l'impôt et allouées en fonction de situations précises (retraite, chômage, invalidité, maladie...); le marché se verrait réserver la satisfaction des demandes d'assurance complémentaire, qui proviendraient surtout des catégories les plus aisées de la population (Pestieau, 1994). Ce système a fait l'objet de nombreuses controverses, dont l'une concerne le niveau optimal de cette protection sociale de type bévérigien, avec le risque manifeste d'une vampirisation d'un secteur par l'autre. Les ultra-libéraux voudraient privilégier le secteur privé et n'instaurer qu'un niveau de protection relativement bas, ce qui aurait l'avantage de réduire les prélèvements obligatoires mais risquerait de conduire à une dualisation croissante de la société. Les sociaux-réformistes chercheraient au contraire à garantir un niveau élevé et à générer en conséquence une forte redistribution sociale, en n'accordant qu'un rôle complémentaire limité à l'assurance privée; mais ils prendraient alors le risque de rendre la protection sociale impopulaire et de créer des effets désincitatifs sur l'économie.

Le constat, très provisoire, que l'on peut tirer de ces quelques exemples n'est guère encourageant : la cohabitation entre les systèmes public et privé apparaît souvent difficile. Une analyse beaucoup plus approfondie serait cependant nécessaire pour aboutir à des conclusions générales. Et il est des cas où la coexistence serait bénéfique. Par exemple, on sait qu'un défaut important des pensions privées réside dans leur indexation imparfaite en l'absence d'actif approprié, les risques relatifs aux taux d'inflation à long terme étant largement imprévisibles : une solution consisterait à protéger les pensions privées par des bons du gouvernement qui seraient indexés sur l'inflation (et financés à l'aide d'un système fonctionnant en répartition : cf. Barr, 1992, p. 769).

2. La demande d'assurance sociale est liée à l'évolution du marché du travail

Pour Atkinson (1991), que l'on peut ranger parmi ses défenseurs, l'émergence de l'assurance sociale ne peut s'expliquer (factuellement) ni se justifier (normativement) seulement par l'incomplétude des marchés privés de l'assurance : il faut encore tenir compte de sa relation étroite avec le fonctionnement du marché du travail. Plus précisément, il ne suffit pas de comprendre pourquoi il n'y avait pas d'assurance privée, mais il faut encore savoir comment les besoins modernes d'assurance ont pu naître.

Par rapport à la relation traditionnelle à l'emploi, qui était relativement lâche, les processus d'industrialisation et de salarisation, caractérisés par une spécialisation professionnelle en dehors des cadres familiaux ou ruraux, auraient conduit à définir de nouveaux risques, notamment ceux du chômage et de la retraite, qui sont devenus des événements discrets, clairement identifiés, créant des besoins d'assurance spécifiques. Ces derniers auraient émergé dans le contexte d'une forte segmentation ou *dualité* du marché du travail.

Les travailleurs *permanents* ont un pouvoir dominant dans les négociations professionnelles et bénéficient de contrats salariaux de long terme, accordant un privilège à l'ancienneté en terme de stabilité d'emploi et de rémunération : une paie inférieure à la productivité en début d'activité, perte compensée par une situation inverse aux âges mûrs, encourage la fidélité à l'entreprise et engendre une structure d'incitations favorable (Lazear, 1981). Bénéficiant de suffisamment de garanties, ces travailleurs ne sont guère intéressés par une couverture du risque de chômage. En revanche, ils sont stimulés par la perspective d'un revenu de retraite, c'est-à-dire par un salaire différé et régulier offert, à une date de retraite déterminée, par des régimes de pension publics ou privés.

La stabilité d'emploi de ces travailleurs permanents est assurée par les travailleurs *sous contrat*, soumis à des conditions précaires et qui servent de volant de main d'œuvre à l'entreprise en fonction de la conjoncture. Incapables de cotiser, ils ne sont guère concernés par le développement des pensions de retraite ; en revanche, ils ont bénéficié d'assurances sociales contre le chômage ou la maladie afin de maintenir en l'état leur force de travail.

Cette analyse historique de la protection sociale comme élément d'organisation du marché de l'emploi est poussée beaucoup plus loin par Atkinson (1991) et d'autres auteurs, mais il n'est pas nécessaire ici d'en connaître les détails. Le point important est qu'elle est admise, dans ses grandes lignes, par la plupart des spécialistes de l'économie sociale. Leurs avis divergent en revanche tant sur l'interprétation des faits historiques que sur les enseignements du passé pour la période actuelle.

Sur le premier point, Flemming (1991) par exemple ne croit pas seulement comme Atkinson que l'industrialisation ait engendré de nouveaux aléas comme le chômage, créant ainsi la demande d'assurance. Il pense plutôt qu'elle a rendu certains risques préexistants plus aisément observables et moins sujets au risque moral, facilitant ainsi l'offre d'assurance. Il suggère même que la définition précise du statut d'activité – emploi, chômage, retraite – est en partie un artefact et que la causalité va davantage dans le sens d'une assurance sociale favorisant certaines formes d'organisation industrielle et imposant certains types de contrats de travail, plutôt que dans le sens inverse (l'industrialisation faisant naître l'assurance sociale).

Par ailleurs, une même analyse de la relation historique étroite entre marché du travail et assurance sociale peut conduire à des vues opposées quant à la place qu'il faut, aujourd'hui ou demain, réserver à cette dernière. Pour Atkinson (1991), cette relation doit être préservée : l'assurance sociale demeure un élé-

ment essentiel pour améliorer le fonctionnement du marché du travail, même si des adaptations s'avèrent nécessaires. Pour d'autres au contraire, à l'exemple de Pestieau (1994), la nature plus « flexible » de l'emploi (plus souvent contractuel, partiel, ou débouchant sur la retraite anticipée), la montée du chômage, et la diminution du travail salarié régulier amènent à un double constat : d'une part, « il convient de détacher la protection sociale du marché du travail et d'appuyer son financement sur une base plus large que la masse salariale » ; et d'autre part, l'État providence ne peut plus raisonnablement assumer sa fonction assurancielle et doit prendre la forme d'une allocation universelle de base ou de prestations uniformes versées dans certaines circonstances.

3. Quel avenir pour l'assurance sociale ?

Terminons par un florilège des vues de différents auteurs, présentées de façon caricaturale, concernant l'avenir de l'assurance sociale — ce qu'il pourrait être, ou ce qu'il devrait être.

Pour Atkinson (1991), cet avenir, pas forcément sombre, demeure indissociablement lié aux évolutions du marché du travail, qui reste avec la production le domaine clef de l'activité de la Communauté européenne. L'assurance sociale devra conserver ses deux fonctions d'assurance et de redistribution, mais ne constituera jamais qu'un élément parmi d'autres d'une politique de progrès social et d'aide aux plus démunis.

Pour Pestieau (1991 et 1994), l'avenir de la protection sociale apparaît beaucoup plus préoccupant avec la dégradation des conditions d'emploi, et dépendra encore des nouvelles formes d'assurance élaborées par le marché ou la famille. En conséquence, il serait nécessaire de recentrer la protection sociale sur ses objectifs d'assistance et de redistribution.

Pour Lindbeck (1994), le recul de l'État providence apparaît indispensable, mais doit être au contraire accompagné d'un renforcement de la logique actuarielle et d'autres mécanismes comme la couverture partielle afin de diminuer les effets désincitatifs des programmes sociaux.

Pour Sandmo (1991), l'enrichissement des individus conduit normalement à une diminution de l'importance relative de la demande d'assurance au profit d'actifs plus risqués. Le développement considérable de l'assurance sociale comme de l'assurance privée montre que cet effet de richesse a été plus que compensé par d'autres facteurs, notamment un « effet de capitalisation » : l'urbanisation, la spécialisation professionnelle, l'investissement en capital humain et en logement auraient augmenté l'exposition à certains risques concernant les prix relatifs, l'invalidité ou le chômage.

Pour Becker (1988), le développement de l'assurance sociale dans les pays riches résulte d'abord de la nécessité de forts investissements en capital humain pour maintenir le progrès technique. Les familles ne sont pas toutes suffisamment aisées ou altruistes pour consentir par elles-mêmes les dépenses d'éducation requises tout en assurant la satisfaction des besoins des vieux jours. L'inter-

vention de l'État a permis de remédier à ces insuffisances et a conduit à un accroissement *parallèle* et considérable des dépenses de formation pour les jeunes (éducation, allocations familiales) et des dépenses de santé ou de retraite pour les plus âgés. Autrement dit, un niveau élevé de l'assurance sociale reflète normalement la bonne « santé » économique du pays ; et un recul sensible de l'État providence pourrait être interprété comme un signe de déclin.

Tot homines (oeconomici), tot sententiae. On pourrait multiplier les exemples qui attestent la diversité remarquable des opinions émises par des économistes qui pourtant se retrouvent souvent dans les mêmes cercles. Cette diversité n'est pas si surprenante lorsque l'on se réfère à la place fondamentale et sensible occupée aujourd'hui par l'assurance sociale dans les pays développés. Comme le soulignent Bourguignon et Kessler (1994), « on ne saurait oublier la force du motif de solidarité qui fait que l'assurance sociale met en jeu l'organisation même de nos sociétés » ■

Bibliographie

- ARROW, K. J. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, 53.
- ARROW, K. J. (1971), « Political and Economic Evaluation of Social Effects and Externalities », in *Frontiers of Quantitative Economics*, M. Intriligator ed., North-Holland, Amsterdam, p. 3-25.
- ATKINSON, A. B. (1987), « Income Maintenance and Social Insurance : A Survey », in *Handbook of Public Economics*, A. Auerbach & M. S. Feldstein eds., Vol. 2, North Holland, Amsterdam.
- ATKINSON, A. B. (1991), « Social Insurance », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 16, p. 113-132.
- BARR, N. (1992), « Economic Theory and the Welfare State », *Journal of Economic Literature*, 30, p. 741-803.
- BARRO, R. J. (1974), « Are Government Bonds Net Wealth ? », *Journal of Political Economy*, 82 (6), p. 1095-1117.
- BECKER, G. S. (1988), « Family Economics and Macro Behavior », *American Economic Review*, 78 (1), p. 1-13.
- BERNHEIM, B. D., STARK O. (1988), « Altruism Within the Family Reconsidered : Do the Nice Guys Finish Last ? », *American Economic Review*, 78 (6), p. 1034-1045.
- BLANCHET, D. (1995a), « Deux usages du concept d'assurance et deux usages du concept de solidarité », *Revue des affaires sociales*.
- BLANCHET, D. (1995b), « La référence assurancielle en matière de protection sociale : apports et limites », à paraître dans *Économie et statistique*.
- BOURGUIGNON, F., KESSLER, D. (1994), « Assurance sociale », *Risques*, n° 17, p. 19-23.
- CHASSAGNON, A., CHIAPPORI, P. A. (1995), « Concurrence sur un marché d'assurance avec anti-sélection et aléa moral », mimeo, Delta.
- CIGNO, A. (1995), « Saving, Fertility and Social Security in the Presence of Self-Enforcing Intra-Cohort Deals », mimeo, université de Florence.
- COHEN, D. (1994), *Les Infortunes de la prospérité*, Paris, Julliard.
- COX, D., STARK, O. (1994), « Intergenerational Transfers and the Demonstration Effect », mimeo, NIA Workshop on Cross-National Issues in Aging, Syracuse, New York.
- DIAMOND, P. (1965), « National Debt in a Neoclassical Model », *American Economic Review*, 55 (5), p. 1126-1150.
- DIAMOND, P. (1994), « Insulation of Pensions from Political Risk », *NBER Working Paper Series*, 4895.
- EHRLICH, I., LUI, F. T. (1991), « Intergenerational Trade, Longevity, and Economic Growth », *Journal of Political Economy*, 99 (5), p. 1029-1059.

- ELSTER, J. (1989), « Social Norms and Economic Theory », *Journal of Economic Perspectives*, 3 (4), p. 99-117.
- EWALD, F. (1986), *L'État providence*, Grasset, Paris.
- FLEMMING, J. S. (1991), « A Comment on Social Insurance », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 16, p. 137-138.
- GOLLIER, C., BOURGUIGNON, F. (1994), *Dictionnaire de l'économie de l'assurance* (sous la direction de), *Risques*, n° 17.
- GORDON, R. H., VARIAN, H. R. (1988), « Intergenerational Risk Sharing », *Journal of Public Economics*, 37, p. 185-202.
- HAVEMAN, R. H. (1985), « Does the Welfare State Increase Welfare ? », Tinbergen Chair Inaugural Lecture, Kroese, Leiden.
- KESSLER, D. (1986), « Sur les fondements économiques de la sécurité sociale », *revue des Affaires sociales*, 1, p. 97-113.
- KESSLER, D., MASSON, A. (1995), « Redistribution et politique sociale : la double dimension de l'âge et de la génération », in *Les Retraites : genèse, acteurs, enjeux*, B. Cochemé et F. Legros, ed. Armand Colin, Paris, p. 229-260.
- KREPS, D. M., (1979), « A Representation Theorem for Preference for Flexibility », *Econometrica*, 47 (3), p. 565-577.
- KOOPMANS, T. C. (1964), « On the Flexibility of Future Preferences », in *Human Judgements and Optimality*, M. W. Shelley & G. L. Bryan eds., p. 243-254.
- KOTLIKOFF, L. J. (1992), *Generational Accounting*, New York, The Free Press, Macmillan.
- KOTLIKOFF, L. J., SPIVAK, A. (1981), « The Family as an Incomplete Annuities Market », *Journal of Political Economy*, 89 (2), 372-391.
- LAZEAR, E. P. (1981), « Agency, Earnings Profiles, Productivity and Hours Restrictions », *American Economic Review*, 71, p. 606-620.
- LINDBECK, A. (1994), « Uncertainty under the Welfare - Policy-Induced Risk », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 73, p. 379-393.
- MASSON, A. (1995a), « Préférence temporelle discontinue, cycle et horizon de vie » in *Le Modèle et l'enquête*, L. A. Gérard-Varet et J.-C. Passeron, ed., Editions de l'EHESS, Paris, p. 325-400.
- MASSON, A. (1995b), « Redistribution et équité intergénérationnelle », communication présentée au congrès de l'AFSE, 21-22 septembre, Paris.
- MIRRLEES J. A. (1995), « Private Risk and Public Action : The Economics of the Welfare State », *European Economic Review*, 39, p. 383-397.
- PESTIEAU, P. (1994), « Prévoyance individuelle et prévoyance sociale », communication présentée au congrès de l'AFSE, 28-29 septembre, Paris.
- RAWLS, J. (1971), *Theory of Justice*, trad. fr. (Théorie de la justice), Seuil, Paris, 1987.
- RAWLS, J. (1993), *Justice et démocratie*, trad. fr., Seuil, Paris.
- ROSANVALLON, P. (1994), *La Nouvelle Question sociale : repenser l'État providence*, Seuil, Paris.
- ROTHCHILD, M., STIGLITZ, J. E. (1976), « Equilibrium and Competitive Insurance Markets : An Essay on the Economics of Imperfect Information », *Quarterly Journal of Economics*, 90, p. 629-649.
- SAMUELSON, P. A. (1975), « Optimum Social Security in a Life-Cycle Growth Model », 16, p. 539-544.
- SANDMO, A. (1991), « Social Insurance and Social Security : A Comment on Professor Atkinson's Lecture », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 16, p. 133-135.
- SMITH, A. (1982), « Intergenerational Transfers as Social Insurance », *Journal of Public Economics*, 19, p. 97-106.
- SUGDEN, R. (1989), « Spontaneous Order », *Journal of Economic Perspectives*, 3 (4), p. 95-97.
- THALER, R. (1994), « Psychology and Saving Policies », *American Economic Review*, Papers and Proceedings, 84 (2), p. 193-205.
- VILLENEUVE, B. (1994), « Mandatory Insurance and Intensity of Adverse Selection », communication aux 12^{es} Journées de microéconomie appliquée, juin, Clermont-Ferrand.

Notes :

1. D. Cohen rappelle comment l'analyse pionnière d'Arrow (1963) permet d'expliquer pourquoi la régulation par le marché fonctionne mal dans le domaine de la santé : « Les dépenses sont encouragées par un double mécanisme : l'offreur (le médecin) dicte sa consommation au demandeur (le patient qui ne peut guère contester le diagnostic), et la transaction est payée par un tiers (l'assurance). »
2. En général, l'action de l'État a ainsi peu de chances d'être profitable si l'absence ou les limites de couverture des risques par le marché sont dues aux coûts prohibitifs engendrés par l'aléa moral (Gordon et Varian, 1988). L'existence d'une assurance sociale contre le risque de chômage semble alors constituer un contre-exemple flagrant. Mais contrairement à une idée souvent émise (Barr, 1992 ; Lindbeck, 1994), l'absence de couverture privée dans ce domaine ne serait pas seulement liée à des problèmes d'aléa moral proprement dit ; elle s'expliquerait aussi par une série d'autres facteurs, comme la forte corrélation entre le risque de faillite et le risque de chômage, ou encore l'incitation particulière au licenciement engendrée par le fait de prévoir des compensations pour la perte d'emploi dans le contrat de travail lui-même, plutôt qu'à travers un régime public – un peu comme le ferait un contrat de mariage qui prévoierait en détail les dispositions financières en cas de divorce au lieu de s'en remettre à la loi (Sandmo, 1991). En outre, la segmentation du marché du travail engendrée par l'industrialisation et la salarisation expliquerait la faiblesse de la demande solvable, les travailleurs permanents étant surtout attirés par les systèmes de prévoyance collective, et les travailleurs sous contrat (précaire) n'ayant pas les moyens de cotiser. L'assurance sociale contre le chômage aurait alors permis de fournir un minimum de protection aux seconds, utilisés comme volant de main-d'œuvre par l'entreprise : elle aurait donc autant servi à accompagner et à renforcer la dualité du marché du travail qu'à redistribuer les ressources (cf. § 3.2 et Atkinson, 1991).
3. Ces notions sont développées plus avant dans le « Dictionnaire de l'économie de l'assurance », édité par la revue *Risques* (cf. Gollier et Bourguignon, 1994).
4. C'est le cas notamment lorsqu'il y a relativement peu de mauvais risques, une situation que l'on pourrait rencontrer, selon Atkinson (1991), pour les pensions de retraite (les individus à longévité élevée constituant alors les « mauvais risques » pour l'assureur).
5. La préférence pour la flexibilité, au sens de Kreps (1979) ou de Koopmans (1964), correspond en substance à la volonté de préserver l'avenir en maintenant suffisamment ouvert l'éventail des choix possibles, et en sachant à l'avance comment répondre aux erreurs de prévision et aux évolutions inattendues.
6. Myopes ou dotés d'une préférence temporelle élevée pour le présent (cf. Masson, 1995a).
7. Soit victimes d'une faiblesse de la volonté (cf. Thaler, 1994).
8. Le modèle de Smith (1982) montre par ailleurs qu'un système de retraite par répartition, dont les prestations sont fixées et les cotisations fonctions des évolutions démographiques aléatoires, améliore le sort des générations pauvres (aux effectifs importants) aux dépens de celui des générations riches (de taille réduite), et fournit ainsi une assurance sociale contre le risque d'être né dans une génération particulièrement nombreuse.
9. On peut aussi penser qu'un jeu à trois générations introduit, toutes choses égales d'ailleurs, un degré de flexibilité supplémentaire dans la gestion de l'incertain à long terme (par opposition au risque mesurable).
10. Pour lever cette objection, Cox et Stark (1994) imposent un mécanisme d'inculcation de la règle de réciprocité indirecte par l'imitation ou l'exemple.
11. Pour une critique de cette position quelque peu outrancière, cf. Masson (1995b) ; Becker (1988, p.9) souligne notamment que les dépenses publiques par tête pour les moins de 22 ans et les plus de 65 ans sont dans un rapport à peu près invariant depuis 1940 aux États-Unis.
12. Le système de retraite par exemple avantagerait les cadres aux dépens des ouvriers (du fait d'une espérance de vie supérieure), ou encore les anciennes générations au détriment des nouvelles.
13. Un argument spécifique contre une gestion de l'« épargne retraite » par des systèmes publics fonctionnant en répartition serait que les sociétés d'assurances vie constituent des offreurs de capitaux et des financeurs de l'économie plus efficaces que l'État parce que l'existence de règles prudentielles les obligerait à jouer le long terme.
14. La comptabilité générationnelle « *generational accounting* », initiée par Kotlikoff (1992), a précisément pour objet d'évaluer les conséquences de différentes mesures de politique sociale sur les cycles de vie économiques des générations présentes et même futures. Ses résultats doivent cependant être considérés avec prudence ; surtout, ils ont trop souvent été interprétés – y compris par Kotlikoff – en termes d'équité générationnelle, concept délicat dont l'usage abusif peut mener à des dérapages politiques ou idéologiques dangereux (cf. Masson, 1995b).
15. Diamond propose l'instauration de comptes individuels de retraite, accessibles aux intéressés et bénéficiant de la même protection constitutionnelle que les contrats privés, ainsi que l'ajustement ou l'indexation automatique du niveau des pensions. Sa préférence va à un système privé par capitalisation, à cotisations définies, qui offre le maximum de « protection » vis-à-vis du politique par rapport aux systèmes traditionnels fonctionnant en répartition. Enfin, il recommande la création d'une institution indépendante reconnue, recueillant et diffusant les évaluations d'experts quant à la viabilité du système à long terme et leurs avis sur les changements les plus appropriés.
16. Cf. Kessler et Masson (1995). Cette politique par cohorte ne devrait pas devenir une variante édulcorée de la lutte des générations pour le partage des dépenses sociales. Elle serait « flexible » (cf. Koopmans, 1964 ; Kreps, 1969), au sens où elle aurait pour objectif l'adaptation optimale à l'imprévu d'une stratégie de long terme, qui minimise les coûts d'irréversibilité tout en respectant l'histoire propre à chaque génération : le fait d'être occasionnellement révisable constituerait un compromis entre la recherche de cohérence temporelle (le respect des engagements contractés) et les changements auxquels il faudra nécessairement procéder en situation de forte incertitude.
17. Cette vision pessimiste de l'État providence est quelque peu caricaturale. En particulier les effets pervers du risque moral ne sont pas toujours le fait d'individus égoïstes ou mal intentionnés. Un exemple typique est fourni par le nombre des invalides en Norvège qui a augmenté beaucoup plus vite que la population, même si on intègre le vieillissement de cette dernière (Sandmo, 1991) : une des explications serait que ce différentiel est

beaucoup plus important dans les régions de fort chômage, les médecins à l'origine des déclarations prenant en compte l'absence d'emploi alternatif de leurs patients. En outre, les effets pervers du risque moral ne sont pas toujours indésirables en tant que tels, à preuve l'allongement de l'espérance de vie qui aurait résulté de la mise en place des régimes de santé et de retraite.

18. Mirrlees (1995) propose de contourner ces problèmes par un traitement différencié des divers secteurs de l'assurance sociale. Des retraites liées au revenu d'activité selon une logique fortement actuarielle pourraient limiter les effets désincitatifs et diminuer les critiques contre la taille des budgets sociaux, les recettes publiques étant davantage assimilées à une épargne ou assurance forcée qu'à un impôt ; en même temps, des cotisations santé fortement progressives selon le revenu pour des soins comparables permettraient de garantir une redistribution importante.

CHRONIQUES

Droit

La réforme de la responsabilité civile aux États-Unis

Christophèr Kende

Finances

A propos de « Gestion et analyse financière »

Gérard Valin

Livres

« Le Choc du progrès technique »,
par Michel Lutfalla

La réforme de LA RESPONSABILITE CIVILE aux États-Unis

■ CHRONIQUES : Droit

Le récent « contrat avec l'Amérique », initiative plutôt conservatrice des républicains tendant à limiter les litiges et la responsabilité civile aux États-Unis, a déjà produit quelques fruits importants. Il s'agit de trois propositions de loi gouvernant la responsabilité pour les produits défectueux, les actions concernant les « securities » aux États-Unis, c'est-à-dire les procédures dues à une fraude dans l'émission de titres de société, et les litiges harcelants. Ces trois projets de loi, déjà adoptés par la Chambre des représentants et prochainement soumis au Sénat, nous amènent à conclure que le système judiciaire outre-Atlantique s'oriente vers des procédures nettement plus restrictives que celles qui sont en place depuis cinquante ans.

Un changement de direction spectaculaire en matière de responsabilité civile a eu lieu aux États-Unis. Depuis l'arrivée de Newt Gingrich et de son « contrat avec l'Amérique », les législateurs américains doivent mettre en œuvre le programme suivant : réduire les litiges, plafonner les responsabilités civiles, et limiter les préjudices résultant de la production d'un nouveau produit ou médicament afin d'encourager les PME-PMI à reprendre l'initiative et à investir dans le développement technologique. La responsabilité civile pour dommages causés par des produits défectueux a fait l'objet, ces dernières années, de nombreuses réformes dans différents pays. En 1985, la Communauté européenne a adopté une directive concernant la responsabilité pour les produits défectueux et a lancé un grand débat entre les industries et les groupes de consommateurs, et la communauté juridique. A la fin de 1994, neuf ans après son adoption, deux pays, l'Irlande et la France, continuaient à refuser d'appliquer cette directive.

L'Espagne a passé une loi (Ley 22 du 6 juillet 1994) adoptant, *grosso modo*, la directive et le principe fondamental que les importateurs et les fabricants sont responsables pour les dommages causés par les défauts dans les produits, sans que le plaignant soit obligé de prouver leur faute ; pour la première fois dans le droit espagnol, la notion de responsabilité stricte était introduite.

Mais les réformes ne concernent pas uniquement la CEE. Le Japon, également pour la première fois, vient d'adopter une loi modifiant la responsabilité civile pour les produits défectueux, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1995. Là aussi, il s'agit d'une responsabilité stricte imputée aux importateurs, fabricants ou traiteurs de produits en cas de défaut. Tout comme dans la directive de la Communauté, le plaignant ne doit pas prouver la faute, seulement le défaut du produit et le lien de causalité. Alors que de nombreux pays sont en train d'élargir leur système de responsabilité civile pour les produits, les États-Unis, leader

* Cabinet Holtzmann, Wise and Shepard, New York. L'auteur remercie Karla Wehbe, collaboratrice dans son cabinet, pour son aide dans la préparation de cet article.

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

pendant quarante ans de l'expansion de la responsabilité civile dans ce domaine, font marche arrière. Celle-ci se manifeste par une tendance à limiter les responsabilités, à plafonner les chefs d'accusation et à rendre plus risqués les procès pour les avocats en introduisant la notion du « perdant paie ».

I. SITUATION ACTUELLE

Dans les années 80, nous avons assisté aux États-Unis à une explosion des procès concernant des produits défectueux et mettant en cause de nombreuses sociétés, menant même certaines d'entre elles à la faillite. L'affaire Dalkon Shields en est un bel exemple comme, plus récemment, les implants de silicone.

La perspective de ces procès pousse certaines sociétés à ralentir leurs recherches technologiques et effraie les industriels et les assureurs américains et étrangers.

L'une des caractéristiques très particulières au système américain est la *class action*, ou recours collectif. Ce procédé permet à un avocat, avec un seul client, d'engager une procédure au nom de toute personne éventuellement victime d'un produit défectueux, ou ayant subi un préjudice quelconque. La *class action* est souvent employée dans les procès pour produits défectueux et dans le domaine des *securities litigations*, où une « classe » a acheté ou vendu des titres, et subi un préjudice commun fondé sur une fraude prétendue ou une omission significative dans une déclaration de la société émettant les titres. Tout récemment, par exemple, la *class action* a été utilisée dans le procès de l'*Exxon Valdez*, qui mettait en cause Exxon pour le préjudice causé à toutes les catégories de marins pêcheurs touchés par la marée noire en Alaska. Bien sûr, il n'y avait pas cinq mille demandeurs, mais une douzaine, agissant « au nom de » toute personne ayant subi un préjudice semblable. La notion de *class action* permet aux avocats de manipuler le système et, compte tenu de l'intérêt en général négligeable des individus directement concernés, d'agir comme leur propre client et de diriger le procès.

Enfin, même si le gagnant d'un procès peut réclamer des *costs*, il s'agit de frais limités bien définis. Normalement, chaque partie doit payer son propre avocat (sauf mauvaise foi), et en général un défendeur ayant subi des frais d'avocats énormes n'a pas de recours contre un plaignant qui l'a traîné pendant des années devant les tribunaux pour, en fin de compte, perdre son affaire. Les projets de loi actuellement devant le Sénat américain semblent concerner directement ces problèmes et peut-être indirectement les avocats et les abus éventuels du système juridique américain.

II. LES NOUVEAUX PROJETS DE LOI

1. Le Common Sense Product Liability and Legal Reform Act de 1995

Ce projet, n° HR-956, porte sur les actions concernant la responsabilité pour les produits défectueux.

Le Congrès a exprimé haut et fort son mécontentement à l'égard du système actuel, insistant sur l'augmentation des procès, soulignant que le système judiciaire est extrêmement coûteux et inflige un préjudice inutile à l'économie nationale, et que les montants de dommages-intérêts accordés sont excessifs, imprévisibles et souvent arbitraires. Selon le Congrès, la divergence des systèmes relatifs à la responsabilité des produits des différents États américains tend à créer un régime complexe, contradictoire et incertain, inéquitable à la fois pour les demandeurs et les défendeurs.

Au niveau fédéral, il n'y a pas de règle uniforme régissant les litiges pour les préjudices

causés par des produits défectueux. En effet, chaque État a son régime particulier. Pourtant, selon une règle quasi générale, les fabricants ainsi que les vendeurs ou toute autre personne liée à la chaîne du commerce aboutissant au consommateur (*stream of commerce*) sont responsables de manière stricte, illimitée et solidaire des préjudices causés par les produits défectueux. Ce préjudice comprend, dans la plupart des cas, un chef d'accusation dénommé *punitive damages*, une sorte de sanction quasi pénale imposée au responsable en cas de faute lourde ou de dol. Souvent, le montant n'est pas plafonné et peut atteindre des sommes fabuleuses, même si le préjudice subi réellement par la victime est négligeable. En plus, puisque la responsabilité est habituellement solidaire et conjointe, les victimes sont motivées pour poursuivre une stratégie dite de *deep pocket* (poche profonde), même si, en comparaison avec les autres parties éventuellement responsables, l'intervention d'une partie est minime ou restreinte. Enfin, sauf cas exceptionnel, le fait que la victime soit sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue ne peut être normalement invoquée pour limiter les plaintes ou réduire proportionnellement le préjudice subi par la victime.

L'un des changements importants du projet de loi est l'édiction de règles fédérales uniformes régissant ce type de litiges, relatives notamment à l'évaluation du préjudice, qui, dans le régime actuel, est déterminé en principe par la législation des différents États. Il faut comprendre que le système fédéral américain et les rapports entre les États et le gouvernement fédéral sont au cœur de la Constitution. Le fait que le Congrès tente de légiférer dans un domaine qui appartient en principe à chaque État pose des questions constitutionnelles importantes.

Ce projet de loi comprend quatre titres séparés, traitant de sujets distincts :

- le régime de la responsabilité pour les dommages causés par les produits ;
- la limitation *punitive damages* ;
- la limitation de la responsabilité pour les fournisseurs de médicaments et de matériel médical ;
- des aspects de procédure.

■ Le régime de la responsabilité pour les dommages causés par les produits

La responsabilité civile des vendeurs de produits. Le projet élimine la notion de responsabilité stricte imposée au vendeur d'un produit défectueux (le fabricant du produit lui, reste strictement responsable) et remplace cette notion par le principe classique de faute. Sauf dans le cas où un jugement ne peut être exécuté contre le fabricant, il faudrait dorénavant prouver la faute du vendeur pour obtenir réparation. Ce changement représente un revirement important allant dans le sens contraire d'une jurisprudence qui, depuis les années 30, évolue vers la responsabilité stricte des vendeurs et des fabricants et de toute autre personne impliquée dans le *stream of commerce*, donc toute personne ayant tiré bénéfice du produit défectueux.

Réduction de la responsabilité en cas de contribution de la victime. Le projet de loi prévoit également que la victime ne peut obtenir réparation d'un préjudice dû à un produit défectueux dans le cas où celle-ci est sous l'effet de la drogue ou de l'alcool et lorsque cet état a contribué au-delà de 50 % au préjudice. Dans l'éventualité où la victime ne suit pas les consignes du produit ou l'emploi d'une manière non prévue par le fabricant ou le vendeur, sa réparation sera également réduite par le pourcentage de sa faute ayant conduit au préjudice. Il appartient donc au fabricant et au vendeur de prévoir, avec grande précision, les circonstances dans lesquelles leur produit doit être utilisé. S'il y a non-respect de ces circonstances ou de ces conditions, la victime obtiendra une réparation réduite, voire rien du tout.

Le projet de loi crée en outre une prescription absolue de quinze ans, à partir de la date de la livraison du produit, pour engager une action en réparation, sauf si une garantie

quelconque du produit prévoit une période plus longue (ce qui est rarement le cas). Cette disposition du projet de loi a pour but d'uniformiser les délais de prescription, qui, actuellement, varient selon les États.

Une disposition du projet de loi présentant un intérêt particulier pour le fabricant non américain est celle qui attribue au tribunal fédéral la compétence pour des litiges impliquant un fabricant étranger, dans le cas où ce fabricant savait ou aurait dû savoir que son produit serait exporté ou vendu aux États-Unis.

■ *Limitation des « punitive damages »*

Comme nous l'avons noté, le système américain reconnaît la notion de *punitive damages*, sorte de sanction pénale qui, dans les cas de faute lourde ou de dol, autorise les jurys à accorder des dommages-intérêts complémentaires à ceux du préjudice compensatoire, et cela pour punir le défendeur, sanctionner sa conduite et décourager des fautes semblables. Ces dernières années, le nombre de jugements de *punitive damages* n'a cessé d'augmenter, des sommes parfois astronomiques étant réclamées. Ainsi, dans l'affaire de l'*Exxon Valdez*, le préjudice compensatoire accordé aux victimes a été de l'ordre de 287 millions de dollars. Compte tenu du fait que le jury avait déterminé que la société mère avait commis une faute lourde en confiant le pétrolier à un commandant alcoolique, le jury a accordé une somme complémentaire de 5 milliards de dollars pour « punir » Exxon de sa négligence, somme représentant vingt fois le préjudice compensatoire.

La nouveauté importante du projet de loi d'ores et déjà adoptée par la Chambre des représentants est le plafonnement des *punitive damages* à trois fois la « perte économique » subie par un plaignant ou à 250 000 dollars. De plus, le tribunal peut séparer la procédure « compensatoire » de la procédure de *punitive damages*, et les jurys doivent tenir compte de plusieurs éléments, notamment la nature du préjudice causé, le nombre de produits vendus et des services rendus, et la possibilité d'autres jugements comparables contre le défendeur. Pour illustrer la portée du projet de loi, s'il avait été en vigueur au moment du procès de l'*Exxon Valdez*, les *punitive damages* auraient été cinq fois moins importants que ceux qui ont été obtenus par les victimes.

Ces plafonds de responsabilité ne seront pas portés à la connaissance du jury, mais représentent plutôt des directives pour le juge une fois le verdict tombé et sont certainement un moyen de dissuasion à l'égard d'avocats qui réclameraient des dommages-intérêts exorbitants.

Lorsqu'un médicament a été approuvé par la Federal Food and Drug Administration (FDA), il est strictement défendu d'appliquer un jugement de *punitive damages*, sauf quand une fraude a été commise pendant la procédure d'autorisation de la FDA.

De plus, dans les litiges ayant trait à des produits médicaux, le maximum de dommages et intérêts pouvant être obtenu pour l'*emotional distress* (*pretium doloris*) est de 250 000 dollars. La loi semble bien comprendre, dans cette sorte de procès, des actions pour faute professionnelle contre les médecins, les hôpitaux, etc. Si le projet est adopté par le Sénat, il entraînerait une réduction sensible du coût de la santé publique aux États-Unis.

■ *Litiges concernant les produits médicaux et particulièrement les « bio materials »*

Le projet de loi limite sévèrement les actions en responsabilité pour les implants ou autres produits dans le domaine de la santé. Il faudra démontrer que le fournisseur a commis une faute lourde ou a expressément menti en ce qui concerne le produit en question et son fonctionnement pour obtenir une indemnisation. Des actions engagées par des victimes qui manquent des éléments nécessaires pour engager la responsabilité du four-

nisseur sont automatiquement rejetées par le tribunal et peuvent aboutir à des obligations de remboursement de frais et honoraires d'avocats de la part des victimes !

■ *Procédure*

Le projet a été accepté par la Chambre des représentants le 10 mars 1995 et doit être soumis à un comité issu d'elle-même et du Sénat.

En somme, cette loi se place dans l'optique de l'entreprise et prétend concourir à la sauvegarde de l'économie. Il s'agit bien d'un revirement important en matière législative et en matière de la protection du consommateur.

2. Le Securities Litigation Reform Act

Ce projet de loi reçu à la Chambre des représentants le même jour que le projet discuté plus haut traite les problèmes de *class action*, c'est-à-dire des actions collectives dans le domaine d'achat et de vente d'actions en sociétés privées. En effet, un très grand pourcentage des litiges commerciaux portent sur des réclamations liées à l'achat ou à la vente d'actions de sociétés cotées en Bourse. Le système d'actions collectives aux États-Unis permet à un avocat ayant un client détenant une seule action dans une société d'engager une procédure contre ladite société au nom de tous les actionnaires et de leur obtenir des dommages-intérêts. Par exemple, toute personne ayant acheté des titres à partir de renseignements fournis par une société dans une brochure et qui ultérieurement se révèlent faux ou incomplets peut réclamer des dommages-intérêts en réparation du préjudice subi. Un avocat a ainsi la possibilité d'engager une action collective au nom de toutes les victimes et de mener le procès sans l'intervention de ses clients à des moments décisifs de la procédure.

L'objet de ce projet de loi est donc de créer des comités de « clients » visant à contrôler les actions des avocats dans ces procédures. Il contient à ce titre certaines dispositions nouvelles et significatives.

■ *Création de comités de gestion*

Le projet de loi oblige chaque tribunal saisi d'une telle procédure à créer un comité de gestion composé d'au moins 5 victimes, représentant l'ensemble du groupe qui agisse à tout moment comme le « client » de l'avocat et l'instruise de ses décisions notamment des propositions de transactions et éventuellement sa révocation. Il faut comprendre que, contrairement au système français régissant les actions collectives, ce sont généralement les avocats qui mènent le jeu et prennent les décisions importantes. Le représentant de la *class* étant une sorte de forme symbolique sans volonté indépendante permettant l'engagement de la procédure.

■ *Procédure permettant la sanction des plaignants*

Contrairement au régime en vigueur à l'heure actuelle, ce projet met les frais et dépens à la charge du demandeur ou éventuellement de son avocat dans l'éventualité où ils perdraient le procès. Il impose également aux avocats engageant de telles procédures l'obligation de garantir le remboursement des frais et dépens dans l'éventualité où le procès se solderait par un échec. Comme nous le savons, les frais de procédure aux États-Unis peuvent être très importants. La notion « le perdant paie », autrefois non reconnue outre-Atlantique, semble maintenant être acceptée au niveau national par le biais d'une loi fédérale, du moins dans certaines catégories de poursuite judiciaire.

Contrairement aux États-Unis, la majorité des autres pays ont, eux, depuis longtemps, opté pour la notion « le perdant paie ».

Le nouveau projet de loi crée également des droits d'immunité pour les défendeurs qui transigent, les protégeant contre des demandes en garantie de la part d'autres défendeurs.

■ *Limitations sur les actions dénonçant une fraude*

Un domaine générant de nombreux abus aux États-Unis est celui des fraudes dans l'achat ou la vente de titres. Le nouveau projet de loi crée une procédure nettement plus onéreuse en énonçant des critères de fraude plus spécifiques rendant la charge de la preuve plus difficile afin de décourager, sinon d'éliminer, de telles actions. Le projet de loi limite également le montant des sommes qui pourraient être réclamées et autorise certaines déclarations qui, comme des projections de gains et de pertes, dans des circonstances précises, ne pourraient, de toute façon, constituer une déclaration frauduleuse (dénommées *forward looking statements*).

En somme, si cette loi est adoptée par le Sénat, il sera nettement plus difficile d'obtenir réparation au sein de *class actions* dénonçant une fraude dans l'achat ou la vente de titres de sociétés cotées en Bourse ; les chefs d'accusation seront limités et le perdant sera exposé au risque d'être obligé de payer le coût entier de la procédure.

3. L'Attorney Accountability Act de 1995

Le troisième projet de loi adopté par la Chambre des représentants le 7 mars 1995 vise les avocats en particulier, en créant des obligations dénotées dans les actions officielles et en créant le concept du « perdant paie », notion directement contraire à la tradition américaine. Ce projet de loi est divisé en trois sections principales :

- les circonstances autorisant le gagnant à obtenir des honoraires et dépens liés au litige. Le projet de loi prévoit une procédure selon laquelle le gagnant d'un procès peut récupérer ses frais d'avocats et dépens. Cette procédure est la suivante : si une partie fait une proposition de transaction au moins dix jours avant que l'affaire soit plaidée, et si la partie adverse refuse la proposition et que le résultat final est moins favorable que la proposition faite par la partie adverse, le gagnant peut réclamer l'intégralité de ses frais d'avocats et dépens liés à la défense de ces intérêts contre le perdant. Ces frais et dépens courent à partir de la date où l'offre a été refusée ;
- la section « honnêteté dans les preuves » modifie des règles de procédure préexistantes pour exiger un maximum de fiabilité dans le témoignage des experts ;
- la loi renforce les sanctions déjà prévues dans les règles de procédure et rajoute aux sanctions possibles imposables par un tribunal en cas de plaidoirie ou de procédures "harcélantes" les frais d'avocats subis par la victime du harcèlement.

CONCLUSION

Il est bien sûr impossible de prévoir comment ces projets seront modifiés une fois soumis au Sénat et adoptés comme lois. Néanmoins, il est évident que l'augmentation significative des dédommagements et l'aspect médiatique de certaines procédures (procès O. J. Simpson) fait que le système américain effraie beaucoup les marchés internationaux. Dans le secteur maritime, par exemple, le Oil Pollution Act de 1990, qui a créé un régime strict de responsabilité civile quasiment non plafonné en cas de pollution marine, décourage beaucoup de transporteurs internationaux de pétrole de traiter avec le marché américain. Le nouveau *Speaker of the House*, Newt Gingrich, prétend avoir passé un contrat avec l'Amérique pour retrouver l'équilibre dans un système judiciaire vu comme quasi infernal par beaucoup de marchés étrangers, particulièrement le marché britannique (exemple des indemnités extrêmement élevées décidées à l'encontre d'entreprises associées par le

Lloyd's). Reste à savoir si ces réformes vont aboutir et quel sera leur impact sur les autres systèmes, qui, nous semble-t-il, ont tendance actuellement à s'orienter vers une responsabilité plus élargie.

*
* *

Depuis la rédaction de cet article, le Sénat, lui aussi, a adopté trois projets de loi ressemblant, *grosso modo*, aux trois cités ci-dessus. La version du Sénat est plus restrictive, limitant le plafonnement des *punitive damages* aux cas de litiges couvrant la responsabilité pour les produits défectueux exclusivement. Sont maintenant devant un comité conjoint de la Chambre des représentants et du Sénat les deux séries de versions de loi, pour ce que nous appelons aux États-Unis une « réconciliation » des différences de ces deux séries de projets. Il est difficile de prévoir laquelle des deux versions obtiendra l'approbation du Congrès. Mais, normalement, le Sénat a plus de pouvoir politique que la Chambre des représentants. De toute façon, il est fort probable que des versions définitives de ces trois séries de projets de loi seront soumises au Congrès avant la fin de l'année. Reste à savoir si le président Clinton exercera son pouvoir de veto pour empêcher la pénétration de cette nouvelle philosophie dans le contexte juridique aux États-Unis ■

A propos de
« GESTION ET ANALYSE FINANCIERE »

Collection Assurances, comptabilité gestion (Argus, Paris)
Axa, Befec, Price Waterhouse

Cet imposant ouvrage résulte d'une collaboration approfondie entre les équipes financières et comptables de l'un des principaux groupes internationaux d'assurances d'origine française et d'un cabinet d'expertise-comptable et de commissariat aux comptes bien connu à la fois pour sa proximité avec un grand éditeur professionnel français et un réseau international d'audit d'origine anglo-saxonne. Ce livre vient à son heure, en France, pour faire le point sur de nombreuses évolutions comme le processus de coordination des réglementations européennes en matière d'assurance, dans le domaine comptable et financier, l'adaptation aux activités de l'assurance, les données actuelles de la théorie des marchés financiers, les besoins d'informations comptables et financières significatives tant pour la gestion interne que pour un public élargi.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'analyse rétrospective des données comptables, intégrant les nouvelles dispositions applicables à partir du 1^{er} janvier 1995 (nouveau plan comptable de l'assurance), notamment dans le domaine de la comptabilité analytique. De nombreux développements sont effectués sur la classification des charges par destination et spécialement les frais de gestion. L'analyse des marges et des principaux ratios de gestion permet une interprétation renouvelée et pertinente des informations comptables par rapport aux données actuelles de ce secteur. Le plus innovant de cette première partie concerne, à mon sens, la mesure précise des écarts sur coûts d'administration ou de gestion, par rapport aux chargements prévus aux contrats. Cette analyse, aujourd'hui encore peu répandue dans les sociétés d'assurances, devrait conduire à une prise de conscience, souvent nécessaire, des efforts internes de rationalisation et de mise à niveau des chargements, au moment même où la concurrence s'accroît. L'organisation des comptabilités est conçue sur la base d'un outil unique permettant de nourrir l'ensemble des systèmes d'information, qu'ils soient destinés à des tiers ou aux gestionnaires des entreprises, en vue de l'analyse de la rentabilité, par produit ou par centre de responsabilité. Dans le cadre d'une structure de groupe international, l'analyse des résultats par entités autonomes (de type filiale ou succursale) est étudiée, sur la base du ROE (*return on equity*), après retraitement des données en vue de privilégier une approche à finalité micro-économique.

La mise en œuvre des concepts exposés dans cette première partie aboutit à une analyse rétrospective décomposant de façon significative la formation des résultats comptables, tant sur le plan technique que financier. On peut en juger en examinant l'excellent tableau

* Expert financier près la Cour d'appel de Paris.
Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien 75010 Paris.

de la page 259 (rapprochement entre le compte de résultats analytique et le compte de résultats économique). Il constitue une synthèse des critères d'appréciation de l'activité vie. Le reclassement complet des produits et charges conduit à distinguer pour une période déterminée, après identification du résultat de gestion pour compte propre (issue de la situation nette), les résultats de l'activité d'assurance correspondant au risque de mortalité, aux autres éléments techniques, aux écarts sur frais d'acquisition et de gestion, ainsi qu'aux résultats financiers.

La seconde partie, résolument prospective, prend en compte les développements récents de la gestion actifs-passifs. La poursuite du raisonnement conduit aux modèles de simulation en matière de rentabilité (à partir de la notion de taux de rendement interne : TRI), ainsi qu'aux principales méthodes d'évaluation actuarielles selon l'approche anglo-saxonne. Les allocations optimales d'actifs procédant d'une estimation interne des durations et des sensibilités des divers passifs techniques font l'objet de développements structurés visant les logiques de prises de risques relatives à la gestion de l'actif et du passif des sociétés d'assurances, sur la base d'un capital minimal initial (selon une définition normative et réglementaire), la répartition des responsabilités respectives entre techniciens et financiers, aboutissant à une « convention de gestion » applicable aux placements et conduisant à divers degrés d'immunisation globale de la situation nette à la variation des taux d'intérêt, et finalement la méthode de raisonnement appliquée à divers scénarios à partir de la valeur actuelle nette (VAN) des flux d'actifs et de passifs. Une application de ces concepts est élargie aux sociétés non-vie à partir de l'assimilation des provisions techniques à des dettes susceptibles d'être escomptées. L'analyse de la rentabilité prospective des activités d'assurance repose ici sur plusieurs idées principales : définition du capital nécessaire minimal, analyse du coût du capital pour l'actionnaire, avec ou sans prime de risque, mise en place du taux de rendement interne (TRI) appliqué de façon stricte aux relations entre l'actionnaire et la société.

L'évaluation des sociétés est déduite des raisonnements précédents en ce qui concerne la notion d'*embedded value* portant sur les affaires en portefeuille à la date de l'évaluation (pour lesquelles nous disposons désormais d'une traduction française : « EVTH : évaluation de la valeur totale hors *goodwill*, bien que celle-ci ne pèche pas par excès de simplicité...). Cette méthode correspond aux pratiques les plus répandues chez les actuaires anglo-saxons, et cela aussi bien pour l'usage interne (contrôle et appréciation périodique de la gestion) qu'externe (valeur de la société pour les actionnaires). Le *goodwill* concerne les affaires nouvelles qui seront souscrites dans le futur. Son calcul repose sur de multiples hypothèses prospectives concernant aussi bien les conditions de production que de distribution et de rendement financier sur le long terme. La combinaison de ces méthodes d'évaluation aboutit à l'*appraisal value* dont le caractère subjectif n'échappe pas aux auteurs, en dépit des développements mathématiques précédents. Ces critères d'évaluation font également l'objet d'une adaptation originale aux activités non-vie.

La dernière partie de cet ouvrage concerne la gestion de la trésorerie et les tableaux de synthèse qui en résultent (tableau de financement, notamment). Cette présentation a le mérite de prendre en compte les nouvelles règles du plan comptable applicable à l'assurance en France. Par ailleurs, l'expérience des auteurs apparaît clairement dans la description de l'organisation des circuits de trésorerie, y compris dans un contexte international. Certaines solutions sont esquissées en matière de couverture des risques grâce aux nouveaux instruments financiers. La coordination avec les principes de la gestion actifs-passifs, précédemment évoqués, n'apparaît pas de façon évidente à ce niveau. Le risque de « transformation » et les réflexes prudents qu'il devrait susciter en tant que tels dans

l'activité d'assurance sont traités trop brièvement. (L'orientation de cet ouvrage est volontairement pratique et de nombreux exemples chiffrés sont fournis à l'appui des démonstrations proposées, avec le souci d'une perfection formelle qui est rarement prise en défaut). Les développements sont effectués à partir d'hypothèses qui mériteraient cependant parfois d'être davantage explicitées.

Trois exemples simples permettent de saisir la portée de cette observation générale. Dans le domaine de la comptabilité analytique, les solutions retenues par le plan comptable de l'assurance, applicable en France à effet du 1^{er} janvier 1995, reposent sur le processus de « coût complet ». Cette solution est sans doute conforme à l'esprit de la directive CEE du 19 décembre 1991, ainsi qu'aux exigences de comparabilité des comptes annuels des diverses entreprises d'assurances et, d'une façon plus globale, au plan comptable général français de 1982. Sur le plan de la gestion interne, les difficultés d'affectation des coûts de structure de la gestion conduisent souvent à rechercher des méthodes d'analyse différentes aboutissant à la marge sur coûts variables par produits dont la contribution spécifique est mesurée pour absorber l'ensemble des coûts de structure. Ce type de raisonnement, très répandu dans le monde anglo-saxon et chez les entreprises soucieuses de connaître la rentabilité intrinsèque de chaque contrat ou famille de contrats (*direct costing*), exige une classification préalable entre coûts fixes et coûts variables par produit et permet la construction de budgets flexibles. L'application de cette seconde méthode est, en effet, pertinente dans le monde de l'assurance, dès lors qu'une masse importante des coûts s'avère variable en fonction de la production (notamment la quasi-totalité des coûts de distribution et une grande partie des coûts d'administration) ou des activités d'administration des sinistres. Les hypothèses qui sous-tendent la présentation effectuée dans la partie prospective aboutissent à rechercher et à coordonner les durations d'actifs et de passifs. Il conviendrait de souligner davantage que ces durations ne sont pas de même nature et posent un réel problème d'interprétation théorique.

On ne peut aujourd'hui organiser une gestion d'actifs en ignorant que les paramètres d'évolution des passifs ne répondent pas à une logique de marché financier. Les difficultés d'application de la méthode aux sociétés non-vie le démontrent clairement : la détermination des composantes du coût du capital global mériterait une réflexion complémentaire réellement plus développée en fonction des types des engagements techniques : indexation des coûts des sinistres sur les inflations sectorielles à moyen terme.

L'évaluation de la valeur des activités d'assurance par les méthodes actuarielles présente l'avantage principal d'exiger une véritable analyse des portefeuilles présents et futurs (pour ne pas dire, en termes plus scientifiques, de *screening*). Cette méthode comporte cependant en elle-même ses limites. Comme beaucoup l'ont fait valoir, les sensibilités aux divers paramètres retenus peuvent modifier fondamentalement l'appréciation des valeurs recherchées. En définitive, selon les auteurs, la valeur actuelle des flux financiers sur affaires nouvelles (*goodwill*) est tributaire de la valeur de sortie « à la fin de l'horizon de projection des affaires nouvelles... Il est ainsi possible de retenir, soit une valeur de type multiple, soit une valeur correspondant à la valeur des affaires en portefeuille en $n + 10$ » (p. 529 et 530)... CFQD. On appréciera toute la portée de cette remarque finale en reconnaissant qu'au bout du compte la subjectivité des parties prenantes prend sa revanche, dès qu'il s'agit de transactions réelles... en dépit des raisonnements mathématiques proposés.

En dehors de ces trois aspects retenus ici à titre de simple illustration, cette *summa assurantia* suscite diverses questions liées à l'adaptation pratique de la théorie des marchés financiers à ce secteur. Je pense en particulier aux préoccupations suivantes : le coût du capital étant pris ici dans sa conception étroite (relation avec l'actionnaire), ne serait-il pas possible de retenir le concept classique (coût des capitaux propres et des dettes externes)

sur une base élargie telle qu'elle a été définie par la théorie financière anglo-saxonne ? Dans ce cas, ne faudrait-il pas assimiler le coût du capital des engagements techniques des sociétés d'assurances (au total : taux garanti + participation aux bénéfices en vie) à l'indexation en capital représentatif des inflations sectorielles (réparation automobile, journée d'hôpital, etc.) en non-vie ? Est-il légitime d'utiliser un seul taux d'actualisation pour les calculs des valeurs actuelles nettes (taux des emprunts d'État à dix ans majoré d'une prime de risque) ? Ne conviendrait-il pas alors de prendre en considération le coefficient bêta attaché à la classe de risque des actions d'assurance cotées, dans une perspective d'opportunités alternatives par rapport à d'autres secteurs d'activité ? Ne faudrait-il pas reconsidérer sur le fond le risque de transformation par référence aux concepts bancaires et aux incidences monétaires qui en résultent (couverture de passifs longs par des actifs réalisables à court terme), y compris sur une base conciliant les approches micro et macroéconomiques ? Dans ce cas, ne faut-il pas relativiser la signification réelle des visions instantanées, mais successives, qui induisent les raisonnements directement inspirés d'une généralisation, peut-être excessive, des valeurs de marché, de techniques indifférenciées d'actualisation et de la théorie des marchés de capitaux ? En définitive, dans quelle mesure les volatilités croissantes des actifs de placement (reflets de leurs liquidités permanentes et de leurs évaluations instantanées) contribuent-elles à atteindre les objectifs globaux des sociétés d'assurances, c'est-à-dire : la constitution de réserves techniques mutualisées — en vie comme en non-vie — sous forme d'épargne de précaution gérée à long terme ?

En conclusion, cet ouvrage constitue la solide synthèse que l'on attendait en France. Il adapte les méthodes généralement admises dans le monde anglo-saxon pour apprécier le fonctionnement économique et financier des sociétés d'assurances. Il serait cependant opportun de relativiser les conclusions formulées par référence aux différentes hypothèses de travail retenues ; celles-ci sous-tendent des raisonnements spécifiques. Enfin, il convient de situer ces applications à l'assurance par rapport à la théorie générale des marchés financiers. Celle-ci n'est pas, en effet, si récente, puisque les principaux concepts remontent à l'après-guerre avec le modèle de Markowitz, Sharpe et Lintner (*capital asset pricing model*, devenu quelque temps plus tard, en bon français, Médaf [modèle d'évaluation des actifs financiers], avec ses améliorations successives, sous la forme du modèle d'arbitrage issu des travaux de Ross), la généralisation du coût du capital appliqué à la théorie du financement des entreprises (1958 : modèle de Modigliani et Miller), puis mise au point du concept de la droite de marché formulée par W. Sharpe en 1964. Les modèles d'évaluation des options datent, quant à eux, de la décennie 70 (1973 : Black et Scholes ; 1978 : modèle binomial). Les années 80 ont connu, avec le développement des marchés à terme, de nouveaux instruments financiers, la mise au point des techniques d'assurance de portefeuille (Leland et Rubinstein, notamment). Ces approches ont été enseignées par des générations d'économistes et de financiers dans les meilleures *business schools* américaines depuis presque trente ans (Harvard, Stanford, Wharton, MIT, grâce aux professeurs Van Horne, Donaldson, Hayes, pour citer quelques noms prestigieux). En France, le département Finances de Jouy-en-Josas (HEC-ISA), de Paris-Dauphine et divers autres centres universitaires ont assuré une large diffusion de ces concepts généraux depuis les années 70, à travers les publications de D. Pène, d'Y. Simon, de R. Ferrandier, de B. Jacquillat, ainsi que d'E. Briys, pour l'assurance, et de P. Vernimmen pour la banque, notamment.

L'introduction encore récente de la finance dite « moderne » dans le secteur de l'assurance en France pourrait, après ces quelques rappels historiques, prêter à sourire, sauf à prendre en considération l'approche des économies européennes continentales, résolument orientée vers le long terme et intégrant le respect des contraintes sociales fortes. Pour l'assurance, les concepts réglementaires prudentiels qui ont fait leurs preuves (y compris en période de crise financière) se traduisent par des règles d'évaluation comp-

tables permettant de dépasser le cadre de l'analyse annuelle. Cette situation est illustrée par les règles du Code des assurances concernant les actifs (R. 332-19 pour les obligations, R.332-20 pour les actions), ainsi que par l'ensemble des dispositions techniques aboutissant à une estimation prudente des engagements, sous le contrôle des commissaires contrôleurs. Il s'agit en quelque sorte d'une politique de *hidden reserves*, opposée dans sa conception à l'évaluation des actifs à la valeur de marché traduite au bilan par l'*investment reserve* anglaise. La réglementation normative qui prévaut encore en Allemagne est, pour l'essentiel, maintenue à travers la *Versicherungsaufsichtsgesetz* et ses rigoureuses circulaires d'application, à l'issue des directives de 1992. Celles-ci tendent à maintenir les *stille Reserven*, les réserves « calmes » ou « paisibles », traduction allemande des réserves « cachées » anglaises (*hidden reserves*) : sémantique significative ! En clair, il s'agit de sous-estimation d'actifs ou de surestimation de passifs des bilans comptables allemands par rapport à la réalité économique.

Dans cet environnement, la conception française représente une solution réaliste et équilibrée en terme de transparence et d'efficacité économique à la faible mobilité des portefeuilles d'assurance inter-entreprises. La titrisation des activités globales (actifs et passifs techniques) d'assurance ne paraît pas à l'ordre du jour en France... encore que les transferts de portefeuilles effectués cas par cas, après autorisation et contrôle, préfigurent, d'une certaine façon, ce qui constituera peut-être un jour une sorte de marché de gré à gré ! L'accès des sociétés d'assurances françaises aux marchés internationaux de capitaux (désormais, toutes valeurs mobilières cotées sur les Bourses de l'OCDE) est relativement récent, de même que la modernisation de la place financière de Paris, dont les progrès les plus décisifs remontent à la décennie précédente. Il n'y a pas incompatibilité entre le bon usage des divers outils mathématiques de simulation économique et financière, qui n'exige pas vraiment les compétences de « Rocket scientists », d'une part, et la gestion à long terme des activités d'assurance orientée vers la maîtrise des risques, d'autre part. En pratique, cela exige quelques précautions d'usage. Après l'ère de la créativité, voici donc arrivé le temps de la mise en pratique et du contrôle. Une seconde édition viendra prochainement, n'en doutons pas, compléter sur ces divers points ce remarquable travail de fond à l'usage de ceux qui veulent acquérir une compréhension réelle des mécanismes économiques et financiers régissant les activités d'assurance... en y consacrant le temps nécessaire, calculette programmable à portée de main. Ainsi parviendront-ils, instruits et rassurés sur leurs propres facultés intellectuelles, jusqu'à la 682^e page, sans avoir perdu le fil conducteur ! ■

Le Choc du progrès technique**par J. Hervé Lorenzi et J. Bourlès, Paris, Economica, 1995**

Janus bifrons ou langue d'Ésope, le progrès technique est apparemment en tout cas à la fois une très bonne chose – il permet d'offrir davantage de richesses aux humains – et une mauvaise – il est très souvent destructeur d'emplois. En fait, ses aspects négatifs sont de court terme, et ses conséquences positives l'emportent dans le long terme, un long terme moins long que celui de Keynes, puisque, avant de mourir, l'humain moyen pourra bénéficier des bienfaits du progrès technique.

Sur ce sujet difficile et d'actualité, un économiste et un mathématicien proposent aujourd'hui une sorte d'encyclopédie : leur livre est, en effet, en même temps une histoire économique du point de vue du progrès technique depuis la première révolution industrielle et une « boîte à outils » de modèles plus ou moins théoriques et formalisés sur la liaison entre progrès technique, croissance et emploi. La taille et l'ambition de l'ouvrage en font plus une référence, essentielle, même si elle est parfois contestable, qu'une lecture de fin de semaine.

On partira de la première révolution industrielle. Les auteurs montrent bien comment elle fut préparée par de nombreuses inventions, parfois anciennes, dont certaines, mais non toutes, furent facilitées par le nouveau climat scientifique qui apparaît en Angleterre et en France dès le ^{xvii}^e siècle. A partir de là, la question est de savoir si le progrès technique, d'abord exogène – c'est-à-dire non explicable par le seul système économique –, devient endogène. Il n'est pas douteux qu'il l'est largement aujourd'hui, à travers l'ampleur de la recherche-développement menée dans les entreprises, dont c'est l'une des variables stratégiques essentielles. L'intervalle entre la fin du ^{xviii}^e siècle et le début du ^{xx}^e siècle est d'interprétation plus délicate : on retrouve les théories « littéraires » des cycles longs (Kondratiev, Kuznets), qui lient, notamment depuis Schumpeter, les cycles à des innovations majeures (je renvoie à la recension publiée ici même de l'ouvrage de Bosserelle sur Kondratiev). Mais deux observations doivent être faites à ce stade : d'une part, le cycle long demeure encore une probabilité plutôt qu'une certitude avérée et, d'autre part, il existe entre les points de retournement de ce cycle – si encore une fois il existe – et les guerres des concordances troublantes. Ce qui m'amène à regretter que les présents auteurs n'aient pas évoqué la partie du progrès technique liée à la défense, qui a été et qui demeure considérable.¹

Si l'on revient au plus long terme encore, on ne peut que noter l'aspect positif du progrès technique, par ses effets sur la productivité, c'est-à-dire sur le revenu moyen par tête.

La littérature sur ce point est ancienne, depuis Smith jusqu'à Clark-Fourastié. Mais, et les

1. *Mariant une quantité impressionnante d'informations, les auteurs n'ont malheureusement pas non plus relu avec assez de soin leurs développements (p. 78 pour les fondateurs du Crédit mobilier, p. 362 pour les menaces contre Jacquard, p. 366 et 381 sur la date de la loi française sur le travail des enfants, etc.) ; leurs raccourcis sont parfois hâtifs : pour eux, toute l'entre-deux-guerres 1918-1939 n'est qu'une période de dépression (p. 54) ou encore dans les pays européens, avant 1929, le taux de chômage aurait été de 10 à 20 %.*

économistes l'ont montré, le progrès technique est un résidu, dont ils ont essayé de rendre compte en introduisant des variables explicatives des niveaux d'éducation, etc. Même alors, mais peut-être à cause de l'insuffisance des statistiques, il demeure une sorte de « résidu du résidu ». En tout cas, il paraît peu douteux que l'éducation au sens large, y compris la formation permanente, est un facteur essentiel et que tous les efforts des gouvernements doivent aller en sa faveur — soit directement (éducation publique), soit par incitation (éducation privée). On rappellera sur ce point la vogue actuelle de la théorie de la croissance endogène qui insiste en la matière.

Mais l'éducation n'est pas moins cruciale dans le court terme, puisqu'elle seule permettra la réinsertion des actifs privés de leur emploi par le progrès technique. Celui-ci et l'innovation qui l'insère dans le mécanisme économique sont, on l'a dit liminairement, profondément déstabilisants, destructeurs de l'équilibre économique. On lira sur ces points les très intéressantes pages consacrées par les auteurs à l'apport des nouvelles techniques de l'information.

Il est devenu une sorte de truisme de dire que les pays les plus riches et ceux où le chômage est le plus bas sont ceux qui ont le mieux su « canaliser » le progrès technique grâce à une action permanente en faveur de la formation. Il s'agit d'une action coûteuse, mais certainement moins en argent et en souffrance humaine que le gâchis d'un chômage important. Les auteurs concluent, quant à eux, à une nécessaire réduction de la durée du travail, qui ressort en effet de cent cinquante ans de notre histoire économique : ils sont toutefois moins diserts sur les compensations en matière de revenus, en tout cas pour le court terme : puisque, dans le long terme, le progrès technique a permis à la fois de travailler moins et de gagner davantage ■

Michel Lutfalla, Axa.

« Les rencontres de l'Amrae 1996 »

L'Association pour le management des risques
et des assurances de l'entreprise

organise sa conférence annuelle

à Strasbourg, les 24, 25 et 26 janvier 1996

sur le thème

L'EVOLUTION DES RISQUES

à l'heure européenne



Inscriptions et réservations :

Socfi, 14, rue Mandar, 75002 Paris
(téléphone : 44 88 25 25 ; télécopie 40 26 04 44).

Secrétariat général :

Amrae, 9-11, rue Franklin-Roosevelt, 75008 Paris
(téléphone : 42 89 33 16 ; télécopie : 42 89 33 14) ■

Les jeudis de l'assurance

Incertitude, risques et comportements

Denis Kessler, François Bourguignon, directeurs d'études à l'EHESS,
Pierre-André Chiappori, François Ewald, André Masson,
directeurs de recherche au CNRS

Ce séminaire explorera trois grands problèmes autour desquels se redéfinit, dans le monde contemporain, l'économie politique du risque :

- démographie, protection sociale et couverture individuelle des risques ;
- la gestion optimale des risques : concurrence ou monopole ;
- fiscalité, épargne et incertitude.

Inscriptions et renseignements : Mme D. Le Maout, direction des affaires publiques, FFSA, 26, boulevard Haussmann, 75009 Paris (téléphone : 42 47 93 90 ; télécopie : 42 47 94 25) ■



Assurance et finance

Éric Briys, directeur de l'Isa,
François de Varenne, chargé de mission à la FFSA

Ce séminaire a pour but de mettre à la disposition des assureurs les derniers développements de la science financière.

Les séances du séminaire se décomposeront de la manière suivante :

- module I : la gestion d'un portefeuille d'actions ;
- module II : la gestion d'un portefeuille obligataire ;
- module III : les produits dérivés et leurs utilisations ;
- module IV : la gestion actif/passif en assurance.

Inscriptions et renseignements : Mme M. Castello, direction des affaires publiques, FFSA, 26, boulevard Haussmann, 75009 Paris (téléphone : 42 47 92 91 ; télécopie : 42 47 94 25) ■



Séminaire Bachelard

Phénoménologie du risque

DESS gestion globale des risques et des crises

Le séminaire se tient à l'amphithéâtre Bachelard, 1, place de la Sorbonne, à Paris, le vendredi de 17 h 30 à 19 heures. Les prochaines séances seront consacrées à :

- la réassurance (J. Blondeau, 12 janvier 1996) ;
- la sécurité civile (colonel Armadans, 19 janvier 1996) ;
- le risque commercial (M. Blun, 2 février 1996) ;
- la prévision des séismes (J. Labeyrie, 9 février 1996) ;
- les nouveaux outils de financement (P. Jaeger, 16 février 1996) ;
- la sociologie (C. Gilbert, 23 février 1996).

Renseignements : Lucien Faugères, 191, rue Saint-Jacques, 75005 Paris
(téléphone : 44 32 14 00 ; télécopie : 44 32 14 54) ■

Les Cahiers de la sécurité intérieure

revue trimestrielle éditée par
l'Institut des hautes études de la sécurité intérieure

Les métiers de l'urgence

n° 22 – 4^e trimestre 1995

Sommes-nous entrés dans l'ère de l'urgence ?
L'instantanéité de réponse semble en tout cas faire loi.
Ces exigences publiques affectent l'identité, la structure
et le fonctionnement des acteurs de l'urgence.
Dans quelle mesure les différents services sont-ils engagés
vers la professionnalisation ?
Comment transformer le désordre issu des situations
d'urgence en ordre relatif ? La rationalisation
de l'urgence est au cœur des réflexions.
Quelle forme prend-elle ?



Sommaire (extrait)

Gérer l'urgence dans une grande organisation telle qu'EDF-GDF
(Jean-Philippe Rochon)

Le traitement de l'urgence sociale à l'hôpital
(Marc Bessin)

Grammaire de l'urgence : les sapeurs-pompiers, experts du risque
(Dominique Boullier et Stéphane Chevrier)

Le juge et l'urgence
(François Ruellan)

Les médecins face à l'urgence préhospitalière
(Louis Lareng)

Plans Orsec et gestion de crise : bilan des débats
(Claude Gilbert)

Le rôle du maire dans le traitement de l'urgence
(Claude Collin)

Le 17 ou les ressources d'une police de proximité à distance
(Michel Dartevelle)

Détecter l'urgence : acteurs et perceptions
(table ronde)



En vente 110 francs
par correspondance à la Documentation française
124, rue Henri-Barbusse, 93308 Aubervilliers cedex.
Téléphone : (1) 48 39 56 00

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 <i>Risques</i>	QTÉ	PRIX TTC	TOTAL TTC
--	------------	---------------------	----------------------

☐ Abonnement de soutien (4 numéros/an)		2 000 F	
---	-------	---------	-------

☐ Abonnement (4 numéros/an) à partir du n° 24		700 F	
---	-------	-------	-------

Je commande les numéros suivants :

☐ N° 2 : Les Visages de l'assuré (1 ^{re} partie)		125 F	
--	-------	-------	-------

☐ N° 3 : Les Visages de l'assuré (2 ^e partie)		125 F	
---	-------	-------	-------

☐ N° 4 : La Prévention		125 F	
---	-------	-------	-------

☐ 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° 10 : Assurance, droit, responsabilité		150 F	
---	-------	-------	-------

☐ N° 11 : Environnement : le temps de la précaution		150 F	
--	-------	-------	-------

☐ 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 (1 ^{re} partie)		190 F	
---	-------	-------	-------

☐ N° 23 : L'Assurance dans le monde (2 ^e partie)		190 F	
--	-------	-------	-------

☐ N° 24 : La distribution de l'assurance en France.....		190 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

Numéros hors série

- | | |
|---|-------|
| ☐ 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 |

Numéros épuisés

- | | |
|---|-------|
| ☐ N° 1 : Les Horizons du risque | 125 F |
| ☐ N° 5 : Age et assurance | 125 F |
| ☐ N° 9 : La Réassurance | 150 F |
| ☐ N° 12 : Assurances obligatoires : fin de l'exception française ? | 150 F |



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

Réviseur
Alix Ratouis

Numéro de commission
paritaire : 72.325
Dépôt légal : décembre 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

LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE

Présentation	Patrick Thourot	6
Évolutions de la distribution de l'assurance	Henri Debruyne, Véronique Torchet	13
La profession de courtier et sa réglementation.....	Francis Chaumet, Stéphane Pallez, Gilbert de Verville	31
L'obligation de conseil des intermédiaires	Claude Delpoux	43
Le statut des agents généraux d'assurance	Charles Debernardi	53
Agents indépendants ou exclusifs :		
réexamen du coût différentiel.....	James Barrese, Jack M. Nelson	61
Le modèle « principal/agent » :		
application à la distribution en assurance	Isabelle Hoarau	85
La perception, par les consommateurs, des différents réseaux de distribution.....	Philippe Fruleux	93
Bancassurance, produits de prévoyance et d'assurance de dommages	Jean-Pierre Morin	99
Une politique de distribution	Claude Tendil	107

Rubriques

Droit

« Réclamations » contre la jurisprudence.....	Bruno Mostermans,	
« claims made ».....	Emmanuel Silvestre	117

Économie

Assurance sociale et assurance privée face à la crise de l'État providence	André Masson	135
---	--------------	-----

Chroniques

La réforme de la responsabilité civile aux États-Unis.....	Christopher Kende	159
A propos de « Gestion et analyse financière ».....	Gérard Valin	167

Livres

• « Le Choc du progrès technique », par Michel Lutfalla	173
---	-----

Communiqués