

Dans la même Collection :

Le prix du temps et la décision publique - Révision du taux d'actualisation public, par Daniel Lebègue, *président du groupe d'experts* ; Philippe Hirtzman, *coordinateur* ; Luc Baumstark, *rapporteur général* ; n° 1, La Documentation française, février 2005, 96 pages, 10 euros.

Conflits d'usage à l'horizon 2020 - Quels nouveaux rôle pour l'État dans les espaces ruraux et périurbains ?, par Marc Guérin, chef du groupe de projet *Manon* ; n° 2, La Documentation française, 2005, à paraître.

“En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, complétés par la loi du 3 janvier 1995, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse du Commissariat général du Plan. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.”

L'ÉTAT ET L'ASSURANCE DES RISQUES NOUVEAUX

Exercice prospectif

Guilhem Bentoglio
Jean-Paul Betbéze
*Chefs de projet
du groupe Télémaque*

Juin 2005

AVANT-PROPOS

par Alain Etchegoyen,

Commissaire au Plan

Qu'il s'agisse de la prévention des risques naturels, des OGM ou de la décision publique face aux risques, le Commissariat général du Plan a intégré, dans la dernière décennie, la notion du risque à l'occasion de rapports d'évaluation ou de prospective. Désormais recentré sur la prospective de l'État *stratège*, le Plan a pour mission d'envisager les rôles de l'État de manière globale. C'est pourquoi le groupe de projet *Télémaque* a choisi de procéder à des exercices de prospective qui ont pour objet les rôles de l'État face à l'assurance de risques nouveaux.

Ce travail s'effectue dans un contexte singulier car, d'une part, notre société est parcourue par de nombreux paradoxes quant à ses représentations du risque et d'autre part le secteur de l'assurance constitue un secteur économique bien identifié très relié aux évolutions du monde dans lequel il opère.

Commençons par cette seconde remarque. Le métier de l'assurance a toujours participé aux progrès de la civilisation. En se fondant sur des visions, même éclatées, du futur, il a tenté de les rendre mesurables. Ainsi a-t-il beaucoup contribué à la naissance et à l'influence du calcul des probabilités quand certains mathématiciens considéraient avec mépris l'*Ars conjectandi* ou ses "verbiages algébriques" (Auguste Comte). Depuis les premiers calculs induits par les assurances maritimes, les assureurs se sont confrontés à tous les types d'incertitude – bien avant que l'incertain ne vienne rejoindre la complexité dans les poncifs du jour – puisque, par principe, ils ne sauraient assurer le certain. Dans le même mouvement, les assurances ont progressivement embrassé toute notre vie individuelle et sociale : l'analyse des contrats d'assurance ou des contentieux auxquels ils donnent parfois lieu dans l'indemnisation des sinistres exprime à tout moment de notre histoire la vie même d'une collectivité. L'assurance intègre notre espérance de vie, comme la variété de nos accidents ou les transformations du droit positif. Il me semble nécessaire de le rappeler car le rôle primordial qu'elle joue au sein du capitalisme finan-

Avant-propos

cier et les sommes gigantesques qu'elle manipule font parfois oublier que l'assurance est une des meilleures perspectives pour comprendre le monde dans lequel nous vivons tout en impliquant chaque individu dans ses choix personnels. L'assurance est d'ailleurs sans cesse confrontée, en retour, aux comportements qu'elle engendre, soit qu'elle induise de nouveaux besoins ou demandes, soit qu'elle rende confuse, par ses pratiques ou son langage mêmes, des notions comme celles de risque ou de responsabilité.

L'État ne peut évidemment être indifférent à un secteur économique qui représente de tels engagements financiers et qui concerne en même temps chaque citoyen. De plus, dans la mesure où l'État *stratège* doit agir dans le sens de l'intérêt général, il est naturellement sensible à une activité économique qui repose dans son fonctionnement même sur des principes de solidarité ou de mutualisation. Certes, ces principes peuvent être conçus, par les assureurs, de façon plus économique que morale ou politique, mais ce n'est pas un hasard si la forme mutualiste de l'entreprise continue à jouer, dans l'assurance, un rôle à nul autre pareil.

Aussi, quelque positive que puisse être l'évaluation faite du système français d'assurance et de sa résistance aux événements les plus difficiles, c'est bien le rôle du Plan d'examiner ce que deviendront les rôles présents de l'État en fonction de nouveaux risques qui, sans être probables, sont néanmoins possibles. Les trois fonctions principales de l'État sont clairement définies : il se soucie de l'assurabilité des risques ; il assure un contrôle prudentiel à travers des autorités de régulation et de contrôle ; enfin, il est lui-même assureur et réassureur en dernier ressort dans des cas extrêmes où il doit garantir la solidarité nationale. Ces fonctions ne sont pas homogènes dans leurs opérations, mais elles relèvent toutes de l'intérêt général. Il est donc logique que l'État en s'appuyant sur l'expertise des professionnels donne sa propre vision de l'avenir et que le Plan joue son rôle d'éclairer. Les propositions que produit *Télémaque* vont en ce sens. En effet, la gestion des risques n'est pas naturelle pour l'État. Les décideurs publics peinent à l'intégrer. Le risque et la responsabilité constituent deux notions souvent proches devant lesquelles l'État balbutie trop souvent. Ce n'est pas un hasard si une des principales difficultés de la LOLF consiste à donner un contenu clair et distinct à la notion de responsable. Il n'est pas non plus fortuit que les propositions faites par le Plan dans la modification du taux d'actualisation insistent avant tout sur l'intégration dans la décision publique d'un calcul économique qui retienne le risque comme un élément décisif *.

Pourtant, l'idée même d'un État *stratège* enveloppe les notions de responsabilité et de risque. Prenons deux exemples très différents, l'un clair et l'autre confus. *Télémaque* cite le premier : "Les indemnités accordées suite à des recours collectifs de victimes d'infractions boursières entre 1992 et 2001 ont totalisé aux États-

(*) Le prix du temps et la décision publique – Révision du taux d'actualisation public, par LEBEGUE (D.), président du groupe d'experts, HIRTZMAN (P.), coordinateur et BAUMSTARK (L.), rapporteur général, Commissariat général du Plan, Collection "Les Regards prospectifs", n° 1, La Documentation française, février 2005.

Unis environ 15 milliards de dollars pour deux mille quatre cent sentences par an, et seulement 5,5 millions d'euros pour cinq recours en France". Il est clair qu'un alignement sur les États-Unis aurait un impact considérable sur le bilan des assureurs. Le risque et l'incertitude judiciaires, même s'ils ne sont pas choses totalement nouvelles, doivent être aussi anticipés par l'État. Même si la justice est indépendante, il existe une politique judiciaire qui dépend légitimement d'un État qui ne saurait rester indifférent ou attentiste.

Autre exemple plus confus puisqu'il repose sur les paradoxes susdits : l'assurance doit permettre de prendre des risques, mais l'on constate que les individus ont de plus en plus tendance à refuser les risques comme si le discours sur la sécurité qui a sa pertinence dans le champ des libertés publiques envahissait progressivement toute la sphère économique et sociale, jusqu'à la revendication du risque zéro. Le refus du fatalisme, la recherche systématique d'un responsable, ou le mécanisme de défausse sur un tiers constituent d'authentiques menaces sur le champ des risques assurables. Progressivement le mot *risque* pourrait bien devenir entièrement négatif alors que le risque constitue l'épreuve même de notre liberté. De ce point de vue le texte de *Télémaque* conserve une ambiguïté très gênante progressivement introduite par le lexique des assurances, la confusion du risque et du danger, ou plus exactement l'incorporation du danger à la notion de risque au point de les confondre. Partons de cette notion de sécurité qui constitue une revendication légitime tant qu'elle concerne la volonté d'éviter des dangers, soit l'insécurité. Cette notion de sécurité a deux opposés très différents, l'insécurité toujours détestée et le risque qui peut être valorisé. L'assurance est là pour donner cette sécurité face aux dangers : le danger ne dépend pas de nous, il arrive et s'impose comme cette catastrophe naturelle ou cet automobiliste qui prend l'autoroute à contresens. Dans la langue française, comme dans d'autres, il n'existe aucun verbe qui corresponde au mot *danger*. Au contraire, au mot *risque*, correspond le verbe *risquer*, verbe d'action qui exprime bien une décision : je *risque* mon argent, ma vie, ma fonction. Il s'agit d'une initiative et d'une volonté, manifestations de ma liberté. Platon, Rousseau ou La Boétie montraient bien que toute sécurité se paie d'une moindre liberté – la sécurité toujours ceinture – et que la volonté d'une sécurité totale se paie d'une liberté nulle. Il est donc important que le risque soit encore possible, sans être assuré. Mais il l'est d'autant plus si certains dangers, eux, sont assurés. Cette confusion lexicale ajoutée à des discours politiques réduits au thème de la sécurité, peut faire perdre le goût du risque sans lequel une société ne peut progresser et peut réduire la liberté qui caractérise nos démocraties. Peut-être faudrait-il mieux distinguer l'assurance des risques et l'assurance des dangers pour ne pas mélanger le refus de tout accident et la prévention de catastrophes naturelles ou d'attentats terroristes. En ce sens, l'État doit effectivement veiller aux frontières de l'assurable.

La prospective n'obéit pas à une méthode unique. Chaque groupe de projet du Plan l'adapte à son objet. *Télémaque* ne propose pas une variété de scénarios qui corresponde à l'éventail de tous les possibles, ni même de tous les probables. Mais sur la question de l'assurance, il ne s'agissait pas d'être exhaustif : le rôle de l'État n'y est pas le même qu'ailleurs. Puisque *Télémaque* propose des exercices pros-

Avant-propos

pectifs à l'État et que le monde de l'assurance est, par nature, tourné vers le futur, l'évaluation de nouveaux dangers doit logiquement conduire l'État à bien envisager ce qui dépend de lui et ce qui n'en dépend pas.

Je tiens particulièrement à remercier pour leur travail précis et rigoureux, les deux co-chefs de projet, Jean-Paul Betbéze et Guilhem Bentoglio, ainsi que Bertille Canivet, qui ont mené à terme *Télémaque*.

Alain Etchegoyen

RÉSUMÉ OPÉRATIONNEL

Le présent document porte plus sur le rôle de l'État par rapport au risque que sur l'industrie de l'assurance. La modification des risques, en partie liée à l'action de l'État lui-même, suppose en effet une adaptation de l'intervention publique dans le champ de l'assurance. Elle passe par une meilleure prise en compte du risque et de sa gestion. Il s'agit donc d'interroger l'État sur ses missions concernant la bonne fin des contrats d'assurance, sans vouloir opposer un État garant, ou surveillant, ou encore bienveillant, à un secteur de l'assurance qui pourrait devenir menacé ou fragilisé, ou pire encore. Ainsi, l'accent est mis dans cette étude sur les cas extrêmes, avec l'idée de s'y préparer et surtout de les éviter.

L'assurance¹ joue un rôle clef dans notre société et notre économie, en permettant la prise de risque. D'une part, elle apporte une couverture en cas de réalisation d'aléas indépendants du comportement des individus, et favorise ainsi l'organisation d'activités sociales. D'autre part, elle permet aux entrepreneurs d'investir et d'innover, car ils peuvent s'assurer contre les risques connexes à leur activité, ce qui est au cœur de la croissance économique.

Or certains risques ne peuvent pas être couverts sans l'intervention de l'État. Parfois, quand les risques ne sont pas mutualisables et les sinistres potentiels très élevés, le secteur privé ne peut les assurer tous, malgré les mécanismes de coassurance, de réassurance ou de couverture financière. L'État doit donc intervenir de façon à ce qu'il soit possible de s'assurer, à coût acceptable, contre les risques considérés comme devant être couverts. Il doit aussi contrôler que le secteur privé est toujours solvable, c'est-à-dire en mesure d'indemniser les victimes assurées.

Pour cela, l'État assume trois fonctions principales dans le champ de l'assurance.

(1) Dans ce document, l'expression "l'assurance" renvoie au contrat d'assurance, au fait de s'assurer, et pas aux assureurs auxquels il est fait référence par les expressions "le secteur de l'assurance", "l'industrie de l'assurance" ou "les compagnies d'assurance".

Résumé opérationnel

D'abord, et c'est une responsabilité partagée avec la profession, il se préoccupe de la frontière de l'assurabilité des risques et joue un rôle particulier lorsque l'intérêt général le justifie (terrorisme par exemple). Il assure ensuite le contrôle prudentiel des compagnies d'assurance via les autorités de régulation et de contrôle. Il est enfin réassureur en dernier ressort (prise en charge des tranches supérieures des indemnités en cas de grande catastrophe naturelle ou terroriste) et assureur en dernier ressort (garant de la solidarité nationale en cas de sinistre majeur).

Le système assurantiel français actuel est performant et solide. Pourquoi alors s'inquiéter de son sort ? Par la coopération entre les différents acteurs, privés et publics, il offre en effet une gamme de couverture très satisfaisante et a prouvé lors des dernières années sa résilience et sa réactivité. Il s'agit donc de continuer à le renforcer, dans un monde qui s'ouvre, dans un univers où les risques changent, se renouvellent et nécessitent d'être gérés de façon évolutive.

La démarche prospective consiste à accompagner le changement. Il s'agit ainsi d'envisager des réformes, pour anticiper l'apparition de nouveaux problèmes. En effet, lorsque la crise a éclaté, il est trop tard pour agir. Or de nouveaux facteurs de crises sont susceptibles d'émerger dans la décennie à venir. Quelles sont les incertitudes face auxquelles l'assurance doit conserver sa capacité d'adaptation ?

Les scénarios prospectifs esquissés dans ce rapport ne sont pas forcément les plus probables, mais ils sont parmi les plus préoccupants. De même que les assurances ont appris que les événements extrêmes doivent être pris au sérieux, même s'ils sont rares, nous mettons l'accent ici sur les facteurs de risques nouveaux susceptibles de mettre en péril soit la santé financière du secteur de l'assurance ou la couverture de certains risques.

Premièrement, la demande croissante de protection de la part des individus pourrait mener à une dérive du recours à l'assurance. À côté d'une demande de produits d'assurance plus variés et plus riches en services joints, elle s'exprimerait par la recherche d'une indemnisation systématique par les procédures judiciaires dans le domaine de la responsabilité civile. Dans ce scénario, la frontière des risques assurés pourrait se déplacer. D'une part, la gamme des services proposés s'enrichirait. D'autre part, en cas d'augmentation des coûts des primes face à un coût croissant des indemnités, certaines activités, devenues trop chères à assurer ou bien les assureurs décidant de ne pas le faire, pourraient disparaître. Cela ne signifie pas que tout risque doit, par construction, être assuré : les assureurs, par la sélection des risques qui est au cœur de leur métier, jouent leur rôle dans la définition des risques acceptables. Cela signifie qu'il faut veiller au processus de judiciarisation.

Deuxièmement, la montée en puissance de risques incertains ou difficilement mutualisables sont susceptibles de poser des problèmes d'assurabilité ou de fragiliser la santé financière des assureurs. La concentration géographique des richesses et des personnes rend les catastrophes plus coûteuses ; de nouveaux risques (technologiques, épidémiologiques...) peuvent émerger suite à l'interdépendance

accrue des réseaux et des activités et au progrès scientifique et technique. L'instabilité juridique peut fausser le calcul des assureurs. Tous ces facteurs sont susceptibles de mener à des sinistres dont les montants assurés dépassent fortement ce qui avait été prévu par les assureurs lors de la signature des contrats.

Troisièmement, l'assurance est exposée aux risques des marchés financiers. Ces risques, susceptibles d'aboutir à une crise financière qui affaiblirait beaucoup le secteur de l'assurance sont portés par des mécanismes bien connus (risques action, de taux, etc.). Les entreprises sont déjà passées au travers de nombreuses crises et s'y sont renforcées, tandis que la régulation a déjà élaboré des parades. Mais ces risques évoluent en permanence du fait de l'inventivité qui règne en matière de nouveaux produits ou montages financiers ("bancassurance", dérivés de crédit...), et des changements de régulation (normes IFRS, Solvency II).

Face à ces facteurs potentiels de crise, l'État doit étoffer sa culture du risque. Il doit contribuer à anticiper les faiblesses potentielles par rapport au futur. Cette exigence est d'autant plus forte que la solidité du secteur de l'assurance est cruciale pour l'économie et la société française. Les six propositions suivantes ont pour objectif de mieux intégrer la gestion du risque dans l'action de l'État, afin de mieux garantir la solidité du secteur de l'assurance et la couverture des risques.

Proposition 1 : une fonction de chiffrage des risques catastrophiques

Pour faire face au risque croissant de catastrophes de grande ampleur lié à la concentration des activités, nous proposons de développer une fonction de chiffrage harmonisée des grandes catastrophes, reposant sur une méthodologie globale et homogénéisée. Cela permettrait à la fois d'aider les assureurs à se préparer à des événements catastrophiques mieux identifiés, d'inciter à la prévention, d'annoncer les risques pour mieux s'y préparer, de donner à l'État une estimation de ses engagements hors bilan en cas de catastrophe naturelle et de compléter les politiques d'aménagement du territoire. Bien entendu, ce ne pourrait être la base d'une demande de provisionnement des entreprises. Il s'agit d'un calcul destiné à guider la puissance publique.

Proposition 2 : une structure de "back-stressing" en France

Ce n'est pas parce que les risques émergents sont inconnus par nature que l'on ne peut pas s'y préparer. On pourrait en effet généraliser les retours d'expérience (analyse a posteriori de la gestion d'une crise passée). En outre, il serait intéressant de développer une méthode de "back-stressing". Il s'agit de simuler comment l'État français aurait réagi si une crise, réellement survenue dans un autre pays avait eu lieu en France (attentats du 11 septembre 2001 à La Défense à Paris, par exemple).

Proposition 3 : un "superviseur en chef" européen pour les grands groupes

La complexité croissante des groupes d'assurances internationalisés suppose que leur contrôle prudentiel, qui repose sur les autorités de contrôle nationales, soit suffisamment unifié pour pouvoir réagir rapidement et efficacement en cas de difficulté d'une grande compagnie, ou à la suite d'une catastrophe. En attendant une

Résumé opérationnel

éventuelle intégration du dispositif prudentiel (mise en place d'un système européen des superviseurs d'assurances), et en complément à l'effort d'harmonisation des règles de contrôle, on pourrait ainsi concevoir qu'un *"lead supervisor"*, ayant autorité sur les autres organismes de tutelle, soit nommé pour contrôler les conglomérats financiers et les groupes internationaux opérant en Europe.

Proposition 4 : un marché des obligations catastrophes en Europe

Les obligations catastrophes sont des produits financiers qui permettent de transférer un risque (tremblement de terre, inondations...) depuis les assurances vers les marchés financiers, dont la capacité est très importante. Malgré leurs avantages, leur développement reste limité car leur prix et leurs caractéristiques techniques sont difficiles à déterminer. L'État pourrait alors émettre, directement ou par la CCR, des obligations catastrophes afin d'instaurer la confiance sur un marché encore peu mature. Cela permettrait en outre de compléter la couverture du régime de catastrophes naturelles.

Proposition 5 : un dispositif de supervision de la dynamique d'indemnisation

Le débat sur la hausse des indemnisations pourra être objectivé par la mise en place d'une base de données des indemnisations des préjudices corporels. En outre, afin de promouvoir une gestion concertée des problèmes suscités par la dérive des indemnisations comme par les revirements jurisprudentiels, il serait souhaitable de créer un observatoire des indemnisations et de la jurisprudence, de développer de nouveaux procédés judiciaires visant à concilier justice et enjeux économiques, et de favoriser la recherche prospective multidisciplinaire sur la justice, afin de dégager les aspirations sociales fondamentales à retranscrire dans l'évolution du droit.

Proposition 6 : un mécanisme de bonus/malus pour renforcer l'État assureur et réassureur

Dans les domaines où il intervient directement (catastrophes naturelles, risques comportementaux...), l'État doit montrer l'exemple et mieux responsabiliser les acteurs. Il pourrait ainsi faire payer le prix de ses fonctions de réassureur ou assureur en dernier ressort, en adoptant des systèmes de type bonus/malus ou franchise, qui permettraient de responsabiliser les citoyens quant aux risques pris en charge par l'État et de pérenniser financièrement les fonds ou les structures d'État dédiés à l'assurance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
CHAPITRE PREMIER	
L'architecture de l'assurance en France, de la compagnie à l'État	21
1. L'articulation des mécanismes d'assurance de marché	22
1.1. Assurance, gestion des risques et asymétrie d'information	22
1.2. Coassurance	23
1.3. Réassurance	24
1.4. Titrisation des risques	24
2. L'intervention de l'État	24
2.1. L'État "ordonnateur de l'assurable"	25
2.2. L'État contrôleur	25
2.3. L'État assureur et réassureur en dernier ressort	27
CHAPITRE 2	
Le risque de dérive du recours à l'assurance	33
1. De l'aspiration à la sécurité, à l'enrichissement des prestations d'assurance	34
1.1. L'incertitude et le risque ressenti augmentent...	34
1.2. ...Mais les dépenses d'assurance restent stables...	34

1.3. ...Grâce à une baisse des prix dans l'assurance	36
1.4. Vers une demande croissante d'assurance confort et de services joints	38
2. De la demande sociale d'assurance à un recul de l'assurable	39
2.1. La judiciarisation de la relation assurancielle et l'émergence d'un "droit à indemnisation"	39
2.2. Nouveaux risques d'inflation des indemnisations individuelles	42
3. Vers un recours exagéré à l'assurance ?	45

CHAPITRE 3

Le risque de fragilisation des assurances	49
1. La naissance de nouveaux risques	50
2. L'amplification des risques extrêmes par la concentration des activités	52
3. La montée des risques par l'instabilité juridique	56
4. L'État face au risque catastrophe	59
4.1. Les limites de la diversification	59
4.2. Les contraintes de capacité financière des assurances	60
4.3. L'État et la solidarité nationale	61

CHAPITRE 4

Le risque de fragilisation financière	63
1. Leviers traditionnels de crise financière de l'assurance	65
1.1. Le risque de mismatch	66
1.2. Le risque de baisse des marchés action	67
1.3. Le risque de taux	67
1.4. Scénario de crise de déflation dans l'assurance-vie	69
2. Nouveaux risques financiers de crise systémique de l'assurance	71
2.1. Les dérivés de crédit : transfert des risques de la banque vers l'assurance	72
2.2. Comment les nouvelles normes comptables et prudentielles pourraient renforcer l'impact du cycle financier	73
2.3. La réassurance et le risque de crise systémique	74
2.4. Les conglomérats financiers et le risque de contagion au secteur financier	76
3. De la fragilisation financière à l'atrophie assurancielle	77

CHAPITRE 5	
Quel rôle pour l'État face aux risques nouveaux ?	79
1. L'État éclairer de risques	80
2. L'État veilleur	83
3. L'État superviseur	87
4. L'État soutien technique	89
5. L'État modérateur des dynamiques judiciaires	92
6. L'État incitateur	96
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	
Annexe 1	
Composition du groupe de projet <i>Télémaque</i>	105
Annexe 2	
Le secteur de l'assurance en chiffres	107
Annexe 3	
Assurabilité et non-assurabilité	111
Annexe 4	
La marge de solvabilité	113
Annexe 5	
L'assurance et les normes IAS-IFRS	117
Annexe 6	
Pools d'assurance en France et à l'étranger	119

INTRODUCTION

Les dernières années ont été riches en événements préoccupants pour l'assurance et pour le champ de l'assurable. Parmi les exemples les plus marquants, on mentionnera le fait que les assureurs aient envisagé de se retirer de l'assurance terroriste suite aux attentats du 11 septembre 2001, ou du marché de la responsabilité civile médicale après la loi de 2002 sur le droit des malades. Dans les deux cas, des coûts potentiellement très élevés et incertains ont porté les risques concernés aux limites de l'assurable. Au-delà des problèmes d'assurabilité, la multiplication possible des catastrophes naturelles (2004 a été une année exceptionnellement coûteuse pour les assurances dans le monde) et la réalisation de risques sériels touchant de très nombreuses personnes, comme l'amiante, peuvent raviver des craintes quant à la capacité des assurances à faire face à de tels niveaux d'indemnisation. Comment réagir dans les prochaines décennies si des catastrophes ou des sinistres à répétition s'avèrent tellement coûteux qu'ils mettent en péril l'assurance de certains risques ?

Pour l'instant, toutes ces crises ont été surmontées. Le système assurantiel français (secteur privé et État) a prouvé, lors des dernières années, sa solidité et sa capacité de réaction. Il n'y a jamais eu de grand sinistre en France (seulement deux faillites, mineures, depuis 1945). Les risques essentiels sont bien couverts. Le système de régulation est satisfaisant. Pourquoi alors s'inquiéter des facteurs de risques à venir ? Parce que l'éventualité d'une crise grave de l'assurance, même si elle est improbable, doit être prise au sérieux, vu l'importance du rôle social et économique du secteur. Parce que le coût pour l'État de la résolution ex-post d'une telle crise pourrait s'avérer très élevé. En outre, les réformes ne s'appuient pas forcément sur des problèmes déjà diagnostiqués. S'intéresser aux risques futurs qui pèsent sur tous, ce n'est pas vouloir inquiéter le secteur de l'assurance, c'est au contraire vouloir éclairer les dynamiques en jeu, pour précisément soutenir ce secteur, pour le renforcer encore, et réduire ainsi, par la même occasion, la charge potentielle qui pèse sur l'État.

Introduction

L'assurance est au cœur de notre société. Elle permet l'activité économique et sociale par la prise de risque. Si l'on veut qu'une entreprise investisse, innove, explore, c'est-à-dire prenne des risques, encore faut-il qu'elle le fasse dans son domaine de compétence, et que les autres risques qu'elle encourt, en tout cas l'immense majorité d'entre eux, soient analysés et tarifés par des agents spécialisés, puis répartis entre d'autres agents. Dit de manière plus nette les assureurs ne couvrent pas le risque de l'entrepreneur, celui du succès ou de l'échec de l'entreprise. Ce qui est vrai pour l'entreprise, l'est tout autant pour le particulier. Les risques de se loger (l'incendie, le vol...), d'aller et de venir (automobile), d'être souffrant (assurance-maladie), de ne plus travailler (assurance-chômage), d'être invalide (assurance-invalidité), de mourir (assurance-décès) sont ainsi tous analysés, traités et tarifés par diverses entités spécialisées dans une société économiquement et socialement efficace.

Dans l'univers de l'économie, l'assurance opère ainsi une partition fondamentale, en transférant – en les mutualisant – une certaine part des risques, ce qui laisse l'espace libre à l'entreprise dans le domaine qu'elle a choisi, ou bien à la personne, pour mener à bien ses propres projets. Sans la mutualisation des risques opérée par l'assurance, les agents économiques auraient à constituer une épargne interne élevée, épargne qui serait toujours trop faible face aux risques effectivement encourus ; ils prendraient surtout moins de risques liés à leur métier ou à leurs projets.

Il y a cependant des cas où les risques ne sont pas mutualisables et où les sinistres potentiels sont très élevés. Le secteur privé ne peut alors pas assurer tous les risques, malgré les mécanismes de coassurance, de réassurance et de couverture financière. L'État est donc appelé à intervenir, pour qu'il soit possible de s'assurer à coût acceptable contre les risques considérés comme devant être couverts. Il doit aussi s'assurer que le secteur privé soit toujours solvable, c'est-à-dire en mesure d'indemniser les victimes assurées.

La gestion des risques par l'État comporte plusieurs dimensions ¹. Premièrement, l'État exclut, interdit : c'est la précaution, qui consiste à exclure les risques que la société ne souhaite pas prendre (OGM...). Deuxièmement, l'État avertit : la prévention touche les leviers d'action à mettre en œuvre pour se mettre à l'abri des risques que l'on veut éviter, ou au moins pour les réduire. Troisièmement, l'État se porte garant de l'assurance, qui permet de se couvrir contre les risques que l'on veut prendre. Les questions en jeu sont alors le coût, l'efficacité et la vitesse des réactions, notamment si le risque est grave. Quatrièmement, l'État intervient dans la gestion des crises, qui concerne les procédures permettant de réagir efficacement et rapidement suite à la réalisation d'un risque grave.

Le présent rapport se focalise sur la troisième dimension : quel est le rôle de l'État en tant que protecteur de l'assurance (non pas du secteur de l'assurance, mais des contrats d'assurance) ? Bien entendu, l'objectif n'est pas de vouloir tout assurer. En

(1) Voir par exemple Godard et alii, 2002.

revanche, une fois que la société a défini les risques contre lesquels elle souhaite se prémunir, l'État doit garantir, le cas échéant, qu'il est possible de s'assurer à un prix raisonnable et que les assureurs auront les moyens financiers d'indemniser les victimes en cas de dommage.

La démarche consiste donc à confronter l'assurance à ses propres facteurs d'incertitude. Or secteur de l'assurance et gestion des risques sont souvent étudiés de façon séparée : la préoccupation des pouvoirs publics, telle qu'elle ressort des rapports déjà publiés, a ainsi évolué au tournant des années 2000. Avec l'ouverture du Marché unique européen, le principal souci portait sur le secteur de l'assurance : compétitivité des compagnies nationales d'assurance, risques de délocalisation de l'activité et conséquences sur l'emploi (Commissariat général du Plan, 1989 ; Sénat, 1998). Avec l'essor de la réflexion sur la société du risque, l'inquiétude s'est davantage portée sur la gestion des risques, sur la prévention, la précaution, l'acceptabilité du risque par la population (Commissariat général du Plan, 2002 ; DATAR, 2003). En complément de ces approches, le présent rapport étudie comment les facteurs de risques à venir pourraient toucher l'assurabilité ou l'assurance, et comment l'État doit réagir pour garantir la solidité du secteur et la couverture des risques.

Les scénarios prospectifs esquissés dans ce rapport ne sont pas forcément les plus probables, mais ils sont parmi les plus préoccupants. De même que les assurances se préoccupent de plus en plus des événements extrêmes, même s'ils sont rares, nous donnons délibérément la priorité aux facteurs de risques à venir, sans pour autant prôner le catastrophisme, bien sûr. Le rapport ne présente donc pas une gamme complète de scénarios prospectifs. Il identifie les fragilités potentielles, afin de pouvoir s'y préparer.

L'assurance devra en effet faire face à de nombreux enjeux dans la décennie à venir. Dans une société où le risque est omniprésent, parfois surmédiatisé, la demande de protection de la part des individus augmente. Cela se traduira-t-il par une demande excessive d'assurance, et simultanément par une diminution des initiatives, et donc un repli sur soi ? La tendance à rechercher un responsable entraînera-t-elle une judiciarisation croissante des rapports humains ?

Par ailleurs, la concentration géographique des richesses et des personnes rend les catastrophes plus coûteuses ; de nouveaux risques (technologiques, épidémiologiques...) peuvent émerger, suite à la multiplication des réseaux et l'interdépendance accrue des activités ; l'instabilité juridique peut fausser le calcul des assureurs. Le secteur de l'assurance a-t-il les capacités financières pour faire face à de tels enjeux ? L'État devra-t-il intervenir pour restaurer l'assurabilité des risques, voire la solvabilité du système ? L'échelon européen, déjà essentiel pour les autorités de régulation et de contrôle, s'imposera-t-il comme le plus pertinent pour la prévention des risques, voire même l'instauration de fonds pour les risques extrêmes ?

Enfin, la finance est au cœur de l'activité d'assurance, mais elle comporte des

Introduction

risques de crise qui pourrait non seulement ôter aux assureurs la capacité de faire face à leurs engagements, mais aussi priver l'économie d'une masse de capitaux essentielle à son financement. Compte tenu des progrès de la gestion et de la régulation financière, peut-on considérer le secteur de l'assurance comme totalement immunisé contre ces risques pour les années à venir ?

La première partie du rapport dresse un état des lieux de l'organisation de l'assurance en France aujourd'hui. Elle identifie les principales missions de l'État pour consolider un système d'assurance privé globalement efficace.

Les trois parties qui suivent constituent l'analyse prospective des risques auxquels pourrait être confrontée l'assurance dans la décennie à venir. Elles traitent successivement de la dynamique dans laquelle la demande croissante de protection peut mener à la fois à une hausse des couvertures et à la disparition de certaines activités importantes, par manque d'assurance ; des risques de fragilisation des compagnies d'assurance faisant face à d'importantes indemnisations non prévues, suite à la multiplication des catastrophes, à la réalisation de nouveaux risques et/ou à des revirements de jurisprudence ; des risques financiers propres au secteur de l'assurance. Ces trois dimensions, séparées analytiquement pour des raisons de présentation, sont elles-mêmes liées. Elles constituent une boucle de risques, susceptible de s'auto-renforcer.

La dernière partie comporte six propositions aussi concrètes que possible à ce stade du travail, pour contribuer au débat sur la place de l'État dans l'assurance de demain. Elles visent à mieux intégrer la gestion du risque dans l'action de l'État, selon trois axes principaux : anticiper les risques, protéger l'assurance, éviter que les grandes missions étatiques génèrent aléa moral ou incertitude.

CHAPITRE PREMIER

L'architecture de l'assurance en France, de la compagnie à l'État

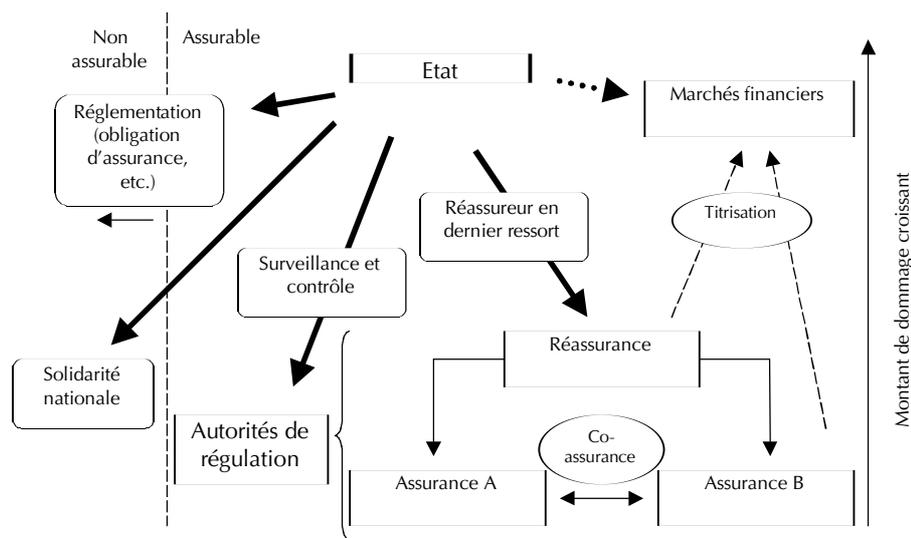
Le raz de marée du 26 décembre 2004 en Asie du Sud-Est est venu clôturer une année déjà exceptionnelle du point de vue des catastrophes climatiques (cyclones "Charley", "Frances", "Ivan" aux Caraïbes et aux États-Unis, typhons "Songda" et "Chaba" au Japon...). Au-delà de la tragédie humaine, cette année 2004 particulièrement coûteuse en risques extrêmes pour les assureurs et les réassureurs peut susciter des interrogations sur les dangers qui porteront demain sur l'assurance et l'assurabilité.

Tant que les risques sont petits et indépendants, les assurances peuvent les couvrir sans trop de difficultés. En revanche, lorsque les risques sont sériels ou concentrés, elles sont confrontées à des problèmes de non-assurabilité¹. Le secteur de l'assurance s'organise alors, afin de mieux répartir les risques entre différents agents économiques, par la coassurance, la réassurance (assurances qui assurent les assurances) ou encore par le transfert des risques aux marchés financiers (titrisation).

Cependant, ces mécanismes ne permettent pas de régler tous les problèmes de non-assurabilité. La réticence actuelle des réassureurs à prendre en charge le risque terroriste le montre bien. Il est alors du ressort de l'État d'intervenir, afin que les personnes et les entreprises puissent s'assurer contre des risques qui mettent en cause la sécurité ou l'esprit d'initiative. Aujourd'hui, les autorités publiques (que ce soit à l'échelle nationale ou à l'échelle européenne) interviennent à différents niveaux pour garantir le bon fonctionnement du marché français de l'assurance : en légiférant, l'État peut élargir le champ des risques assurables par le secteur privé

(1) Un risque est dit assurable si la personne qui porte le risque peut le transférer vers un autre agent économique (une compagnie d'assurance) à un prix qui rend l'échange intéressant pour chacune des parties.

; dans l'intérêt des assurés, il s'efforce, par l'intermédiaire des autorités de régulation et de contrôle, de prévenir toute défaillance d'acteurs du marché ; en tant que réassureur en dernier ressort, il rend possible la couverture de grands risques catastrophiques, en prenant à sa charge les tranches supérieures d'indemnisation en cas de dommage très coûteux ; garant de la solidarité nationale, il intervient en cas de crise exceptionnelle non prévue dans les contrats d'assurance ou en cas de crise du secteur lui-même.



1. L'articulation des mécanismes d'assurance de marché

1.1. Assurance, gestion des risques et asymétrie d'information

Confrontés à une montée des risques et à une aspiration croissante à la sécurité, les assureurs doivent faire face à une demande accrue de couverture de risques. Cependant, ils préfèrent ne pas assurer certains risques, car ils les considèrent comme "non assurables". Les principales causes de non-assurabilité ¹ (voir annexe 3) sont les suivantes :

- les compagnies d'assurance manquent d'informations sur les assurés pour pouvoir proposer des produits permettant une couverture universelle ;
- les pertes maximales associées à un risque rare sont trop élevées et risquent de dépasser les capacités de l'assurance, voire de la profession dans son ensemble ;
- la volatilité des dommages est trop forte pour que l'assureur propose une offre ;
- les connaissances scientifiques et statistiques disponibles ne permettent pas de définir la probabilité d'un risque, qui reste non assuré ; en cas d'incertitude sur le

(1) Pour une revue des sources de non-assurabilité, voir Gollier, 1996.

cadre légal concernant les risques de responsabilité civile notamment, les assureurs préfèrent rester à l'écart d'un segment de leur activité.

Comment le secteur privé de l'assurance s'organise-t-il pour faire face à ces problèmes d'assurabilité ? Une compagnie d'assurance définit le niveau de ses primes en fonction du montant estimé des indemnités, de la probabilité d'occurrence des sinistres et des possibilités de diversification des risques. Elle doit alors gérer deux problèmes de non-assurabilité : l'anti-sélection et l'aléa moral. L'anti-sélection (sélection adverse) ¹ apparaît lorsque les assurances sont confrontées à un ensemble de clients hétérogènes (porteurs de risques différents) et non discernables. Comme la prime est calculée à partir de données moyennes sur la population, les individus dont le risque est le plus faible vont la trouver trop chère et décider alors de ne plus s'assurer. Seuls les individus dont le risque est le plus élevé vont rester clients. Face à ce risque de sinistralité accrue, les assureurs développent des outils pour segmenter la clientèle et obtenir des classes de risques homogènes. Le phénomène d'aléa moral ² intervient lorsque les agents, parce qu'ils sont assurés, font moins d'efforts pour éviter la réalisation des risques contre lesquels ils sont couverts, ce qui entraîne des sinistres plus élevés. Cela peut inciter les assureurs à augmenter les taux de prime, excluant par là certains agents du marché. L'aléa moral est généralement réduit par l'utilisation d'une franchise (part d'un dommage que l'assuré conserve à sa charge, le plus souvent un montant forfaitaire pour les franchises non proportionnelles) et par des normes de prévention des risques (conduite automobile, etc.).

La solvabilité des entreprises d'assurance tient essentiellement dans l'adéquation de leurs actifs et leurs passifs, qui préserve la capacité de l'assureur à honorer l'ensemble de ses engagements vis-à-vis de ses assurés. Les règles de bonne gouvernance et de gestion interne des risques permettent aussi de renforcer la solvabilité. En outre, les compagnies d'assurance ont recours à la coassurance ou la réassurance. Les mécanismes de transfert des risques au marché par titrisation sont également en pleine expansion.

1.2. Coassurance

Les assureurs ont recours à la coassurance pour mutualiser leurs risques : face à un dommage exceptionnel, un ou quelques assureurs peuvent se retrouver en situation de payer des indemnités très élevées. Un mode de coassurance est la constitution d'un pool spécifique, alimenté par des cotisations. Le pool prend alors les dommages à sa charge. Cela permet aux assureurs de faire face à des situations où les capacités d'une seule compagnie ne sont pas suffisantes.

Le risque nucléaire, par exemple, avait été initialement exclu des contrats responsabilité civile, car cette industrie naissante présentait toutes les caractéristiques d'un risque techniquement et économiquement non assurable. Toutefois, pour

(1) Dionne et Doherty (1992) proposent une étude de l'antisélection sur le marché de l'assurance.

(2) Concernant le risque moral dans le secteur de l'assurance, voir Winter, 1992.

accompagner ce développement, les assureurs ont partagé leurs capacités au sein du pool français d'assurance des risques nucléaires, appelé depuis 1995 "Assuratome". Ce pool propose une réassurance pour les activités civiles de l'industrie lourde de l'uranium, au travers d'un groupement d'une cinquantaine d'adhérents. La capacité totale pour 2003 était de l'ordre de 365 millions d'euros.

1.3. Réassurance

Les assureurs ont recours à la réassurance pour se couvrir contre des risques difficiles à mutualiser sur leur seul portefeuille de clients. Les réassureurs sont donc des compagnies d'assurance qui assurent les assureurs. La plupart des compagnies de réassurance sont internationales ; elles opèrent donc une diversification des risques au niveau mondial. La réassurance est la technique par laquelle un assureur transfère à une autre entreprise tout ou partie des risques qu'elle a souscrits : un réassureur s'engage, moyennant une rémunération, à rembourser à un assureur tout ou partie des sommes dues ou versées par l'assuré à ses assurés au titre de sinistres. Mais si l'assuré se réassure, notons qu'il reste seul responsable vis-à-vis de l'assuré. Économiquement, ce transfert de risque répond en effet à une nécessité de protection de fonds propres de l'assuré.

1.4. Titrisation des risques

Le transfert alternatif de risques représente la possibilité, pour un assuré, un assureur, voire un réassureur, de financer la couverture de ses risques autrement que par des polices d'assurance ou des traités de réassurance traditionnels. Les risques assuranciers peuvent ainsi être couverts par des mécanismes de titrisation : le risque est alors transféré, non pas à un assureur ou un réassureur, mais au marché financier. Par exemple, les compagnies d'assurance peuvent émettre des obligations catastrophes (*cat-bonds*). Ces obligations spéciales comportent une clause selon laquelle, en cas de survenance d'un type de catastrophes donné, l'émetteur de l'obligation n'a à rembourser qu'une partie des intérêts ou du principal de l'obligation.

2. L'intervention de l'État

Cependant, les mécanismes de marché ne permettent pas de régler tous les problèmes de non-assurabilité. La réticence actuelle des réassureurs à prendre en charge le risque terroriste le montre bien. Il est alors du ressort de l'État d'intervenir, afin que les personnes et les entreprises puissent s'assurer contre des risques qui mettent en cause la sécurité ou l'esprit d'initiative. Une fois définis les risques contre lesquels l'assurance est nécessaire, l'État doit garantir que les contrats d'assurance existent et que les assureurs soient à même de payer en cas de sinistres.

Or, les compagnies d'assurance ont connu ces dernières années de grandes difficultés (attentats du 11 septembre 2001, tempêtes, chute de la valeur boursière des actifs, etc.). Le secteur a absorbé ces chocs, mais il a dû restaurer sa stabilité financière, ce qui a pu le rendre extrêmement prudent sur des risques à la limite de l'as-

surabilité. Kessler (2002) explique ainsi *“l’incroyable paradoxe historique de voir l’offre d’assurance se contracter au moment même où la demande est croissante”*. Il est donc des cas où les assureurs ont de bonnes raisons de ne pas assurer un risque, ce qui peut mettre en péril certaines activités (transport aérien, chirurgie et anesthésie, etc.) et nécessite des interventions publiques pour rétablir l’assurabilité des risques concernés. Aujourd’hui, les autorités publiques (que ce soit à l’échelle nationale ou à l’échelle européenne) interviennent à trois niveaux pour garantir le bon fonctionnement du marché français de l’assurance : extension du domaine de l’assurable, rôle prudentiel et intervention en dernier ressort.

2.1. L’État “ordonnateur de l’assurable”

En légiférant, l’État peut intervenir sur le périmètre des risques assurables par le secteur privé. Il peut définir des normes et des plans pour remédier aux déficiences du marché. Concernant l’aléa moral, il peut faire appliquer des normes de prévention des risques, en matière de conduite automobile ou de sécurité dans le transport maritime par exemple. Dans le cas où la couverture d’un risque donné est remise en question par un problème d’assurabilité, il peut intervenir directement sur le marché de l’assurance, en rendant l’assurance obligatoire par voie législative.

Une telle mesure revêt deux aspects : l’obligation pour chaque individu de s’assurer et celle pour les assureurs d’assurer toute personne, quel que soit son profil de risque. Notons cependant que tous les cas d’assurance obligatoire ne relèvent pas d’une situation de non-assurabilité. L’État intervient parfois parce qu’il est inadmissible que des personnes ne s’assurent pas contre les dommages qu’elles pourraient infliger à des tiers par exemple. C’est le cas de l’assurance automobile, pour laquelle l’existence d’un marché ne pose pas de problème.

L’État peut aussi intervenir en organisant la constitution d’un fonds de garantie, lorsque les assureurs ne mettent pas en place directement entre eux des mécanismes de coassurance. L’objectif est d’organiser un partage des risques. On compte ainsi de nombreux fonds, tels le Fonds de garantie des assurances obligatoires ou le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d’autres infractions (FGTI). Ce dernier, créé en 1990, permet d’indemniser les préjudices corporels de toutes les victimes d’actes terroristes survenus en France, depuis le 1^{er} janvier 1985 (les victimes de nationalité française pour des attentats survenus à l’étranger peuvent aussi être indemnisées). Le FGTI est un fonds public. Ses ressources proviennent de prélèvements sur les contrats d’assurance de biens, complétés par le remboursement des indemnités des responsables des infractions.

2.2. L’État contrôleur

En tant que contrôleur des compagnies d’assurance, l’État s’efforce de prévenir toute défaillance d’acteurs du marché, par un suivi de leur santé financière et de leur solvabilité. Les autorités publiques sont productrices de normes qui doivent garantir une gestion suffisamment prudente des compagnies d’assurance. À l’ins-

tar des banques, le secteur des assurances est fortement régulé afin de maintenir la solvabilité de ses membres. L'inversion du cycle d'activité de l'assurance¹ justifie notamment un tel cadre réglementaire. Comme les cotisations sont prélevées avant qu'une éventuelle prestation n'ait lieu, il faut vérifier la solidité financière des compagnies pour s'assurer de la bonne exécution des contrats.

Cependant, afin que les intérêts des assurés soient protégés de manière identique et que les conditions de concurrence soient équivalentes pour toutes les compagnies d'assurance au sein de l'Union européenne, la Commission européenne a établi des règles de solvabilité communes, reposant sur trois exigences :

- des provisions prudentes, pour couvrir les engagements contractuels envers les clients ;
- des actifs admissibles, de bonne qualité et liquides ;
- des fonds propres suffisants pour couvrir les risques non anticipés.

Dans chaque pays membre, des instances nationales sont chargées de veiller à la mise en application de ces dispositions. En France, la loi de sécurité financière (août 2003) réorganise le dispositif de contrôle et de régulation de l'assurance. Il prend désormais la forme suivante : le Comité des entreprises d'assurances délivre les agréments, le Comité consultatif de la législation et de la réglementation financière donne un avis sur la réglementation, le Comité consultatif du secteur financier est chargé des relations avec les assurés. Enfin, la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et institutions de prévoyance (CCAMIP) effectue le contrôle prudentiel. Elle a le statut "d'autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale" ce qui lui permet de jouir d'une grande indépendance ainsi que d'une autonomie budgétaire. Elle bénéficie de pouvoirs d'investigation, d'injonction et de sanction pour pouvoir mener à bien sa mission de contrôle. Elle vérifie notamment que les entreprises d'assurances évaluent correctement leurs engagements envers les assurés, disposent, pour faire face à ces engagements, de placements suffisamment sûrs et diversifiés, et que leur richesse propre est supérieure à un minimum réglementaire, appelé minimum de marge de solvabilité.

Sur le long terme, les faillites de compagnies d'assurance sont très rares en France : en assurance-vie, seulement deux depuis 1945, dont *Europavie* en 1997. Les retraits d'agrément prononcés par la Commission de contrôle des assurances (CCA) n'ont concerné qu'exceptionnellement plus d'une compagnie d'assurance par an, généralement petite. En revanche, les faillites de compagnies d'assurance sont fréquentes au Royaume-Uni (*Independent* et *Equitable Life*) ou aux États-Unis (60 faillites de compagnie d'assurance en 2000 par exemple). Notons qu'en Allemagne, *Mannheimer*, une des trente plus grosses compagnies d'assurance, a fait faillite (suite à de mauvais placements financiers). Même s'il est exceptionnel, le cas d'*Europavie* montre l'importance du contrôle prudentiel et de son interven-

(1) Les assureurs reçoivent le paiement du service qu'ils vendent avant d'avoir à le rendre, donc avant d'en connaître le coût exact.

tion rapide, pour protéger l'intérêt des assurés et la réputation de la profession. Cela justifie la nécessité d'un système de contrôle prudentiel efficace. Surtout, les assureurs ont développé des techniques pour mesurer les risques, adapter les tarifs, gérer leurs bilans.

2.3. L'État assureur et réassureur en dernier ressort

Concernant l'intervention de l'État, il est important de distinguer la logique de réassurance (l'État contribue à la mise en place de fonds alimentés par les assurés) de celle de solidarité nationale (exemples de l'assurance-maladie ou de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), qui sont financés par le budget de l'État).

En tant que **réassureur en dernier ressort**, l'État rend possible la couverture de grands risques catastrophiques (catastrophes naturelles ou hyper-terrorisme) en prenant à sa charge les tranches supérieures d'indemnisation en cas de dommages très coûteux.

Les principes qui guident l'intervention de l'État sont de se limiter aux risques inassurables et de faire payer le prix du risque ; de privilégier l'intérêt général, en protégeant directement les biens et les personnes ; d'inscrire l'intervention étatique dans un marché concurrentiel. Cette intervention permet d'éviter que les assureurs et réassureurs ne se retirent complètement de ces risques extrêmes. Le système GAREAT (gestion de l'assurance et de la réassurance des risques attentats et actes terroristes, voir encadré) en est un bon exemple. Suite aux attentats du 11 septembre 2001, l'État (par l'entremise du Trésor et de la Caisse centrale de réassurance) est entré en concertation avec la profession (FFSA, GEMA, FCA, AMRAE, ARF, UREF¹) pour que le risque terroriste puisse rester couvert (la couverture est obligatoire). Le consensus établi entre assureurs et réassureurs, consolidé par la garantie de l'État, a permis de constituer un pool qui a restauré l'assurabilité du risque terroriste.

L'exemple de GAREAT

La garantie attentat est obligatoirement incluse dans les contrats dommages aux biens depuis 1986 (loi du 9 septembre 1986), suite aux événements survenus en 1985 sur le territoire national. Mais après les attentats du 11 septembre 2001, les assureurs, et surtout les réassureurs, ont souhaité exclure cette couverture des contrats. Pour éviter le blocage, les principaux assureurs en risques industriels, les réassureurs, les courtiers en assurance, la FFSA, ainsi que la Direction du Trésor, sont arrivés à la conclusion que la garantie de l'État était une condition nécessaire pour que la couverture des attentats soit possible.

Le pool GAREAT (gestion de l'assurance et de la réassurance des risques attentats et actes terroristes) a donc été mis en place suite au décret du 28 décembre 2001. Ce pool assure

(1) GEMA : Groupement des entreprises mutuelles d'assurances ; FCA : Fédération française des courtiers d'assurance et de réassurance ; AMRAE : Association pour le Management des risques et des assurances de l'entreprise ; ARF : Association des Réassureurs français ; UREF : Union des Réassureurs étrangers travaillant en France.

la garantie terrorisme pour tous les risques dommages des contrats dont les capitaux assurés sont supérieurs à 6 millions d'euros. Les risques cédés doivent être sur le territoire français, pour tout type de terrorisme, sous toutes ses formes (incendie, explosion, chute d'avion, attentat chimique, biologique, etc.), sans aucune limitation de montant, et sans franchise au-delà des franchises des assurés. Les risques nucléaires sont toutefois exclus, ainsi que les risques de guerre, d'émeutes et de mouvements populaires, la malveillance ou le sabotage.

Toutes les sociétés adhérentes sont tenues de céder les contrats cessibles au GAREAT. Un taux de réassurance est alors appliqué aux cotisations dommages pour les trois catégories de risques : 6-20 millions (6 %), 20-50 millions (12 %) et supérieur à 50 millions (18 %). Le contrat de réassurance est alors basé sur 4 tranches :

- jusqu'à 400 millions d'euros, rétention des assureurs (prime 28 %) ;
- de 400 à 1 500 millions d'euros, rétention des réassureurs (prime forfaitaire 108 millions) ;
- de 1 500 à 1 750 millions d'euros, rétention des réassureurs (prime forfaitaire 17 millions) ;
- au-delà des 1 750 millions d'euros, tranche illimitée de la CCR (prime 9 %).

Une centaine de sociétés sont adhérentes de ce pool.

L'État intervient explicitement par l'intermédiaire de la Caisse centrale de réassurance (CCR). En assurant une garantie illimitée à la CCR, l'État permet la réassurance, et donc la couverture, de montants potentiellement illimités dans le cas du risque naturel ou du risque terroriste. Confronté à des risques que les assureurs ne veulent plus assurer car les pertes potentielles sont trop élevées, l'État restaure alors l'assurabilité, en prenant à sa charge la dernière tranche de dommage. Aussi longtemps que les montants à indemniser ne dépassent pas une certaine limite, l'assurance privée fonctionne normalement. En cas de dépassement, la CCR joue son rôle de réassureur, sans limitation : si ses capacités ne sont pas suffisantes, elle est renflouée par l'État.

La CCR

Créée en 1946, la Caisse centrale de réassurance (CCR) est une société anonyme au capital de 60 millions d'euros détenue par l'État français. Classée parmi les 25 premiers réassureurs mondiaux avec un chiffre d'affaires de plus d'un milliard d'euros, elle est notée AAA par l'Agence Standard and Poor's depuis 2001. L'entreprise se distingue de ses concurrents en proposant, avec la garantie de l'État, des couvertures illimitées pour des branches spécifiques telles que les catastrophes naturelles en France et les risques de guerre (64 % de son chiffre d'affaires). La CCR assure également pour le compte de l'État la gestion comptable et financière de certains fonds publics : Fonds national des calamités agricoles, Fonds de compensation des risques de l'assurance construction et Fonds de prévention des risques naturels majeurs. En 2003, le montant des capitaux propres et réserves de la CCR s'établissait à 796 millions d'euros et les actifs gérés s'élevaient à 3 553 millions d'euros.

Obligation d'assurance et intervention en dernier ressort sont souvent liées. C'est le cas, par exemple, du système français d'assurance contre les catastrophes naturelles ("Cat. Nat.", voir encadré). Le régime Cat. Nat. constitue un cas de bon fonc-

tionnement de partenariat public-privé. En 1981, étant donné les montants potentiellement très élevés de sinistres extrêmes comme un séisme à Nice et le refus des réassureurs d'assurer de tels montants, l'industrie française a considéré les catastrophes naturelles comme non assurables. La loi de 1982 instituant le régime Cat. Nat. a permis de débloquer la situation. En s'appuyant sur un principe de solidarité nationale, la loi impose une assurance obligatoire, prélevée par surcharge sur la prime payée par l'assuré pour l'assurance incendie et dommage aux biens. Les assureurs collectent les primes et indemnisent les victimes. En contrepartie, ils peuvent se réassurer auprès de la CCR et bénéficier ainsi d'une garantie illimitée de l'État français. La gestion privée des sinistres se conjugue avec l'intervention publique (c'est l'État qui décide de classer les communes en "état de catastrophe naturelle" et qui fixe le taux de surcharge).

Le système Cat. Nat.

Le régime d'indemnisation des catastrophes naturelles (Cat. Nat.) a été institué par la loi du 13 juillet 1982, à une époque où le phénomène d'anti-sélection semblait rendre non assurable le risque de catastrophe naturelle. Le régime repose sur le principe de solidarité entre tous les assurés. Tous les citoyens et toutes les entreprises paient le même pourcentage de leur prime d'assurance (habitation, etc.), quelle que soit leur exposition au risque. Ce taux est fixé par l'État. L'assurance est donc obligatoire. Les assureurs collectent les surprimes liées au régime Cat. Nat. et assurent le traitement des dossiers et des indemnisations en cas de sinistres. Ils peuvent se réassurer auprès de la CCR, qui bénéficie d'une garantie illimitée de l'État, ce qui en fait un réassureur à jamais solvable. Pour que la garantie soit mise en œuvre, il faut que l'assuré ait souscrit un contrat d'assurance "dommages aux biens" (incendie, dommages aux véhicules terrestres à moteur ou autres dommages) ou "pertes d'exploitation" et que l'état de "catastrophe naturelle" soit reconnu par arrêté interministériel, qui détermine la zone, la période et la nature des dommages résultant de celle-ci.

Sont concernés au titre de la garantie Cat. Nat. les dommages matériels directs "non assurables" causés par l'intensité anormale d'un agent naturel, lorsque les mesures habituelles à prendre pour prévenir ces dommages n'ont pas pu empêcher leur survenance ou n'ont pas pu être prises. Cela inclut les inondations et coulées de boue, les phénomènes liés à l'action de la mer, les mouvements de terrain, les avalanches et les séismes. En revanche, les dommages considérés comme assurables (tempête, grêle, poids de la neige sur les toitures, gel, foudre) ne relèvent pas du régime Cat. Nat. mais de garanties contractuelles, facultatives ou obligatoires, conclues entre le particulier et son assureur. Les dommages non assurables subis par les exploitations sont quant à eux couverts par le Fonds national de garantie des calamités agricoles, institué par la loi du 10 juillet 1964. Enfin, le Fonds de prévention des risques naturels majeurs permet d'indemniser les personnes lorsqu'une menace grave de survenance d'un mouvement de terrain, d'une avalanche ou de crues torrentielles, conduit l'État à les exproprier (loi du 2 février 1995). En parallèle de la procédure Cat. Nat., des fonds de secours exceptionnels peuvent être mobilisés dans le cadre d'événements particulièrement importants. Il s'agit des secours d'extrême urgence (aide immédiate aux personnes pour couvrir les besoins de première nécessité comme l'hébergement, l'alimentation ou les soins) et du Fonds de secours aux victimes de sinistres ou calamités (en complément d'une aide accordée par une collectivité locale et pour les personnes très défavorisées).

Concernant le risque terroriste, le *Terrorism Risk Insurance Act* (TRIA) a été mis en place en novembre 2002. Ce dispositif temporaire a fait du gouvernement fédéral un assureur en

dernier recours pour limiter l'exposition du secteur de l'assurance pendant qu'il acquiert des capacités complémentaires : en cas d'attentat terroriste, l'État endosse 90 % des dommages assurés, au-delà d'une franchise laissée à charge de chaque assureur. Reconduit jusqu'en décembre 2005, ce dispositif a permis de maintenir le marché de l'assurance contre le terrorisme, mais sa pérennisation passe certainement par des solutions alternatives (diversification géographique, création de pools de réassurance à l'image de pays européens dont la France, émission d'obligations catastrophes) *.

(*) Note de l'agence financière de l'ambassade de France à Washington, n° AF/05.009-PK, janvier 2005

En tant qu'assureur en dernier ressort, l'État est garant de la solidarité nationale. Il intervient en cas de crise exceptionnelle non prévue dans les contrats d'assurance ou en cas de crise du secteur lui-même. Ce type d'intervention est implicite et peut prendre deux formes.

D'une part, l'État peut intervenir pour indemniser les victimes après une très grave catastrophe. C'est alors le principe de solidarité nationale qui s'applique. Ainsi, lors d'une inondation, la commune peut réquisitionner des bâtiments pour reloger les personnes sinistrées. L'armée peut aussi être mobilisée. L'État peut financer la construction d'infrastructures (construction de digues, etc.). L'intervention ex-post peut également passer par la création d'un fonds d'indemnisation, comme ce fut le cas pour la loi du 31 décembre 1991 d'indemnisation des hémophiles et des transfusés contaminés par le VIH.

D'autre part, l'État peut intervenir en cas de danger portant sur la santé financière du secteur. Si la multiplication de dommages non prévus devait mettre en difficulté de nombreux acteurs de la profession, ou un assureur ou réassureur de premier plan, l'État devrait intervenir afin d'éviter des faillites qui risqueraient d'engendrer une crise systémique (notamment par les liens de réassurance entre les divers acteurs du secteur et par des effets de contagion boursière). Les exemples de sauvetage dans le secteur bancaire aux États-Unis dans les années 1980 (crise des *savings and loans*), au Japon, en Suède et en Finlande dans les années 1990 montrent que l'intervention de l'État est nécessaire quand un secteur aussi crucial pour l'économie que la banque ou l'assurance est en détresse financière. L'État peut alors intervenir directement, en renflouant les capitaux propres des entreprises concernées, ou indirectement, en mettant en place des montages financiers avec les banques pour assurer la survie des acteurs menacés.

La logique de solidarité intervient en particulier après la réalisation d'un risque pour lequel rien n'avait été prévu. L'État pourra alors intervenir, soit en indemnisant les victimes d'un risque qui n'est pas couvert par le marché de l'assurance, soit en assurant la solvabilité des assurances. Ces dernières se verraient confrontées, autrement, à un risque de faillite parce qu'elles assurent un risque dont les dommages subis sont exceptionnels.

L'intervention de l'État aux États-Unis

Aux États-Unis, * l'État fédéral, épaulé par les États fédérés et les autorités locales, intervient dans la protection assurancielle contre les risques aux quatre niveaux initialement identifiés : en tant que législateur, contrôleur des compagnies d'assurance, réassureur en dernier ressort, et garant de la solidarité nationale. Toutefois, l'intervention de l'État n'est pas considérée comme impérative et son périmètre ne se définit que par rapport aux incapacités du marché.

Au niveau fédéral, la principale autorité de supervision est constituée par la réunion des *State Insurance Commissioners*. La régulation qui en émane porte, pour les assureurs, sur la solvabilité et sur les taux pratiqués, et sur la solvabilité seulement pour les réassureurs. L'évaluation de la solvabilité diffère du système européen (et français) actuel, dans la mesure où elle indexe le minimum requis en termes de capitaux propres sur les risques liés au bilan de l'assureur. La régulation des taux vise, quant à elle, à garantir l'équité des prix et des produits d'assurance ainsi que des pratiques commerciales. Néanmoins, la régulation du système assuranciel repose également sur des acteurs privés, grâce à la puissance des agences de notation qui évaluent les risques. Les stratégies adoptées par les assureurs influencent ainsi les conditions de marché, certains États imposant des notations minimales pour autoriser des assureurs à exercer sur leur territoire, ou certains assureurs hésitant à s'assurer auprès de réassureurs faiblement notés.

Par ailleurs, l'intervention de l'État comme législateur, réassureur en dernier ressort et garant de la solidarité nationale trouve une illustration dans la gestion des catastrophes naturelles, dans la création de systèmes d'assurance en partenariat public-privé visant à garantir la couverture de ces risques. Contre les inondations, l'État fédéral a mis en place le *National Flood Insurance Program* (NFI), assurance inondation agissant sous condition d'une démarche de prévention des risques. Par ailleurs, certains États particulièrement exposés ont créé leurs propres partenariats public-privé pour permettre d'assurer les risques d'ouragans (Floride) ou de tremblements de terre (Californie). Néanmoins, le Congrès reste désireux de réduire l'intervention de l'État dans l'indemnisation des catastrophes, et des lois restrictives ont été adoptées depuis l'an 2000. Elle vise à soumettre les indemnisations à une active prévention des risques. Cette volonté est relayée par les réglementations des États fédérés et des autorités locales. Une telle réticence à impliquer l'État s'est illustrée également dans le débat sur l'assurance du risque terroriste, la création d'un système de garantie gouvernementale pour les assureurs ne s'étant imposée qu'avec difficulté, et l'État n'étant exposé que jusqu'à un montant maximum (évalué largement, toutefois, par rapport à un scénario catastrophe).

(*) Voir en particulier Grossi et Kunreuther, 2005

Le système assuranciel français repose ainsi sur une architecture complexe, où se combinent efficacement les mécanismes de marché et l'intervention de l'État. Cette dernière, amplement justifiée, intervient ex-ante par la régulation et le contrôle, et ex-post quand des chocs particuliers peuvent affaiblir des compagnies d'assurance. Ce système est néanmoins solide. Il a permis au secteur de résister très convenablement aux années difficiles de la période 1999-2003, pendant lesquelles se sont succédé des tempêtes coûteuses, les attentats du 11 septembre 2001, la catastrophe industrielle d'AZF, des inondations et la chute des cours boursiers qui ont tour à tour touché le passif et l'actif des compagnies. Le système a aussi montré de fortes capacités d'adaptation. La France a ainsi été le premier pays

à mettre en place une couverture contre le risque terroriste après les attentats du 11 septembre 2001, par la création de GAREAT dès décembre 2001.

Cependant, les crises de demain ne seront pas forcément du même ordre que celles d'hier. C'est pourquoi il est utile d'étudier comment ce système peut réagir face aux enjeux de la prochaine décennie. En effet, il est souhaitable qu'une réforme ne s'appuie pas sur des défaillances constatées, auquel cas il est souvent déjà trop tard. C'est au contraire l'objet de la prospective d'anticiper des difficultés à venir pour pouvoir préparer les réactions adéquates. De telles préoccupations sont d'autant plus cruciales pour un secteur aussi important et sensible que l'assurance. On comprendra aussi que, par nature, cet effort de prospective prenne la seule lunette du risque, et plus particulièrement celle du risque extrême.

CHAPITRE 2

Le risque de dérive du recours à l'assurance

Cette partie explore un scénario dans lequel s'exacerberait la demande de protection de la part des individus (qui passe par l'assurance personnelle, l'assurance sociale ainsi que le recours à la justice en cas de préjudice). Si les individus sont de plus en plus sensibles aux risques, ils souhaiteront plus d'assurance. Si le recours aux tribunaux se généralise, les indemnisations pourraient être plus nombreuses et plus élevées. Mais simultanément, les individus se montreraient moins disposés à assumer les frais directs de cette demande de protection. Alors peut se mettre en place une dynamique complexe de dérive de la frontière de l'assurable. Elle mènerait simultanément à :

- une extension de la gamme des risques assurés, parce que l'on n'accepte plus le fatalisme et que tout préjudice mérite indemnisation, y compris s'il n'est pas vital ;
- l'exclusion de certaines catégories de la population de ce type d'assurance qui pourrait coûter de plus en plus cher ;
- un retrait des assureurs de certains segments d'activité, car les indemnisations, en particulier en responsabilité civile, deviennent plus élevées et encore plus difficiles à prévoir ;
- la disparition de certaines activités sociales (sorties scolaires...) ou économiques, par crainte de devoir faire face à une responsabilité excessive en cas de problème.

Il s'agit donc d'une déformation progressive de la frontière des risques assurés, qui verrait simultanément (selon des logiques différentes) une meilleure couverture pour des services plus diversifiés pour une meilleure qualité de vie, et une moindre assurabilité de certaines activités sociales et économiques importantes (que les individus ne souhaitent plus prendre en charge, ou qui ne sont plus assurables). On voit alors comment une aspiration collective croissante à la protection peut

avoir comme effet pervers la non-couverture de certains “bons” risques (générateurs d’activité sociale et d’initiatives économiques). Ce phénomène peut générer une très forte exposition de l’État, s’il doit prendre à sa charge la couverture en dernier ressort des risques non couverts par l’assurance (hausse du rôle d’assureur en dernier ressort), risques éventuellement plus nombreux et plus coûteux.

1. De l’aspiration à la sécurité, à l’enrichissement des prestations d’assurance

1.1. L’incertitude et le risque ressenti augmentent...

L’occurrence de nombreuses catastrophes, naturelles ou terroristes, au cours des dernières années est génératrice de sentiment d’insécurité. Plus globalement, le fonctionnement même de notre société en fait une “société du risque”¹. Le développement des sciences et des techniques induit une prolifération des risques d’origine humaine, du risque industriel au réchauffement climatique. Simultanément, les individus ont de plus en plus tendance à refuser les risques. En outre, il est de nombreux cas dans lesquels nous ne savons pas évaluer le risque (incertitudes scientifiques en particulier), ce qui renforce encore les inquiétudes face à l’avenir. Le sentiment de l’omniprésence du risque augmente avec l’apparition de nouveaux dangers, mais il est aussi renforcé par une médiatisation beaucoup plus large des risques via le discours public et politique (par exemple : OGM, marées noires, sida, sécurité routière...) ². Mais cette médiatisation ne s’accompagne pas toujours d’une information fiable et complète sur les risques encourus, ce qui peut générer une appréhension encore plus forte, face à un avenir incertain. Or, il est probable que ces incertitudes augmenteront encore à l’avenir, en décalage croissant avec l’aspiration de la société au “risque zéro” et à la sécurité absolue. Paradoxalement, alors même que notre société devient certainement de plus en plus sûre, le risque “ressenti” par la population est ainsi en augmentation.

Dans ce contexte, il semblerait naturel de penser que la demande de protection devrait augmenter en proportion du risque ressenti et que les décennies à venir verront une hausse très significative des dépenses d’assurance. Cela serait rendu possible par l’enrichissement global de la population, susceptible de consacrer une part grandissante de son revenu à la protection de ses biens, et surtout des personnes. L’assurance serait alors considérée comme un bien supérieur, dont la consommation augmente plus vite que la richesse. Une telle évolution est-elle crédible ?

1.2. ...Mais les dépenses d’assurance restent stables...

La pénétration de l’assurance-vie ³ a fortement augmenté en France du milieu des années 1980 au milieu des années 1990 (voir graphique n° 1), un peu plus que

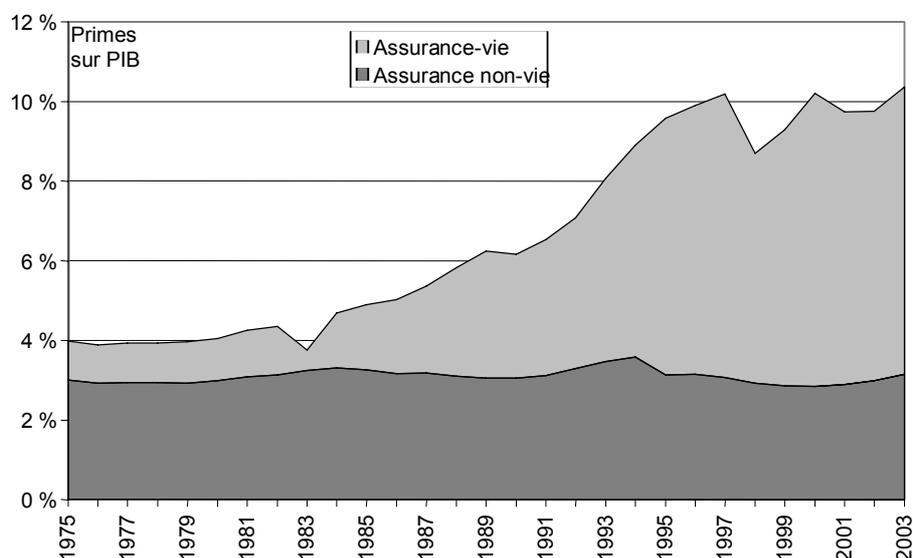
(1) Peretti-Wattel, 2001.

(2) Voir Kessler, 2002.

(3) Part des primes d’assurance dans la richesse nationale, mesurée ici par le PIB. L’utilisation du revenu disponible donne des évolutions identiques.

dans les autres pays de l'OCDE en moyenne. Cependant, cette hausse reflète largement un déplacement de l'épargne de précaution (qui est une forme d'assurance) vers l'assurance-vie, au détriment d'autres supports financiers comme les OPCVM détenus directement par les ménages. Cela est dû à une hausse des intervenants sur le marché de l'assurance-vie, à une forte évolution des contrats proposés (contrats multisupports, retraite...) ainsi qu'à une fiscalité attrayante. En outre, depuis les années 1990, de nombreuses personnes des classes d'âge nombreuses de la génération du *baby-boom* ont épargné en prévision de leur retraite, ce qui a renforcé cette hausse de l'assurance-vie. Elle ne peut donc pas être considérée comme un changement de comportement des Français vis-à-vis de l'assurance.

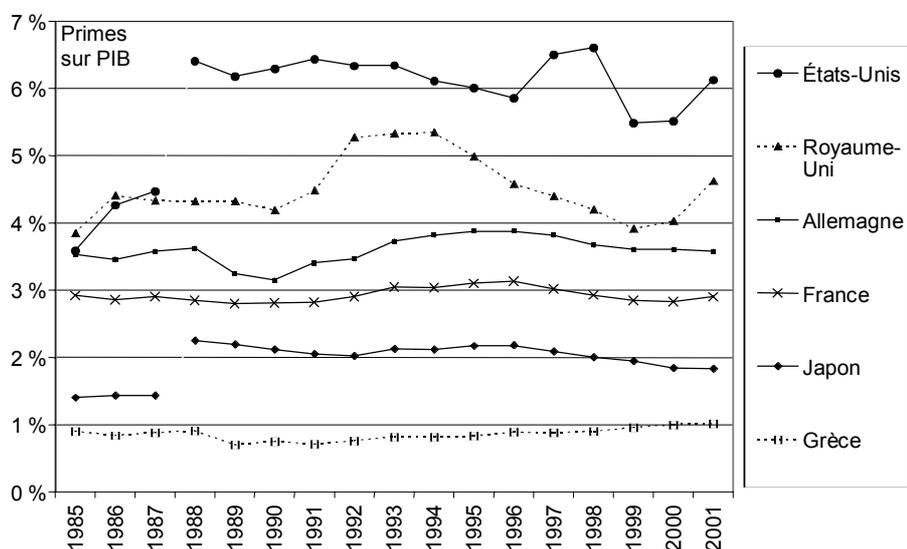
Graphique n° 1 :
Pénétration de l'assurance en France



Sources : CCA, INSEE, Direction des assurances, "Entreprises d'assurance et de capitalisation : principaux résultats comptables" ; calculs Commissariat général du Plan

En ce qui concerne l'assurance non-vie, les dépenses que les Français consacrent à l'assurance-dommage sont restées remarquablement stables (en part du PIB) au cours des dernières décennies, alors même que le constat précédent sur la hausse du risque ressenti n'est pas nouveau. L'enrichissement progressif de la France (en terme de PIB par habitant) n'a donc pas engendré des dépenses accrues d'assurance-dommage. Cette stabilité se retrouve dans la majorité des pays de l'OCDE (voir graphique n° 2) ; cela tend à conforter la thèse (Swiss Ré, 2004a) selon laquelle il existe un pallier dans le développement du secteur de l'assurance : les pays peu développés ou émergents ont un taux de pénétration de l'assurance relativement modeste ; la mise en place d'une économie moderne passe par une forte hausse de la pénétration, qui reste ensuite relativement stable, à régulation donnée bien entendu.

**Graphique n° 2 :
Pénétration de l'assurance non-vie dans certains pays de l'OCDE**



Sources : OCDE, *Annuaire des statistiques d'assurance*. Pour la France, la multiplicité de sources explique les différences avec les valeurs du graphique précédent. Les ruptures de séries entre 1987 et 1988 pour les États-Unis et le Japon correspondent à des changements de périmètre dans les statistiques nationales

Les écarts de niveau des taux de pénétration entre pays développés viennent plus en effet de différences institutionnelles et structurelles que des différentiels de richesse par habitant ou d'appétence pour l'assurance. Par exemple, le régime privé d'assurance-maladie aux États-Unis gonfle mécaniquement les dépenses privées d'assurance dans ce pays, alors qu'elles sont plus modestes en France, du fait du régime de sécurité sociale (voir graphique n° 3).

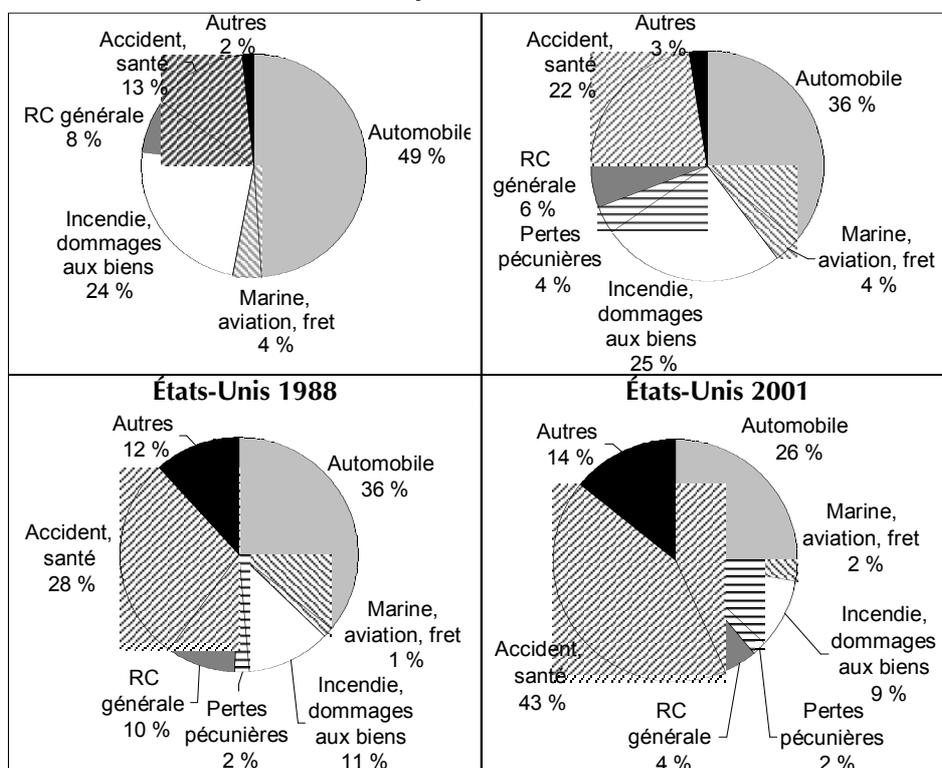
Dans les années passées, on ne décèle donc pas de tendance à la hausse des dépenses d'assurance sur le long terme, ni une tendance au "rattrapage" des pays à forte pénétration par les autres. Cela signifie-t-il pour autant que la gamme des risques contre lesquels les Français se couvrent ne s'est ni modifiée ni étendue ? Cela signifie-t-il que cette constance passée va se poursuivre ?

1.3. ...Grâce à une baisse des prix dans l'assurance

Deux facteurs de baisse des prix d'assurance peuvent permettre de concilier la stabilité des primes et la demande croissante de protection : la hausse de la concurrence dans le secteur de l'assurance et la baisse de la fréquence de certains types de sinistres. La pression concurrentielle s'est ainsi accrue avec le rôle croissant joué par les mutuelles en assurance-dommages, puis avec l'arrivée sur le marché de la "bancassurance", depuis le début des années 1980. Devant l'intensification de la concurrence, les assurances ont puisé dans leurs marges pour offrir des produits plus compétitifs.

Simultanément, certains segments du marché, comme l'assurance automobile, ont connu une diminution de la fréquence des sinistres. Depuis le début des années 1970, alors même que le parc des véhicules 4 roues a été multiplié par 2,5 et que le kilométrage par voiture a doublé, le nombre de sinistres en responsabilité civile a diminué (voir Guilhamon, 2003). Parallèlement, la gravité moyenne des dommages corporels a baissé. Ces effets ont permis aux conducteurs d'être mieux protégés (l'indemnité moyenne versée à une victime avec incapacité partielle a été multipliée par trois depuis 1970) et de bénéficier de services associés (assistance en cas d'accident, prêt de véhicule, etc.), tout en consacrant une part plus faible de leur budget à l'assurance automobile. Simultanément, les dépenses d'assurance ont fortement augmenté sur le segment accident et santé (voir graphique n° 3). On retrouve la même évolution aux États-Unis.

Graphique n° 3 :
Ventilation des primes d'assurance non-vie



Sources : OCDE, *Annuaire des statistiques d'assurance*, Direction des assurances, "Entreprises d'assurance et de capitalisation : principaux résultats comptables" ; calculs Commissariat général du Plan

En conclusion, la forte pression concurrentielle et la moindre fréquence de certains sinistres ont permis aux Français de satisfaire leur demande croissante d'assurance (couverture plus large), sans pour autant y consacrer une part plus élevée de leur revenu. Cela sera-t-il encore le cas dans la décennie à venir ?

1.4. Vers une demande croissante d'assurance confort et de services joints

Outre un souci grandissant de protection, les individus ne souhaitent plus gérer eux-mêmes les conséquences d'un sinistre (accident de voiture par exemple). Ils attendent de plus en plus que leur assureur le fasse pour eux : des services de confort (rapatriement, prise en charge de la réparation, mise à disposition d'un véhicule de remplacement) doivent souvent compléter l'indemnisation. Cette exigence croissante des assurés pour des services complémentaires aux produits d'assurance, dont le périmètre est lui-même en augmentation, devrait se maintenir, voire se renforcer encore. De plus, les services offerts deviennent un argument marketing pour les assurances, ce qui pousse à l'élargissement des gammes de services proposés. Ce phénomène est susceptible d'engendrer une course à la couverture totale, si les assurances exploitent la demande en ouvrant la palette des prestations proposées, en contrepartie d'une hausse des primes, ou par des contrats complémentaires.

De fait, les assureurs sont de plus en plus amenés à fournir des solutions globales à des problèmes, plutôt qu'un simple service traditionnel d'assurance. Les compagnies d'assurance s'adaptent à cette nouvelle demande pour une meilleure qualité de vie, en offrant de nouveaux produits ou de nouveaux services joints (professeur à domicile pour un enfant malade qui ne peut pas aller à l'école...). Suite à un accident, les assureurs sont sollicités pour gérer les conséquences, permanentes ou temporaires, du handicap, en particulier dans le secteur des services à domicile (garde, soutien scolaire, aide à domicile). La tendance est ainsi à la sélection par l'assureur de prestataires agréés. Le vieillissement de la population constitue, de ce point de vue, un fort gisement de demande d'aide à domicile de personnes âgées dépendantes.

Face à cette demande croissante de couverture, il n'est pas du tout évident que les assureurs puissent continuer à fournir des prestations plus larges pour une dépense constante. Les gains de productivité issus de la pression concurrentielle accrue pourraient se réduire. Trois facteurs sont malgré tout susceptibles de générer une pression à la baisse des prix : l'ouverture des services financiers à la concurrence européenne, mais les différences de droit et de fiscalité entre pays limitent la possibilité de vendre des services d'assurances d'un pays à l'autre sans les adapter à la demande locale ; le développement de la vente directe, via les nouvelles technologies (Internet...), permettant de réduire les coûts de gestion des dossiers, à condition que les nouvelles générations s'accommodent de la dématérialisation complète du service ; la poursuite de la pression de la part de la "bancassurance". Si ces trois conditions ne sont pas remplies, la demande de protection accrue et la poursuite de l'enrichissement de la société pourraient conduire à une hausse des dépenses d'assurance, en particulier de la part des ménages les plus riches. Néanmoins, cela ne signifierait pas forcément que les assurés seraient protégés pour tout ce dont ils ont le plus besoin (même s'ils sont plus protégés au total).

2. De la demande sociale d'assurance à un recul de l'assurable

La demande de protection qui peut se manifester sur le plan économique est susceptible de se traduire également sur le plan social par une tendance à rechercher un responsable pour tout dommage subi. Le risque d'un refus généralisé de la fatalité entraîne un autre risque – majeur pour l'assurance : celui de voir croître de manière exponentielle les indemnisations individuelles obtenues suite à des recours en justice, sans rapport avec les prévisions sur lesquelles sont construits les contrats d'assurance responsabilité civile. Indirectement, la société pourrait également en pâtir, s'il en résulte un désengagement des assureurs de certaines activités essentielles, dans le domaine médical par exemple. La judiciarisation de la relation assurancielle reposerait sur des ressorts hétérogènes, mais serait nettement porteuse d'un risque d'inflation des indemnisations individuelles et donc de fragilisation du contrat d'assurance.

2.1. La judiciarisation de la relation assurancielle et l'émergence d'un "droit à indemnisation"

La tendance à l'accroissement incontrôlé des indemnisations en responsabilité civile (RC) constitue un sujet majeur de préoccupation pour les assureurs. Ils y voient notamment l'impact de la judiciarisation de la société qui incite les victimes à recourir de plus en plus systématiquement au juge pour obtenir réparation d'un préjudice – réparation qu'elles considèrent comme légitime. Jouant sur la sympathie du juge pour les victimes, ce phénomène conduirait à attribuer des indemnisations déconnectées de la réalité économique, tant du point de vue des besoins des victimes que de la capacité financière des assureurs. Il repose en outre sur la recherche de "responsables" solvables car assurés, selon la tendance observée aux États-Unis à poursuivre en justice les "deep pockets" (ou "porte-monnaie bien remplis"), au détriment de la justice. Ainsi, dans le domaine de la responsabilité médicale, une série de jugements concluant à une responsabilité sans faute des professionnels de la santé, afin d'indemniser des victimes d'accidents thérapeutiques, ont menacé la couverture assurancielle de spécialités à risques comme l'anesthésie, la chirurgie, ou l'obstétrique. En outre, la dérive des indemnisations fait peser sur les assureurs la menace de ne plus pouvoir se réassurer sur leurs garanties RC.

Par "judiciarisation de la société", nous entendons ici le rôle croissant donné au système judiciaire comme "référence majeure pour apprécier le bien-fondé des décisions des acteurs de la vie économique et sociale" ¹. Son développement a été favorisé par l'extension du champ d'action de l'assurance. De fait, l'inclination à refuser le risque et à rechercher un responsable est entretenue par la possibilité que ce "responsable" soit lui-même couvert par une assurance, ce qui renforce les perspectives d'indemnisation. Le droit civil français se démarque en outre par la

(1) Picard, 2000.

possibilité offerte aux victimes d'exercer un recours direct auprès de l'assurance du responsable, d'où la confusion fréquente entre responsable, assureur du responsable et droit d'indemnisation des victimes. À l'origine de l'apparition d'un droit à indemnisation, on trouve toutefois des acteurs multiples. Les juges semblent les premiers concernés puisque ce sont eux qui décident, in fine, du montant de l'indemnisation associée à un préjudice donné. Mais les victimes jouent également un rôle par leur décision de mener une action en justice, ainsi que leurs avocats, dans le montant d'indemnisation réclamé. Enfin, les sociétés d'assurance contribuent elles-mêmes à ce mouvement, lorsqu'elles recherchent le responsable d'un préjudice causé à un de leurs clients afin de lui faire porter les frais qui en sont résultés. L'aspiration générale à la sécurité préoccupe d'ailleurs la puissance publique puisque le dernier rapport public du Conseil d'État (2005) souligne et remet en question cette tendance à rechercher à tout dommage un responsable afin d'être indemnisé.

Toutefois, la judiciarisation de la société française demeure un concept fuyant pour les sciences sociales. Dans le cadre de l'assurance, elle est difficile à objectiver par manque de données statistiques globales sur l'évolution du nombre de recours en justice et du nombre de transactions suite à un dommage. Certes, les compagnies d'assurance fournissent des données, mais il est difficile de départager les indemnités résultant de transactions directes entre l'assureur et la victime de celles résultant d'une décision de justice. En revanche, l'évolution du fonctionnement judiciaire est marquée par l'émergence, depuis quelques années, du statut de "victime", auquel sont désormais associés des "droits", et qui se substitue à la condition de simple partie civile¹. Ce travail de définition d'un statut de victime est sous-tendu par l'attention croissante portée à celle-ci par notre société et dont on peut trouver une illustration dans le goût des médias pour les "sinistrés". Se profile ainsi dans notre société un "droit à indemnisation" adossé à tout préjudice subi, que ce dernier soit ou non imputable à une faute particulière. Or ce droit, s'il va dans le sens d'une amélioration du traitement des personnes lésées, n'est pas sans conséquences sur l'assurance, puisqu'il trace le chemin d'un accroissement imprévisible des charges pesant sur les assureurs.

Évolution des coûts des sinistres relevant de la responsabilité civile aux États-Unis

Le coût des sinistres relevant de la responsabilité civile (assurés ou auto-assurés, c'est-à-dire couverts ou non par une police d'assurance) est estimé aux États-Unis à 2,2 % du PIB soit deux fois la part de ces coûts dans la plupart des pays industrialisés. L'étude Tillinghast 2004 (*US Tort Costs : 2004 Update*) évalue en effet le coût du contentieux de la responsabilité civile à 245,7 milliards de dollars en 2003, soit une augmentation de 5,4 % par rapport à 2002. Sur le long terme, la part du PIB américain consacrée au coût du contentieux de la responsabilité civile n'a cessé d'augmenter, passant de 0,62 % en 1950 à 1,34 % en 1970 puis à 2,2 % en 2003. Rapporté à la population des États-Unis, et ajusté de l'inflation, ce coût a plus que doublé depuis 1980, comme l'illustre le tableau ci-après.

(1) Thuau, 2004.

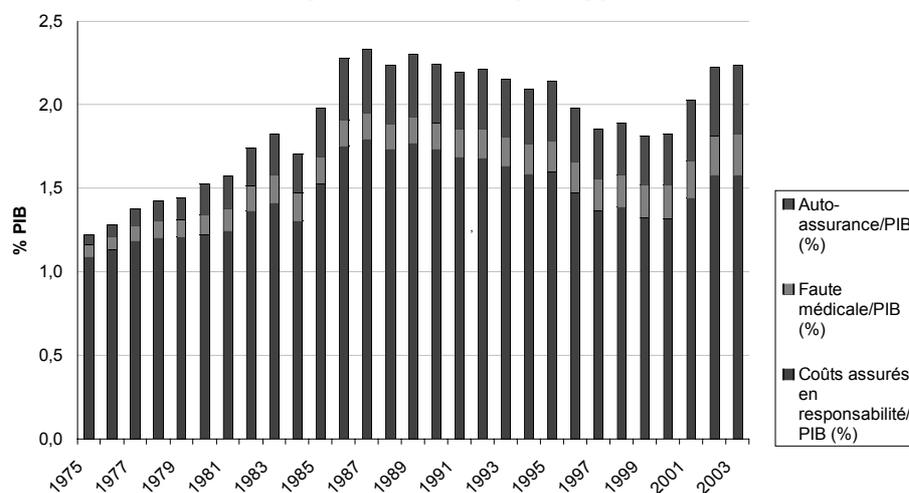
Année	Coût des sinistres RC par habitant aux USA, ajusté de l'inflation (\$)
1950	91
1960	187
1970	321
1980	419
1990	735
2000	680
2002	828
2003	845

Source : Tillinghast, 2004

Une augmentation aussi frappante est liée avant tout à la responsabilité civile des entreprises (y compris la responsabilité médicale) dont les coûts croissent en moyenne de 5,7 % par an entre 1990 et 1998 puis de 10,2 % par an depuis 1998. Les coûts afférents au segment de la responsabilité individuelle augmentent en revanche de manière plus progressive, 3,8 % par an en moyenne entre 1990 et 1998 puis 4,9 % par an depuis 1998.

Si l'impact de l'amiante paraît significatif pour expliquer ces évolutions contrastées, il se conjugue en outre à l'accroissement des frais liés à la responsabilité médicale, à la responsabilité civile des mandataires sociaux et aux fautes de gestion liées à l'emploi (Swiss Re, 2004b). Les entreprises ont également dû prendre en charge une plus grande partie de ces coûts depuis 1985, c'est-à-dire recourir de plus en plus à l'auto-assurance : selon le modèle d'estimation développé par Tillinghast, de 6 % des frais assurés en 1975, l'auto-assurance des entreprises serait passée à 22 % en 1980, puis 30 % en 1995, et 32 % en 2003.

Coûts des sinistres de responsabilité civile par rapport au PIB aux États-Unis



Source : Tillinghast, 2004

Différents facteurs de la hausse des paiements au titre des dommages et intérêts peuvent être mentionnés : croissance du montant alloué à la réparation du préjudice non pécuniaire (*pretium doloris*), émergence d'actions contentieuses de masse (dont les *class actions*), honoraires d'avocats en fonction du résultat et choix de tribunaux connus pour leur générosité ("*forum shopping*").

Deux scénarios sont envisageables. Dans le premier, des données objectives sur l'évolution des indemnités accordées par la justice révèlent que le système juridique français se rapproche du système juridique américain en autorisant la personne lésée, qui s'identifie à une victime, à outrepasser la réparation du simple préjudice subi en demandant des dommages et intérêts punitifs à l'encontre du responsable. Ce scénario serait particulièrement dangereux pour la stabilité du contrat d'assurance, dans la mesure où il ouvrirait la porte à des indemnités arbitraires, non tarifées dans les polices d'assurance existantes et susceptibles de dégrader fortement les bilans des assureurs, notamment dans le cas de sinistres sériels (tabac, amiante...). Voir le juge satisfaire de telles requêtes remettrait en cause les fondements de notre système juridique dans lequel le principe d'indemnisation est défini comme la réparation "intégrale" du préjudice, sans perte ni profit pour la victime. La pérennisation de ce scénario serait donc conditionnée par une réforme juridique de profondeur, soumise au débat public. Les assureurs devraient alors ajuster leurs tarifs en prenant en compte la nouvelle dynamique des coûts.

Le second scénario se produirait plus discrètement. Il consiste à considérer que l'inflation actuelle des indemnités individuelles n'est liée qu'à une meilleure prise en compte du préjudice. Par exemple, les frais engendrés par le besoin d'une tierce personne suite à un préjudice corporel sont aujourd'hui calculés sur la base d'une assistance 24h/24h, contre 5 heures par jour il y a quelques années. Toutefois, ce choix de société ne peut être imposé aux assureurs à cotisations constantes, à moins de compromettre leur rentabilité. Un tel scénario, actuellement le plus probable des deux, nécessite d'engager une réflexion sur le prix social à payer pour un tel accroissement de notre sécurité. Cet effort peut prendre la forme soit de la solidarité nationale (sur le modèle des différents fonds d'indemnisation ad hoc déjà mis en place) soit d'une hausse des tarifs de l'assurance, suite à l'accroissement de service ainsi demandé. Les assureurs ont déjà pris l'initiative d'une solution en ce sens en créant en 2000, dans le cadre de la FFSA, la "garantie des accidents de la vie". Ce nouveau contrat d'assurance (individuel ou familial) permet de se couvrir contre les préjudices subis suite à des accidents domestiques ou médicaux, des agressions ou des attentats, des catastrophes naturelles ou technologiques. Or ces risques sont les plus susceptibles d'alimenter les procédures judiciaires à fin d'indemnisation.

Quoi qu'il en soit, le débat entre les victimes, la justice et les assureurs au sujet de l'inflation des indemnités ne pourra se résoudre sereinement tant qu'il butera sur le manque de données statistiques fiables reflétant les évolutions du système judiciaire et sur la carence de réflexion prospective multidisciplinaire sur les aspirations de notre société en matière d'indemnisation.

2.2. Nouveaux risques d'inflation des indemnités individuelles

En France, la sympathie du juge pour les victimes ne trouve que des fondements statistiques parcellaires. De fait, la crainte de voir s'amplifier l'inflation des indemnités est fortement influencée par les exemples étrangers, notamment par l'évolution de la justice aux États-Unis. Dans ce pays de *Common Law*, le droit est par nature évolutif et sa définition a été remise pour une large part entre les mains

des juges. Or, grâce à l'absence de distinction entre droit civil et droit pénal qui caractérise le droit américain, il s'y est développé une pratique de dommages et intérêts punitifs, parfois totalement disproportionnés par rapport à l'évaluation économique du préjudice subi par la victime. En outre, l'accroissement des indemnisations a été favorisé par les actions collectives devant les tribunaux, les *class actions* (voir encadré). En fédérant en un seul recours toutes les victimes d'un même préjudice causé par un même responsable, ce mode d'action en justice a démultiplié les montants dus par le responsable. De plus, la rémunération des avocats par un pourcentage des indemnisations obtenues a autorisé des procès – ou des menaces de procès débouchant sur des transactions – que des individus isolés n'auraient pas eu intérêt à entamer. Leurs implications peuvent être considérables, jusqu'à entraîner la faillite de la société incriminée. Mais la société responsable n'est pas seule en danger : ses assureurs peuvent également faire les frais des indemnisations exorbitantes exigées par la justice et voir leur santé financière mise à mal.

Les *class actions* en droit américain

Les actions collectives ou "*class actions*" ont été créées dans les années 1960, afin de permettre à des citoyens sans défense de lutter contre les discriminations. En 1966, une loi fédérale a permis aux avocats d'entraîner un particulier dans une *class action* à condition qu'il n'y oppose pas d'objection. Cela a permis aux avocats de fédérer dans un même recours l'ensemble des victimes d'un même type de préjudice causé par un même responsable (exposition à l'amiante par le même employeur, par exemple), même si celles-ci ne manifestaient pas leur volonté d'y participer. Dans le système américain, des avocats peuvent en effet devenir "procureurs pour autrui" en réunissant les plaintes d'individus, de plus en plus au moyen d'Internet. Les plus importants collecteurs de plaintes deviennent "*lead*" et structurent le procès, ou plus exactement sa menace. En effet, à partir d'un certain nombre de plaintes, la menace d'un procès (avec la perspective du "*deep pocket*" d'un jury populaire) peut pousser l'entreprise à un arrangement. L'arrangement rémunère d'abord les avocats en fonction d'un accord où entre en jeu le nombre de plaignants de chacun, le résultat net étant versé aux victimes, ou aux bénéficiaires de la procédure. Le pouvoir des victimes vis-à-vis du responsable et le montant total des indemnisations ont ainsi été démultipliés.

Toutefois, les avocats étant rémunérés par des commissions de succès (*success fees*) (de 5 % à 33 % des dommages et intérêts versés par la partie condamnée), ils ont été incités à privilégier les recours contre les grandes entreprises plus facilement solvables (litiges sur des automobiles ou des médicaments défectueux, par exemple). Cela a joué un rôle moteur dans l'explosion des indemnisations au titre de la RC aux États-Unis. Certains cabinets ont ainsi développé des interfaces Internet permettant de collecter, pour une *class action* donnée, les plaintes des victimes au moyen d'une simple fiche signalétique à remplir en ligne. Ces dernières ne sont donc pas découragées par la perspective d'une procédure en justice longue et coûteuse : elles n'ont que des bénéfices en perspective. Ce mode de recours en justice s'est étendu à tous les domaines de la RC. La facilité de participation et la motivation des avocats par le gain sont les deux facteurs d'amplification du phénomène, menant à certains excès, tant sur le plan de la soutenabilité économique que sur celui de la légitimité des montants exigés. En effet, les indemnisations réclamées en justice à certaines sociétés ont parfois atteint des montants susceptibles de compromettre la survie de l'entreprise, incitant celles-ci à transiger sans attendre l'issue du procès. En outre, si les *success fees* sont souvent considérables car calculées sur le total des réparations obtenues pour de très nombreuses victimes – parfois plusieurs centaines – les victimes ne reçoivent dans certains cas, au niveau individuel, qu'une indemnisation symbolique.

Pourtant, en France, les associations de défense des consommateurs réclament l'autorisation de procédures de ce type afin de donner aux usagers, avec la menace d'indemnisations massives, une arme contre certains comportements répréhensibles de grandes sociétés. Certains avocats soutiennent cette démarche, dans l'hypothèse d'une autorisation des – lucratives – commissions de succès.

L'appel des consommateurs a été entendu puisque, sur l'initiative du Président de la République, un projet de loi a été déposé qui introduit en droit français la possibilité pour des "groupes de consommateurs et leurs associations d'intenter des actions collectives contre les pratiques abusives observées sur certains marchés". La France suivrait en cela le chemin tracé par certains de ses partenaires européens. Le Royaume-Uni a, en effet, récemment autorisé des actions collectives en justice, et l'Allemagne en étudie l'opportunité.

À l'origine de ce revirement, on trouve en premier lieu la volonté de rééquilibrer les rapports de force au sein du système économique entre les entreprises et les consommateurs. Mais le mécanisme de recours collectif autoriserait également une économie de moyens pour la justice, dans l'hypothèse d'une multiplication des sinistres sériels dans le futur, en permettant de traiter en une seule fois l'ensemble des victimes, même non encore identifiées. L'impact sur la hausse des indemnisations de l'autorisation de recours collectifs devrait être considérable. À titre d'exemple, les indemnités accordées suite à des recours collectifs de victimes d'infractions boursières entre 1992 et 2001 ont totalisé aux États-Unis environ 15 milliards de dollars pour 2 400 sentences par an, et seulement 5,5 millions d'euros pour 5 recours en France.

Un alignement des indemnisations françaises sur le niveau américain – ne serait-ce que sous l'effet de la multiplication des victimes indemnisées en justice – aurait de très graves répercussions sur les bilans des assureurs. À l'heure actuelle, leurs provisions ne sont pas calibrées pour faire face à un tel changement d'échelle. On peut craindre en outre l'apparition de dérives à l'américaine avec le lancement par certains cabinets d'avocats, ou autres représentants des victimes, de recours collectifs d'une légitimité contestable du point de vue des victimes, dans un seul but lucratif.

Des garde-fous s'imposent donc, au moins dans la mise en œuvre de la réforme pour éviter de reproduire les excès observés aux États-Unis et préserver ainsi la fiabilité de la relation d'assurance. La prudence s'imposerait d'autant plus que ce pays, emblématique des *class actions*, a adopté récemment une réforme de ces procédures pour mettre un frein aux demandes de réparations exorbitantes et peu justifiées. Cette réforme confère aux tribunaux fédéraux – traditionnellement moins réceptifs à ce genre de cas que les Cours des États – une compétence de principe pour le traitement des *class actions* les plus importantes. Le *Class Action Fairness Act* promulgué en février 2005 établit en effet que les actions collectives réclamant plus de 5 millions de dollars de réparations, sauf si elles sont réellement régionales, devront être jugées par des Cours fédérales. Il en ira de même de celles dans lesquelles l'un des accusés relève d'un État différent de celui des plaignants. Cette réforme limitera donc la possibilité pour les cabinets d'avocats de

choisir de lancer une action collective dans l'État dont la Cour est réputée pour sa générosité (phénomène de *"forum shopping"*). En outre, elle accorde aux Cours fédérales un droit de regard sur les arrangements amiables pour en vérifier l'équité et y encadre certains types d'honoraires versés aux avocats ¹. Le projet de loi présenté en France semble tenir compte des dangers identifiés en n'autorisant pas la rémunération des avocats par des commissions de succès et en habilitant les juges à condamner les perdants à payer tout ou partie des frais de justice de la partie gagnante. La mise en œuvre de la réforme nécessiterait toutefois de réunir des représentants de l'ensemble des acteurs concernés (associations de victimes et de consommateurs, magistrats, avocats, entreprises et assureurs) afin d'élaborer dans la concertation un mécanisme judiciaire garant de l'équité, en s'inspirant au besoin des bonnes pratiques de certains pays étrangers comme le Canada où la *class action* est utilisée avec plus de discernement, grâce notamment à une procédure d'autorisation devant le juge qui doit justifier le bien-fondé du recours collectif.

Cependant, même dans ce pays, des dérives sont en train d'apparaître. Il semble donc très important que se mène une réflexion sur les façons de mieux protéger les consommateurs sans aller pour autant jusqu'au système américain. Celui-ci ne les protège guère plus, mais fait plutôt la satisfaction des avocats, cause l'encombrement des tribunaux et l'affaiblissement des entreprises. Des idées sont à explorer : médiateur, médiateur contraignant, ² rôle plus étendu du juge d'instruction, ou étude de procédures directes par Internet, sur le modèle de ce qui se passe à Singapour.

En l'état actuel des choses, rien ne permet d'affirmer que le nombre des recours en justice ne s'accroîtra pas considérablement dans les années à venir. La hausse des indemnités peut en effet constituer, à la longue, une incitation à porter plainte. La judiciarisation ferait alors boucle, entre la "sympathie" croissante exprimée par le système juridique et l'appel croissant... à sa sympathie.

3. Vers un recours exagéré à l'assurance ?

Les facteurs de demande de protection peuvent mener au scénario suivant.

Supposons d'une part que la société, confrontée à des risques de plus en plus nombreux, ou de plus en plus médiatisés, poursuive sa quête d'un niveau de sécurité croissant. Combiné à un repli individualiste, où chacun compte surtout sur lui-même, cette tendance devrait générer une demande d'assurance plus importante. Portés par un accroissement de leur richesse moyenne, les ménages auraient la capacité financière de payer davantage de produits d'assurance. Tous ces facteurs induiraient un élargissement de la palette des risques couverts par les assurances.

(1) Les "coupon settlements", dans lesquels les plaignants sont indemnisés en bons d'achat et les avocats en argent comptant.

(2) L'entreprise s'oblige à obéir au médiateur, sauf avis motivé de ses président et directeur général, avec par exemple obligation d'en parler à l'assemblée générale des actionnaires.

Chapitre 2

Supposons d'autre part que la tendance déjà amorcée à la judiciarisation de la société se prolonge : le justiciable aurait alors de plus en plus recours aux tribunaux. Si, en parallèle, se confirme la tendance des juges à accorder des indemnités élevées ou le recours à des "agrèments" pour éviter le procès, ces deux faits de société peuvent s'alimenter mutuellement pour renforcer la hausse des indemnités en responsabilité civile.

Il y aurait donc une dynamique favorisant à la fois la hausse des indemnités et l'élargissement des risques couverts. Elle mène à une augmentation des montants des primes d'assurance, sauf à supposer que les assureurs peuvent générer assez de gains de productivité et que la concurrence aura un effet suffisamment modérateur sur les prix. Cette augmentation peut à son tour entraîner un "effet consommériste", selon lequel les assurés en "veulent pour leur argent". Combiné à une demande déjà croissante pour les services de confort adossés aux contrats d'assurance, il renforcerait l'amplitude de l'éventail des produits proposés par les assureurs mais augmenterait le montant de certaines polices, en excluant certaines personnes de cette protection.

L'augmentation globale des dépenses d'assurance dépendra alors de la disponibilité à payer des ménages. Cette dernière peut dépendre du mode de paiement (dépenses socialisées ou non). Même si les dépenses d'assurance sociale tendent à plafonner, les individus peuvent être prêts à payer plus, s'ils peuvent choisir ce contre quoi ils s'assurent. Ce scénario global peut être compatible avec une exclusion de certaines personnes du marché de l'assurance (ou au moins de certains segments), par la hausse des cotisations, alors que les revenus restent inégalitaires. Il pourrait ainsi y avoir coexistence de personnes mal assurées, dans un système d'assurance qui génère par ailleurs des surcoûts pour les assurés. La hausse des indemnités suppose une hausse des primes. Est-ce bien ce choix de société que souhaitent faire les individus qui demandent toujours plus d'indemnisation ?

Ensuite, quand la demande de protection passe par un recours accru aux tribunaux, il est possible qu'elle débouche sur un problème de non-assurabilité, en induisant une baisse de l'offre d'assurance. Si les indemnités en responsabilité civile augmentent, certains assureurs peuvent préférer se retirer d'un segment trop risqué du marché ou augmenter très fortement les primes pour répercuter l'augmentation des indemnités. Les activités touchées pourraient disparaître, soit parce qu'elles ne sont plus assurées, soit parce que les individus n'ont pas les moyens de payer l'assurance. Elles pourraient aussi continuer, mais sans être assurées, ce qui les fragiliserait fortement.

Enfin, si la recherche de responsables se généralise dans les moindres activités quotidiennes, certaines personnes peuvent par exemple renoncer à organiser des activités associatives, même si elles sont assurées, pour ne pas prendre le risque d'avoir affaire à la justice en cas de problème.

Un tel scénario aurait donc des conséquences contrastées sur le champ de l'assurable :

– un enrichissement de la gamme de services proposée par les assurances, incluant

notamment des produits de confort venant en complément de l'indemnisation en cas de sinistre ;

– la disparition d'activités, par manque d'assurance ou pour éviter d'être poursuivi en justice en cas de problème.

Les répercussions sur la santé financière des assureurs privés devraient être faibles, car ils seront amenés à être plus sélectifs dans les risques couverts et à se retirer éventuellement du marché. La gestion des risques dans les compagnies d'assurance aura en effet plutôt tendance à réduire les prises de risque et à sélectionner les dossiers. Les menaces pesant sur le secteur de l'assurance sont analysées au chapitre suivant.

En revanche, ce scénario interpelle l'État à double titre.

Premièrement, il montre l'image d'une société qui s'assure parce qu'elle refuse le risque et non pas parce qu'elle veut prendre des risques ; d'une société recroquevillée, non une société dynamique. Cela concerne le rôle "d'ordonnateur de l'assurable" de l'État. Peut-on laisser se déformer la frontière des risques assurés, au détriment de sécurités essentielles ?

Deuxièmement, une telle dynamique échapperait à ses auteurs les plus directs. Elle conduirait à des coûts croissants de sinistres d'un côté, et à un refus ou à une incapacité à payer de l'autre. Dans cette montée aux extrêmes, ce serait l'État qui ferait l'ajustement, assureur en dernier ressort : par la solidarité nationale, il prendrait en charge les sinistres non couverts. Or les coupe-circuits que l'on pourrait attendre ne sont pas nécessairement présents (au plan judiciaire par exemple). Si le coût des sinistres augmente pour des assurances plus sélectives, avec un système judiciaire plus enclin à indemniser, c'est la puissance publique qui se trouve "assureur de fait", ou "assureur en dernier ressort" pour plus de sinistres, potentiellement plus coûteux. Dans ce contexte, le risque même que supporte l'État ne peut que croître, faisant peser sur lui une dette pendante de plus en plus lourde. Viendra probablement un moment où des agences de *rating*, au niveau mondial, ou même des régulateurs au niveau européen, chargés par ailleurs du pacte de stabilité, se soucieront de ces passifs latents nulle part écrits.

Le drame de ce risque global, comme de tout risque, est que l'on peut décrire la dynamique qui le fait naître, mais qu'il est absolument impossible de le chiffrer, et qu'il faut donc, au plus tôt, tenter de le réduire.

CHAPITRE 3

Le risque de fragilisation des assurances

La montée en puissance de risques incertains ou difficilement mutualisables est susceptible de poser des problèmes d'assurabilité ou de fragiliser le secteur des assurances :

1. L'émergence de risques nouveaux, non anticipés et touchant de nombreuses victimes : risques sériels (du type de l'amiante), risques d'image, risques sanitaires et biologiques, risques technologiques...
2. L'amplification de risques extrêmes. Ces risques, déjà connus (catastrophes naturelles, explosions industrielles...) sont susceptibles de se multiplier dans la décennie à venir, sous l'effet de la concentration géographique des biens et des personnes, de l'interdépendance accrue des échanges et des activités, ainsi que de changements de contexte comme le réchauffement climatique, s'il se confirme. Or ils sont très coûteux pour les assureurs.
3. L'instabilité juridique, qui peut avoir des conséquences rétroactives : dans ce cas, des contrats d'assurance conçus pour l'ancien cadre juridique s'avèrent inadaptés dans le nouveau cadre. Les primes ne reflètent plus vraiment les probabilités d'indemnisations. L'instabilité peut aussi provenir de novations, comme les *class actions*, même adaptées à la situation française.

Ces éléments peuvent se combiner : en particulier, l'évolution juridique peut suivre l'apparition d'un risque nouveau, éventuellement non couvert à l'origine par les assurances, mais qui le deviendrait par modification jurisprudentielle, sous la pression des victimes si elles sont nombreuses et si le préjudice est grave.

Ces quatre facteurs de risque ont la même conséquence : les assureurs pourraient être amenés à payer des indemnités exceptionnelles, très élevées mais

qu'ils n'avaient pas prévues, donc pas (ou pas suffisamment) provisionnées. Cela peut avoir deux types de conséquences :

- les assureurs appliquent le principe de sélection des risques ; s'ils viennent à en considérer quelques-uns comme potentiellement trop dangereux, ils auront tendance à se retirer, laissant à l'État le soin de les couvrir. Cela peut encore renforcer la dynamique de retrait de certains risques essentiels présentés dans la partie précédente ;
- si les assureurs sous-estiment ces risques et que ces derniers se réalisent, ils peuvent engendrer une fragilisation de leurs entreprises, menant éventuellement à des faillites.

1. La naissance de nouveaux risques

La décennie en cours verra certainement l'émergence de risques encore inconnus ou très imparfaitement définis aujourd'hui. Quelle vision prospective peut-on avoir de ces "risques émergents" ? Sans avoir entrepris de véritable prospective à ce sujet, le groupe *Télémaque* a esquissé quelques tendances. Parmi les facteurs de risques émergents, ¹ on peut citer :

- la mondialisation et l'intégration internationale des activités. Par exemple, les épidémies peuvent connaître des processus de propagation plus rapides qu'auparavant. Le risque croissant provient du développement de l'échange ;
- l'augmentation de l'incertitude qui vient de fortes innovations scientifiques et technologiques d'un côté, de l'accélération des mutations de l'autre ². Les avancées scientifiques et technologiques constituent à la fois des facteurs d'apparition de nouveaux risques difficilement probabilisables et des moyens de se prémunir contre les risques. Le risque vient ici du déplacement de la frontière technologique ;
- la réactivité au risque. Une société plus averse au risque tend à vouloir s'en protéger ex-ante davantage, mais lorsque le risque se manifeste, des réactions excessives, extrêmes, de foule, peuvent survenir, et l'hypothèse qu'elles seront rationnelles est limitée. Le risque suit le risque.

Quant aux risques émergents eux-mêmes, il est bien entendu délicat de les prévoir, mais on peut insister sur les éléments suivants :

- Les risques d'image, de réputation ou de boycott : affectant les entreprises, ils reposent sur l'importance du symbolique et de la marque. Un incident mineur, amplifié par les médias ou les concurrents, peut affaiblir une entreprise (ou pire).
- Les risques d'étouffement des systèmes d'information ou de communication : un développement incontrôlé du *spam* (message publicitaire non sollicité) par mes-

(1) Voir notamment OCDE, 2003.

(2) Voir OCDE, 2003 ; Ravier, 2002.

sages électroniques peut rendre l'outil inutilisable, nécessitant un retour brutal à des modes de communication plus conventionnels. De la même manière, le piratage informatique, voire la propagation de virus particulièrement virulents, peuvent avoir des conséquences plus graves encore, détruisant des bases de données, voire provoquant des pannes mondiales via l'interconnexion des réseaux (notons cependant que le risque associé aux virus informatiques, assurable il y a cinq ans, ne l'est plus aujourd'hui).

- Les risques sanitaires et de contagion : des expérimentations scientifiques ou technologiques non contrôlées peuvent générer des virus ou des maladies infectieuses. Surtout, les plus grandes incertitudes viennent de maladies qui franchiraient la barrière des espèces, leur propagation étant renforcée par la mobilité croissante des personnes. L'exposition au risque épidémiologique pourrait augmenter suite au vieillissement de la population, à la naissance de nouvelles maladies, liées à ce même allongement de la vie, ou encore à la réduction de l'effet des médicaments (antibiotiques). De nouveaux parasites, résistants aux pesticides et touchant une grande part des récoltes mondiales, peuvent apparaître, suite à l'uniformisation des cultures ou à des sécheresses liées au réchauffement climatique.
- Les risques sériels (touchant un très grand nombre de personnes), notamment sur la santé, du type de l'amiante. Les risques dus aux champs électromagnétiques induits par les téléphones portables et autres équipements de communication mobile font par exemple débat, de même que la consommation d'OGM. Dans un autre registre, le mal de dos et les problèmes de vue consécutifs au travail de bureau peuvent, par exemple, constituer la prochaine maladie professionnelle massive. Toujours en lien avec les modes de vie, l'obésité représente aussi un risque majeur, et dont les dangers sont mieux connus.
- Les risques de basculement de mentalité : suite à des campagnes de sensibilisation médiatique ou émanant de mouvements associatifs (écologistes, etc.), des éléments de la vie quotidienne, considérés jusqu'ici comme inoffensifs ou faiblement toxiques (four à micro-ondes, aérosols, pesticides...), seraient alors rejetés et des actions en justice se multiplieraient pour "exposition à produits potentiellement dangereux".

Parmi les plus connus mais aussi les plus débattus des risques émergents figure le réchauffement climatique. L'actualité de ces dernières années (tempêtes, inondations, canicule) renforce dans les esprits l'idée d'un changement climatique en cours. L'augmentation de la température moyenne sur le globe est avérée et de nombreuses études considèrent qu'elle devrait entraîner un dérèglement du climat (précipitations exceptionnelles plus nombreuses dans le nord de l'Europe, sécheresses plus fréquentes dans le sud...). Il est cependant encore trop tôt pour conclure s'il s'agit-là d'une augmentation durable des catastrophes climatiques ou d'une simple concomitance d'événements d'ordre décennal ou trentenaire ¹.

(1) Il n'est pas l'objet du présent rapport de conclure sur ce point. On pourra se reporter à Abrassart, 2002.

Certains de ces nouveaux risques ne concernent pas directement les assureurs. En effet, les contrats actuels ne couvrent pas les assurés pour des risques qui ne sont pas encore connus. Tout ce qui est couvert est clairement spécifié dans le contrat, et ce qui n'est pas écrit est généralement exclu. Cependant, certains risques sont connus et couverts, mais c'est leur virulence ou leurs conséquences qui peuvent s'avérer nouvelles. D'autre part, pour les risques réellement exclus des contrats, il ne faut pas oublier la pression sociale qui se met en œuvre en cas de crise grave, et que les juges ne peuvent guère qu'écouter.

2. L'amplification des risques extrêmes par la concentration des activités

Suite aux attentats du 11 septembre 2001, aux tempêtes en Europe, aux menaces de dérèglement climatique, ces dernières années ont suscité une préoccupation croissante sur les risques extrêmes. Il s'agit de risques considérés comme rares (d'ordre cinquantenaire, centenaire, voire plus) et dont les dégâts sont très élevés. Ils comprennent les catastrophes naturelles, les accidents industriels et désormais l'hyper-terrorisme.

La multiplication d'événements de ce type a fait prendre conscience aux assureurs que, si ces risques sont rares, ils se réalisent parfois et peuvent même se cumuler dans un court laps de temps. Pire, ce sont des risques qui s'avèrent parfois moins rares qu'on ne le pensait : leur fréquence pourrait même avoir tendance à augmenter. Ainsi, la prise de conscience que tous les risques ne sont pas gaussiens¹ s'est généralisée. De fait, ces risques présentent des spécificités qui les rendent particulièrement délicats à gérer et les placent souvent à la frontière de l'assurabilité.

Ils sont aussi très coûteux, en grande partie à cause de la concentration croissante des richesses et du rapprochement géographique des activités humaines. Les économies croissent en concentrant leurs centres de production et de décision. La concentration des productions vient très largement de la dynamique économique en cours, où les secteurs primaire et secondaire perdent de leur poids relatif en faveur du secteur des services. En même temps, les unités de production se concentrent en des unités de plus grande taille, tandis que les grandes villes deviennent les centres de pilotage du tout, pilotage pour l'économie et la finance, pilotage pour les décideurs politiques, pilotage pour la recherche et la formation.

Le drame du World Trade Center a illustré cette tendance à la concentration des risques, qui partout se manifeste. Le capitalisme conduit au regroupement des unités de production, et plus encore de décision et de financement. Il suscite ainsi, par exemple, des "pôles de recherche" où se concentrent les matériels les plus chers autour du capital humain le plus avancé, des "places financières" où les sièges sociaux se regroupent autour des banques, des salles de marché, des lieux de communication et de décision.

(1) Les risques sont gaussiens si leur probabilité suit une loi normale ; en particulier, les événements extrêmes (très éloignés de la moyenne) sont très peu probables.

Dans ces domaines, diversifier l'implantation territoriale des activités est souvent impossible, sinon contraire au but recherché. Les banques, par exemple, préfèrent réunir les centres de traitement, sinon leurs centres de secours, faisant l'hypothèse que, dans des cas extrêmes, des caissons étanches sont aussi protecteurs proches que lointains. Les groupes qui se concentrent mettent souvent au cœur de leur démarche les "synergies" qui naîtront du regroupement des sièges sociaux et de la réduction de coûts fixes qu'ils représentent. Les "économies de club" mettent en avant l'intérêt des rencontres dans un même lieu, pour échanger plus, et plus vite, pour faire naître plus de liaisons, d'opportunités d'affaires.

Cette concentration des activités humaines est à l'origine de catastrophes et en renchérit le coût d'indemnisation. Les plus courantes sont les catastrophes naturelles, comme les crues ou les tempêtes. En France, les inondations du sud de la France de 2003 ont causé près de un milliard d'euros de dommages assurés. À une autre échelle, l'ouragan "Andrew" qui a ravagé la Floride en 1992, a coûté à lui seul 20 milliards de dollars.

D'un point de vue prospectif, les événements potentiellement les plus coûteux en France seraient une crue de la Seine à Paris (dégâts susceptibles d'atteindre 30 milliards d'euros) ou un séisme sur la Côte d'Azur (qui pourrait coûter nettement plus). Une crue de la Seine atteignant le niveau de la crue de 1910 toucherait 880 000 personnes, 170 000 entreprises ainsi que de nombreux centres de décision gouvernementaux, politiques, financiers ou économiques ¹. Les études menées dans les années 1990 estimaient que les désordres toucheraient 50 % de la production d'eau potable, 70 % du trafic du métro et 50 % du trafic RER, pendant trente à cinquante jours, plus de 200 000 abonnés à l'électricité, plus d'un million d'abonnés au téléphone, etc. Des évaluations plus récentes prennent en compte des dommages indirects (altération du fonctionnement d'un grand nombre de services publics, etc.). Mais, encore une fois, ces évaluations ne peuvent réellement prendre en compte le caractère systémique et durable que peuvent avoir certains sinistres.

L'actualité amène à s'interroger aussi sur le risque d'un raz de marée en Méditerranée ou sur l'Atlantique. Le danger est réel ² : en Méditerranée, la convergence des plaques tectoniques africaine et eurasienne crée des séismes sous-marins susceptibles de générer des raz de marée importants. Des catastrophes comme la destruction de Lisbonne en 1755 sont dues à des vagues atteignant des tailles colossales (20 mètres de hauteur).

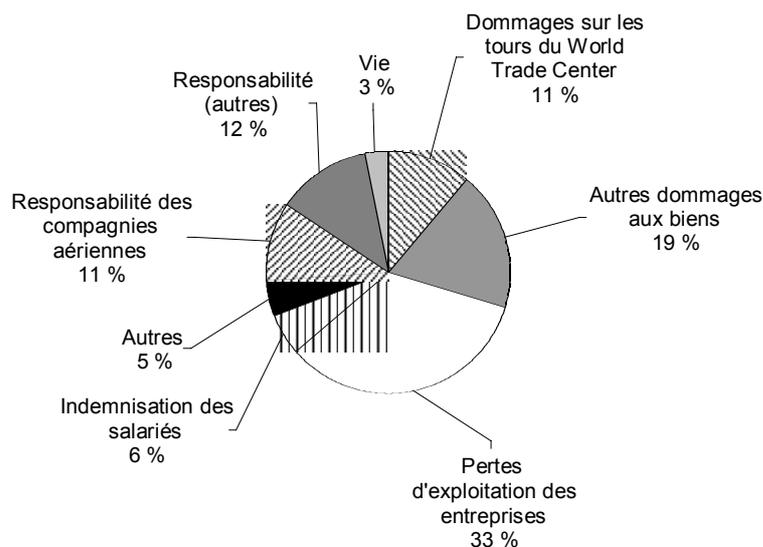
D'autres catastrophes, de type industriel ou terroriste, sont elles aussi renforcées par la concentration des activités. Par exemple, l'explosion d'AZF à Toulouse dépasse de loin le seul risque industriel, puisque l'usine était localisée dans la ville et que les riverains ont été touchés dans un rayon de plusieurs kilomètres. À une autre échelle, l'attentat du 11 septembre 2001 est un événement qui touche simul-

(1) Voir Roche, 2004

(2) Voir Bernard, 2005.

tanément toutes les branches de l'assurance : destruction des plus hautes tours de New York, assurance-décès de travailleurs à fort capital humain, responsabilité civile des compagnies aériennes, suspension de l'activité de Wall Street, pertes d'exploitation.

Graphique n° 4 : Les dégâts assurés des attentats du 11 septembre 2001, par ligne d'assurance



Coût total des dégâts assurés : 32,5 milliards de dollars

Source : Hartwig, 2004

Ces grands risques sont de nature systémique ¹. Une compagnie qui assurerait à la fois les dommages des tours du World Trade Center, les victimes et les compagnies aériennes se verrait confrontée à un risque de cumul : de nombreux risques se réalisent en même temps et leur diversification en est d'autant plus malaisée, sinon impossible. De fait, les compagnies les plus touchées par les attentats du 11 septembre (Berk Hath, Lloyd's et Swiss Re) doivent faire face à des pertes atteignant 2,3 à 2,4 milliards de dollars (Hubbard et Deal, 2004). Les attentats du 11 septembre, avec leurs conséquences financières, ont donné l'exemple d'une crise majeure ayant des conséquences aussi bien sur le passif que l'actif des compagnies d'assurance. Selon Albouy (2002), *"Les pays riches concentrent plus de valeur ajoutée au kilomètre carré que jamais et cette concentration s'amplifiant explique l'ampleur et l'augmentation incessante des montants des grandes catastrophes. Malgré les efforts faits pour identifier de nouveaux risques et les transférer, l'éventualité de sinistres majeurs ne s'éloigne pas."* Notons cependant que la très bonne résistance du marché français, et la relativement bonne résistance du marché mondial de l'assurance et de la réassurance, constituent cependant un exemple de la relative faiblesse du risque systémique en assurance.

(1) Michel-Kerjan (2003) parle d'"hypercorrélation" des risques.

D'un point de vue prospectif, parmi les scénarios envisagés par le pool du Bureau commun d'assurances collectives (BCAC), concernant uniquement les assurances-vie collectives (hors contrats individuels), on peut citer :

- un accident d'avion du type du crash de l'Airbus du Mont Sainte-Odile, avec une capacité trois fois supérieure : 25 millions d'euros ;
- un attentat du type du 11 septembre 2001, contre le Stade de France, lors d'un match du tournoi des six nations : 200 millions d'euros ;
- une attaque biochimique dans une ville de 150 000 habitants (400 morts) : 40 millions d'euros ;
- l'attaque d'un site nucléaire, La Hague (500 victimes) : 50 millions d'euros.

La concentration des activités et des personnes, élément essentiel du risque de cumul, est une tendance qui devrait se renforcer dans les années à venir. Urbanisation et littoralisation structurent en effet le développement économique. À l'avenir, malgré certaines forces susceptibles de freiner la polarisation des activités économiques, la périurbanisation, la concentration des activités industrielles et le rôle moteur des villes devraient se poursuivre (Morvant, 2004). La concentration est source d'efficacité économique et, si les grandes catastrophes venaient à se multiplier, un nouvel arbitrage entre efficacité économique et sécurité est susceptible de monter en puissance, aux côtés de l'arbitrage concernant l'aménagement du territoire entre efficacité économique et équité spatiale.

Le risque terroriste

Le risque terroriste apparaît comme l'archétype des risques extrêmes. Kunreuther, Michel-Kerjan et Porter (2003) comparent ainsi risque terroriste et catastrophes naturelles. Alors que l'on dispose de données historiques, même limitées, pour les événements naturels, il n'en existe pas pour des événements de l'ordre du 11 septembre 2001. Alors que les risques naturels sont correctement spécifiés, les risques terroristes restent très ambigus (les terroristes peuvent adapter leur stratégie et leurs armes en fonction de leurs objectifs et de leur information sur la vulnérabilité des sites). Les catastrophes naturelles sont généralement localisées sur certaines aires géographiques, alors que les terroristes peuvent agir n'importe où ; les événements naturels ne dépendent pas de l'action humaine, alors que le terrorisme peut être influencé par l'action des États, la coopération internationale, etc.). Il est plus aisé de se prémunir contre les catastrophes naturelles dont les effets sont assez connus, que contre le terrorisme. Autant d'éléments qui font des événements extrêmes des risques particulièrement dangereux, susceptibles de provoquer des dégâts qui dépassent la capacité de remboursement des assurances.

Encore faut-il noter que ces analyses ne prennent en compte que l'effet premier de l'acte terroriste. Or, le second *round effect* du terrorisme est peut-être plus important encore que le premier. Ainsi, la figure actuelle de l'hyper-terrorisme à laquelle l'occident est exposé depuis le 11 septembre 2001, celle du fondamentalisme islamique, une figure qui peut s'étendre, est la simultanéité. Il ne s'agit pas seulement de frapper dans un grand centre, mais de frapper en même temps dans plusieurs lieux de ce même centre. La conséquence en est que l'onde de choc est plus forte au centre, plus répandue ensuite et plus durable. La fragilisation qui en résulte pour les activités de commerce, d'échange, pour les valorisations des patrimoines, des immeubles, est ainsi très forte. Le nouveau terrorisme est aussi à effet retard.

3. La montée des risques par l'instabilité juridique

L'émergence d'un "droit à indemnisation" dans le système juridique français a eu des conséquences profondes sur le cadre légal de l'assurance de responsabilité civile (assurance RC, voir encadré) en y introduisant un aléa de revirement de jurisprudence. Cette instabilité juridique touche aussi bien la définition de la responsabilité que le droit des contrats. Ainsi, les revirements de jurisprudence ont modifié de manière rétroactive – et significative – la portée des engagements des assureurs.

Fonctionnement de l'assurance RC

La responsabilité se décompose en deux types majeurs : la responsabilité pénale, d'ordre public, engagée par la transgression de lois ou règlements, et la responsabilité civile, permettant de déterminer dans quelles circonstances une personne, victime d'un dommage causé par un tiers, peut en demander réparation. En France, seule la responsabilité civile constitue le champ assurable de la responsabilité.

L'engagement de la RC s'articule autour de divers éléments d'appréciation : le fait générateur du dommage (ou fait dommageable), le dommage, la réclamation de la victime, l'établissement de la dette, et le paiement. Son appréciation, telle qu'elle est envisagée dans les contrats d'assurance RC, peut suivre deux logiques, l'une dite du "fait générateur," et l'autre "en base réclamation," qui se différencient par l'étendue de la garantie dans le temps.

D'une part, l'assurance en base "fait générateur" est la forme la plus classique de l'assurance RC. Elle consiste à assurer le client pour un fait dommageable de sa responsabilité, produit (mais non nécessairement observé) entre la date d'effet du contrat et sa résiliation. La situation contractuelle liant l'assureur et l'assuré reste par la suite figée à ce qu'elle était au moment où l'activité à l'origine du dommage a été exercée.

D'autre part, l'assurance en base "réclamation" a été développée par les assureurs afin de limiter leur exposition au risque puisqu'elle ne garantit que les réclamations présentées pendant la période d'assurance et se rapportant à des faits dommageables situés dans cette même période. Les assureurs, par le biais de clauses dites "claims made," se prémunissent ainsi contre l'éventualité de devoir assumer des indemnités coûteuses en vertu de contrats résiliés depuis longtemps, et dont ils ne provisionnent plus les risques afférents.

Le droit des contrats d'assurance s'était trouvé fragilisé par la jurisprudence de 1990 établie par la Cour de cassation à l'encontre des contrats en base réclamation (voir encadré), invalidant les clauses de limitation de la durée de garantie. Aux yeux des autorités judiciaires, seul le fait générateur devait être pris en compte dans la mise en œuvre de la RC. Or cette jurisprudence ambiguë (les contrats en base réclamation n'étant pas interdits par le législateur), créait un flou juridique handicapant autour des engagements contractuels de l'assureur.

Toutefois, la loi du 1^{er} août 2003 sur la sécurité financière a remédié à cette insécurité juridique en offrant une option conditionnelle entre les deux critères de fait générateur et de base réclamation pour le déclenchement de la garantie. Le choix entre ces deux critères est autorisé dans les contrats d'assurance des risques professionnels, les autres types de contrats devant se plier à la règle du fait dommageable. La loi fixe en outre les obligations minimales de garantie liées aux contrats en base réclamation : ils doivent couvrir, après résiliation du contrat, les événe-

ments survenus pendant la période de garantie mais non déclarés, ou les événements survenus après la date de résiliation, seulement pendant une période de garantie subséquente dont la durée doit être supérieure ou égale à 5 ans.

D'autres décisions de justice montrent la tendance du système judiciaire à réinterpréter la notion de responsabilité au profit de l'indemnisation des victimes sans mise en perspective des conséquences économiques pour les assureurs et donc de la pérennité du système. D'une part, la dilution de la notion de faute fait émerger le principe de responsabilité objective comme justification d'une indemnisation de la victime, et d'autre part, la redéfinition ex-post de la responsabilité de l'employeur a fortement accru les montants de sinistres potentiellement couverts par les contrats d'assurance.

L'engagement de la RC est censé être conditionné à la preuve d'une faute de la part du responsable. Or des procès concernant le problème de la responsabilité médicale ont révélé une inclination du juge, suivi par le législateur, à raisonner sur la base d'une responsabilité sans faute, objective, engagée par le simple fait du risque inhérent à l'activité dont profite le responsable (comme dans l'arrêt Perruche, voir encadré). Dans l'affaire du sang contaminé, on a ainsi conclu à la responsabilité des centres de transfusion impliqués dans la transmission du virus du SIDA dans des cas où ils ne pouvaient pourtant pas détecter ce virus ¹. Pour les assureurs concernés, l'impact de ce revirement est considérable, le montant des indemnisations réclamées étant estimé à 2,3 milliards d'euros au total ².

L'élargissement de la notion de faute : l'arrêt Perruche *

L'arrêt Perruche, rendu par la Cour de cassation le 17 novembre 2000, a condamné un médecin et un laboratoire d'analyses biologiques pour une erreur de diagnostic ayant dissuadé Mme Perruche de recourir à une IVG alors qu'elle avait contracté la rubéole, donnant ainsi naissance à un enfant gravement handicapé.

Cet arrêt a innové à double titre. D'une part, sur le plan de la responsabilité médicale, il affirme qu'une simple présomption de causalité suffit pour exiger une indemnité de la part du responsable, introduisant par là une obligation de résultat en matière d'examens médicaux, et non plus seulement de moyens de la part des médecins. D'autre part, l'arrêt Perruche reconnaît le droit à une personne née handicapée – et non plus uniquement à ses parents – d'être indemnisée sur la base d'un préjudice personnel. Ces deux dimensions ouvraient alors la voie à une explosion des recours de la part des personnes handicapées et de leurs familles contre le corps médical et ses assureurs. À titre indicatif, les sommes en jeu dans le cas Perruche avoisinaient les 900 000 euros.

Une interprétation aussi radicale du droit à réparation a été rapidement atténuée par le dispositif "anti-Perruche" inclus dans la loi du 4 mars 2002, et marginalisée par la précision législative des frontières de la RC médicale. L'indemnisation accordée à Nicolas Perruche devrait donc rester exceptionnelle.

(*) D'après "Que reste-t-il de l'arrêt Perruche ?", *EcoGest@actu*, n° 17, mai 2003

(1) *Civ.I*, 12 avril 1995, *Bull. Civ.I*-n° 179.

(2) *Estimation de la Société hospitalière d'assurances mutuelles*.

La prise de conscience politique du caractère économiquement insoutenable de telles jurisprudences a ainsi débouché sur la loi Kouchner (4 mars 2002), aménagée par la loi About (30 décembre 2002). Elles ont établi clairement la prise en charge par la solidarité nationale de l'indemnisation des préjudices relevant de la responsabilité objective du corps médical (responsabilité sans faute du fait de l'aléa thérapeutique). Néanmoins, l'obligation faite aux médecins et établissements de soins de contracter une assurance RC couvrant leur responsabilité pour faute, s'est traduite jusqu'ici par un retrait des assureurs de certaines spécialités à risques (anesthésistes, obstétriciens...) ou par un découragement des médecins d'exercer, face à l'élévation considérable du niveau de leurs primes d'assurance.

Par ailleurs, devant l'apparition de sinistres sériels dans le domaine du travail, nécessitant une indemnisation de masse, les frontières de la responsabilité civile des employeurs ont été, elles aussi, revisitées par la jurisprudence. Cette dernière a ainsi redéfini en 2002 la notion de faute inexcusable, couverte depuis 1987 par les contrats d'assurance (*voir encadré*).

Modification de la définition de la "faute inexcusable" : le dossier de l'amiante

Par les arrêts du 28 février 2002 rendus suite à des demandes d'indemnisation consécutives à des maladies professionnelles liées à l'amiante, la Chambre sociale de la Cour de cassation a apporté une modification substantielle à la définition de la faute inexcusable. Un arrêt de 1941 l'avait en effet définie par deux éléments capitaux : une faute d'une gravité exceptionnelle, commise alors que l'employeur avait pleine conscience du danger. Si la nouvelle jurisprudence reprend ces deux points, elle leur ajoute la notion "d'obligation de sécurité de résultat" qui pèse sur l'employeur envers ses salariés" en vertu du contrat de travail" qui les lie.

Cette nouvelle définition, élargissant la notion et consacrant une obligation de résultat en matière de sécurité du travail, devrait faciliter l'invocation de la faute inexcusable et permettre ainsi d'indemniser un plus grand nombre de victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail. Devoir couvrir après coup des événements initialement exclus du contrat et touchant des victimes multiples fait planer une lourde menace sur le bilan des assureurs. Ce risque est accentué par celui, déjà évoqué, de voir autorisées, sur le schéma américain, les procédures collectives devant les tribunaux ou les dommages et intérêts punitifs.

L'intervention de l'État peut alors s'avérer nécessaire pour aider les entreprises à faire face et à préserver la stabilité économique. Par exemple, aux États-Unis, on discute depuis quelques mois de la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante géré par le gouvernement fédéral et alimenté par les entreprises responsables et leurs assureurs. Ce fonds, qui pourrait avoisiner les 140 milliards de dollars, permettrait de fixer une fois pour toutes le montant des indemnités qui seront versées au titre de l'amiante. On éliminerait ainsi l'épée de Damoclès qui pèse sur les bilans des assureurs américains, susceptibles d'avoir trop peu provisionné le montant des dommages à leur charge.

Ainsi, on observe une large déconnexion entre la logique judiciaire, imprégnée du souci de trouver un responsable solvable pour indemniser la victime, et la

logique économique, faite des contraintes de gestion des assureurs, sachant que cette dernière est décisive pour assurer la croissance, et donc la prise de risque, en spécifiant ceux qui relèvent de l'assurance et ceux de l'activité d'entreprise. Or une telle instabilité du cadre juridique, tempérée ponctuellement par le législateur, est non seulement contraire au principe de sécurité juridique établi par le droit communautaire européen, mais elle compromet aussi l'assurabilité de certains risques.

4. L'État face au risque catastrophe

Les trois facteurs de fragilisation précédents suivent la même logique : un choc externe, grave et imprévu, limite la diversification des risques, remet en cause les calculs actuariels des assureurs et met à mal le système d'assurance en le portant au-delà de ses capacités. L'État est alors concerné dans son rôle d'assureur et réassureur en dernier ressort.

4.1. Les limites de la diversification

Les catastrophes ne sont pas seulement très coûteuses. Elles sont aussi rares, ce qui les rend difficiles à probabiliser. En outre, elles touchent simultanément de nombreuses personnes et de nombreux biens, ce qui limite la possibilité de diversification des assurances. En conséquence, elles peuvent mettre très fortement en péril la santé financière des assureurs. Tout d'abord, ces événements étant rares, il est très difficile d'établir avec précision leur probabilité et les montants des sinistres, ce qui rend problématique la tarification de l'assurance. Mais ce qui fait de ces événements rares et difficilement probabilisables de véritables catastrophes, c'est la concentration géographique des richesses et des personnes. La concentration croissante et multiforme (économique, politique, financière, de recherche...) va souvent de pair avec celle des risques (*cf.* 2.).

Ensuite, cela rend les risques peu diversifiables et met en péril la mutualisation, base même du mécanisme d'assurance. La concentration géographique et l'effet de cumul, déjà évoqués, ont pour conséquence l'ouverture simultanée de droits à indemnisation pour beaucoup de victimes, y compris parfois sur de nombreux segments d'activités de l'assurance. La concentration n'est pas l'unique responsable de la non-diversification. L'exemple du tsunami qui a touché les côtes de plusieurs pays d'Asie et même d'Afrique le 26 décembre 2004 montre qu'une source unique (un séisme sous-marin) peut engendrer des dégâts à des milliers de kilomètres de distance.

De tels risques catastrophiques sont très difficiles à modéliser. L'assureur doit pourtant évaluer un risque donné pour décider de l'accepter ou de le refuser, pour exiger des conditions en matière de sécurité, pour adapter un contrat, et pour le tarifier. Or, si on peut assortir certains événements catastrophiques d'une probabilité, il est bien plus délicat d'évaluer le montant des dommages que ceux-ci causeront. On peut ici faire appel à la théorie des valeurs extrêmes, qui fournit un outil pour encadrer une estimation du montant maximal des pertes (Chavez-Demoulin et Roehrl, 2004). Les valeurs extrêmes possibles ainsi obtenues sont généralement plus élevées que celles calculées par les approches statistiques traditionnelles.

Toutefois, les modèles élaborés grâce à l'EVT (*Extrem Value Theory*) sont fragilisés par un environnement changeant qui influence les hypothèses sur lesquelles ils se fondent afin d'extrapoler des observations sur longue période.

Les difficultés de modélisation ne viennent pas que des risques extrêmes. Même des risques connus et courants peuvent être difficiles à probabiliser, s'ils concernent un avenir assez lointain. Le vieillissement de la population semble être un phénomène anticipé avec précision. Pourtant, les assureurs-vie ont du mal à anticiper les progrès démographiques et les allongements des durées de vie, alors même que le risque de longévité est pour eux l'un des plus importants. En particulier, la plupart des tables de mortalité utilisées sont transversales (c'est-à-dire calculées sur les nombres de décès observés dans le passé, en l'occurrence en 1988). Elles ne permettent en aucune façon de prévoir la mortalité future. L'utilisation des tables de mortalité prospectives commence à apparaître en France, ce qui permet de corriger la table TPRV (table pour rente viagère) dont la construction peut paraître peu robuste. Les Belges ont ainsi pu sauver récemment de la faillite certains organismes de retraite qui avaient fortement sous-estimé la probabilité de forte longévité de leurs clients. Ce problème risque également de se produire en France, avec des conséquences difficilement imaginables.

4.2. Les contraintes de capacité financière des assurances

Face à ces catastrophes graves et non diversifiables, quelles sont les capacités de l'assurance et de la réassurance française et internationale ? Au niveau mondial, les sinistres récents les plus coûteux pour les assureurs sont les suivants : les attentats terroristes du 11 septembre 2001 (32,5 milliards de dollars selon les évaluations de juillet 2004 ¹⁾ ; l'ouragan "Andrew" qui a touché la Floride et la Louisiane en 1992 (20 milliards) ; le tremblement de terre de Northridge aux États-Unis en 1994 (16 milliards). Selon la FFSA, les capacités mondiales pour le risque catastrophes sont estimées à 18 milliards d'euros pour 2004.

Face à de tels risques, les capacités des assurances apparaissent évidemment limitées. Le gouvernement américain prend cette question au sérieux et considère "qu'une catastrophe ou une série de catastrophes plus graves (que la série de cyclones de 2004) pourraient sévèrement bouleverser les marchés d'assurance et imposer des coûts aux gouvernements, aux entreprises et aux individus." (GAO, 2004) En France, les primes collectées annuellement par l'assurance de dommages sont d'environ 46 milliards d'euros, mais la majorité d'entre elles est destinée à des risques facilement diversifiables (dont les sinistres sont nombreux et peu coûteux) tels l'assurance automobile. Les capacités d'intervention de l'assurance française en ce qui concerne les catastrophes naturelles se limitent en fait en 2003 à un peu plus de 3 milliards d'euros (primes de l'année plus provisions d'égalisation de la CCR). Au-delà, c'est à l'État d'intervenir par la garantie qu'il apporte à la CCR. Concernant le risque tempête, les capacités du marché sont d'environ 5 à 6 milliards d'euros (assurance et réassurance). Les fonds propres des assurances de

(1) Voir Hartwig, 2004.

dommages françaises s'élèvent à 28 milliards d'euros. Bien entendu, l'ensemble de ces fonds propres ne peut pas être attribué à des catastrophes. En outre, la quantité de fonds propres qu'une assurance peut attribuer à un événement exceptionnel sans risquer la faillite reste évidemment limitée.

4.3. L'État et la solidarité nationale

Les facteurs de fragilisation de l'assurance sont donc nombreux, à moins que la société ne soit disposée à payer les conséquences de la hausse des indemnités en assumant des niveaux de primes beaucoup plus élevés. Evidemment aussi, en cas de catastrophe majeure, l'État interviendrait. Mais on voit bien les deux dynamiques de grands risques auxquelles il s'expose, dynamiques interdépendantes d'ailleurs, s'il ne fait rien.

Le risque catastrophe. C'est le plus évident. C'est par exemple le financement total par l'État d'une catastrophe de 30 milliards d'euros (crue de la Seine à Paris par exemple) qui représenterait ainsi 1,9 % du PIB. Les garanties apportées par l'État à la CCR jouent généralement lorsque le montant des indemnités à charge de la CCR dépasse 90 % des réserves constituées. En 2004, le seuil prévisionnel d'intervention de l'État était de 257 millions d'euros s'agissant des risques exceptionnels de transport et risques nucléaires et de 654 millions d'euros pour les catastrophes naturelles ¹. L'exposition totale de l'État sur les risques qu'il couvre explicitement et implicitement est difficile à évaluer (la LOLF, en instituant une nouvelle comptabilité de l'État, plus complète, devrait permettre à terme de mieux cerner les engagements de l'État, au travers de la norme comptable n° 13). Si le secteur de l'assurance se trouvait en difficulté, le sauvetage de compagnies d'assurance (pour protéger les assurés qui sont leurs clients) pourrait s'avérer très cher (à titre de comparaison, les opérations de soutien des banques américaines lors de la crise des *savings and loans* ont coûté à l'État américain 1,3 % du PIB en moyenne sur les années 1988-1991) ².

Les montants en jeu, particulièrement élevés, montrent qu'une gestion des risques par l'État est nécessaire, tant pour la santé du secteur des assurances que du point de vue des finances publiques. Il n'est pas sûr que le système ait les capacités nécessaires pour faire face à une succession de dommages, éventuellement plus élevés que ceux des dernières années. Par exemple, suite aux tempêtes de décembre 1999, alors même que la grande majorité des dégâts a été prise en charge par le secteur privé (6,5 milliards d'euros d'indemnités versés au titre de la garantie tempête, qui ne dépend pas de Cat. Nat.), la CCR n'avait pas de provisions suffisantes pour faire face aux 380 millions d'euros remboursés au titre de Cat. Nat. : il a fallu avoir recours à la garantie de l'État.

Le risque sériel. Il s'agit du risque très grave, on l'a vu, de la spirale risque-indemnité-instabilité juridique. Les montants en jeu sont énormes. Dans le cas de

(1) *Compte général de l'administration des Finances, 2003.*

(2) *Voir BRI, 1993.*

l'amiante, il est très difficile de faire une estimation. Cependant, si on part de l'hypothèse que 50 000 à 100 000 personnes pourraient décéder d'ici vingt ans de pathologies liées à l'inhalation de fibres d'amiante, et sachant que le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) verse en moyenne 140 000 euros par cancer, les montants en jeu peuvent être de l'ordre de 7 à 14 milliards d'euros (sans compter que le FIVA ne prend à sa charge que les compléments d'indemnisation, et que nous nous restreignons ici aux cancers, alors que d'autres maladies moins graves sont également causées par l'amiante).

L'État est donc concerné à un double niveau. D'une part, on voit combien le rôle des autorités de régulation et de contrôle est essentiel pour éviter la fragilisation des assurances et l'érosion de leur solvabilité. D'autre part, les montants qu'il garantit explicitement en tant que réassureur en dernier ressort (catastrophes naturelles...) ou implicitement en tant qu'assureur en dernier ressort (prise en charge de risques nouveaux, voire sauvetage d'assurances en difficulté) sont potentiellement très élevés. Ils sont même susceptibles de croître, si les montants en jeu et leur incertitude augmentent et si les assureurs se retirent de certains risques.

CHAPITRE 4

Le risque de fragilisation financière

Les assureurs sont soumis à des risques financiers multiples, en raison du montant des actifs qu'ils gèrent, en particulier en assurance-vie. Même si les dynamiques de risques étudiées plus haut concernent essentiellement les assureurs non-vie, il semble utile d'analyser les enjeux financiers auxquels est confrontée l'assurance-vie, du fait que la plupart des assureurs ont les deux types d'activité. En outre, les assureurs non-vie sont confrontés aux mêmes enjeux, même si leurs placements sont moins importants en volume et si, à court et moyen termes, leurs risques financiers sont plutôt liés à leur *cash-flow*.

Certains risques, inhérents aux placements financiers traditionnels (risque de taux, risque action, risque de *mismatch*), sont bien connus des entreprises d'assurance mais suscitent encore des aléas de gestion et les soumettent au risque des marchés financiers. D'autres, provenant de l'architecture financière des sociétés d'assurance (liens de réassurance, conglomérats financiers), d'innovations dans les produits financiers (dérivés de crédit) ou dans la régulation du secteur émergent seulement et l'adaptation de la régulation du secteur n'est pas encore totalement aboutie. Il faut noter, de surcroît, que des risques non financiers par nature, décrits dans les parties précédentes, peuvent également affecter la santé financière de l'assurance en alourdissant son passif (indemnités fortes mais imprévues, comme dans le cas de l'amiante), même par le biais d'un simple effet d'annonce susceptible d'affecter la valorisation de la société. Ainsi, le risque financier a beau faire figure de terrain connu, ses déterminants peuvent évoluer et ses conséquences, même rares, peuvent être radicales, comme le montre l'exemple de la crise japonaise.

**Tableau n° 1 : Actif des 14 premiers assureurs en France
selon le chiffre d'affaires**

	Actif consolidé 2003 (milliards d'euros)	CA consolidé 2003 (milliards d'euros)
AXA	449,2	67,3
CNP	167,3	19,5
AGF	107,0	16,1
Prédica	90,1	10,7
Groupama	67,3	12,7
BNP Paribas Assurance	67,1	9,1
Aviva	50,4	4,4
Sogecap	41,0	5,9
La mondiale	25,5	3,8
MMA	24,5	4,3
Assurances du Crédit Mutuel	20,7	4,9
Azur-GMF	19,4	4,0
Generali-Assurances France	14,3	9,6
Macif	13,1	3,8

Sources : comptes consolidés des sociétés citées

Or, les compagnies d'assurance constituent la majorité des dix premiers gestionnaires d'actifs en France. Les trois premiers assureurs français en terme de chiffre d'affaires en 2003 géraient ainsi respectivement 388 (Axa ¹), 156 (CNP) et 90 (AGF) milliards d'euros au 31 décembre 2003. Ces actifs relèvent pour une grande part de l'assurance-vie, activité qui gère des stocks de capitaux à horizon de long terme. De ce fait, le secteur de l'assurance tend à jouer un rôle de stabilisateur du système financier en tant que pourvoyeur de capitaux longs. Il comporte pourtant des vulnérabilités propres à toute activité financière. Leur mise en cause pourrait non seulement nuire à la soutenabilité des engagements contractés auprès des assurés mais aussi, à l'extrême, exercer des répercussions négatives sur l'ensemble du système financier.

Les assureurs connaissent tous ces risques. Ils ont mis en place, depuis plusieurs années, des protections. Cependant, la plupart des assureurs français sont restés mal couverts contre les risques d'actifs jusqu'en 2003, en raison de l'interdiction qui leur était faite par le régulateur d'acquiescer des produits dérivés. Tel n'est plus le cas. Le risque de taux, le risque action ou le risque de *mismatch* demeurent individuellement dangereux pour les sociétés d'assurance, quels que soient les progrès accomplis en termes de gestion financière. Toutefois, ces risques peuvent décupler leurs effets en se conjuguant dans un scénario de déflation généralisée, à l'instar de ce qui s'est produit au Japon à la fin des années 1990. En

(1) AXA, rapport annuel 2003, hors actifs gérés pour compte de tiers.

effet, lorsque actions, obligations et immobilier se déprécient simultanément, le risque des portefeuilles d'actifs n'est plus diversifiable, d'autant moins si la déflation s'étend au cadre international (États-Unis par exemple). Enfin, les risques systémiques qui se profilent aujourd'hui pourraient demain, faute d'un contrôle adéquat, entraîner des difficultés en chaîne chez les assureurs. En définitive, les scénarios de crise financière ou systémique déboucheraient sur une crise sectorielle et une atrophie assurancielle, préjudiciable à l'activité économique dans son ensemble.

1. Leviers traditionnels de crise financière de l'assurance

Le bilan d'une société d'assurance présente une originalité liée au cycle de l'activité d'assureur. En effet, la société d'assurance collecte les primes de ses assurés en prévision d'une charge future (indemnisation d'un sinistre ou versement de capitaux). Ainsi, à l'actif figurent les sommes collectées investies dans des produits financiers ou immobiliers. Au passif apparaissent les dettes que la société a contractées envers ses assurés, comptabilisées sous forme de provisions. Le décalage temporel entre la collecte des cotisations et la matérialisation des engagements de l'assureur implique le placement des sommes collectées jusqu'à leur versement sous forme de prestation aux assurés. Les profits dégagés de ces investissements contribuent à couvrir les risques, en complément des cotisations demandées.

Dans les branches de l'assurance dans lesquelles les sinistres surviennent en moyenne plusieurs années après la conclusion des contrats – l'assurance-vie au premier chef – la rémunération des investissements entre pour une large part dans les sommes attribuées aux assurés. En effet, dans l'assurance-vie, les capitaux collectés sont destinés à être reversés à long terme à l'assuré ou à ses ayants droit. La plupart des contrats d'assurance-vie (contrats en euros) garantissent en outre le capital et une rémunération minimale qui seront reversés à l'assuré. La gestion financière de cette masse de capitaux, en regard des engagements contractés, constitue ainsi une partie essentielle de l'activité de l'assureur-vie. La branche de l'assurance-vie est donc particulièrement vulnérable aux risques financiers que nous allons décrire.

Cet enjeu particulier dans l'assurance-vie se reflète dans le montant total des placements gérés par les sociétés d'assurance-vie et mixte, six fois supérieur en France à celui des sociétés non-vie (617 contre 101 milliards d'euros en 2003, voir les tableaux n° 2 et n° 3). En comparaison, les fonds propres des sociétés d'assurance françaises s'élèvent respectivement à 80 et 46 milliards d'euros. En terme de structure de placement, les principales expositions concernent le risque action et le risque de taux ; le risque immobilier a été fortement réduit ces dernières années : selon les statistiques de la FFSA, la part des produits immobiliers dans le total des placements des assureurs est passée de 14,8 % en 1986 à 3,2 % en 2003 dans la branche vie (UC compris), et de 17,7 % à 8,4 % dans la branche dommages.

Tableau n° 2 : Structure des placements hors unités de compte des sociétés d'assurance-vie et mixte contrôlées par la CCA (valeur de bilan, répartition en pourcentage)

Années	Total hors UC (millions d'euros)	Obligations (%)	Actions (%)	Immobilier (%)	Prêts (%)	Dépôts et autres placements (%)
1995	316 732	78,6	11,2	5,3	2,4	2,5
1996	382 064	80,4	10,2	4,7	2,5	2,2
1997	444 353	81,2	10,8	3,7	2,3	1,9
1998	482 378	80,9	11,5	3,8	2,0	1,8
1999	519 689	81,1	11,9	3,7	1,7	1,7
2000	557 127	79,8	13,4	3,8	1,6	1,5
2001	604 032	79,8	13,4	3,7	1,7	1,4
2002	651 383	80,5	13,2	3,6	1,6	1,2
2003	616 875	81,7	12,2	3,1	1,6	1,4

Source : CCA, calculs Commissariat général du Plan

Tableau n° 3 : Structure des placements des sociétés d'assurance non-vie contrôlées par la CCA (valeur de bilan, répartition en pourcentage)

Années	Total (millions d'euros)	Obligations (%)	Actions (%)	Immobilier (%)	Prêts (%)	Dépôts et autres placements (%)
1995	68 610	44,6	30,0	14,9	3,5	7,0
1996	74 927	48,2	28,4	13,5	2,5	7,4
1997	79 618	51,2	28,2	12,3	2,5	5,8
1998	84 426	50,6	31,3	11,1	2,2	4,9
1999	90 612	50,1	32,1	10,5	2,4	4,9
2000	92 316	49,3	32,8	10,4	2,4	5,2
2001	96 061	50,8	31,8	9,4	2,4	5,6
2002	98 659	52,3	30,4	9,4	2,2	5,6
2003	101 058	52,2	31,8	8,5	2,3	5,2

Source : CCA, calculs Commissariat général du Plan

1.1. Le risque de "mismatch"

Le risque de "mismatch" est le risque financier principal de l'activité de l'assurance. Il se concrétise par une inadéquation, ou *mismatch*, entre le rendement des placements à l'actif et les engagements contractés au passif. En effet, l'enjeu de la gestion financière des assureurs consiste à faire correspondre les profits retirés de la gestion d'actifs avec les sommes à verser aux assurés. La gestion d'actifs contribue ainsi à équilibrer les résultats des sociétés d'assurance. Le risque de *mismatch* peut reposer sur des supports différents (actions, taux...) selon la situation du marché financier et la fiabilité des instruments qui s'y développent. Il fait peser un risque majeur sur les fonds propres, dans lesquels il faudra puiser pour faire face aux engagements. Toutefois, les assureurs-vie ont développé ces dernières années des méthodes de gestion actif-passif de plus en plus perfectionnées visant à ajuster la composition des portefeuilles d'actifs en fonction des dates d'échéance des engagements au passif, permettant de mieux maîtriser ce risque de *mismatch*.

1.2. Le risque de baisse des marchés action

Les actions octroient un rendement global (dividendes + valorisation) nettement supérieur, sur longue période, à celui des obligations, ce qui justifie que les assureurs les intègrent dans leur portefeuille d'actifs. En contrepartie, les marchés actions se distinguent par une forte volatilité. Or la baisse des marchés actions nécessite l'inscription au passif des assureurs de provisions pour dépréciation à caractère durable. Suite au dégonflement en 2000 de la "bulle" Internet puis à la chute du CAC 40, certains assureurs ont ainsi dû passer fin 2002 d'importantes provisions, parfois à hauteur de plusieurs fois leur résultat net.

Sur un horizon plus vaste, la crise financière en œuvre depuis l'an 2000¹ a touché tous les acteurs de l'assurance dans la plupart des pays industrialisés, à la fois au passif dans la valeur de leurs propres titres, lorsqu'elles sont cotées, et à l'actif par une diminution de la valeur de leurs placements. Les conséquences pour l'assurance-dommages, où les produits financiers avaient largement contribué au résultat des sociétés à la fin des années 1990, ont consisté en un relèvement significatif des cotisations d'assurance. L'indice des primes du Lloyd's non maritime montre ainsi l'évolution cyclique des taux de prime de l'assurance non-vie² : de 100 au point haut de 1994, la tendance s'est retournée à la baisse jusqu'au point bas de 1999 à 58 pour croître à nouveau dès 2000. En 2002, la pente haussière se maintenait avec un indice à 96.

Dans l'assurance-vie, les portefeuilles sont moins exposés au risque action : en France, en 2000, les actions représentaient 13,4 % des placements en valeur de bilan pour les sociétés d'assurance-vie et mixte contre 32,8 % pour les sociétés d'assurance non-vie (voir tableaux n° 2 et n° 3). Les répercussions des évolutions boursières ont donc varié dans ce secteur selon les législations en vigueur, les problèmes majeurs se situant dans le cas des contrats à taux garantis élevés, qui n'ont plus pu être rémunérés par les rendements des marchés (Japon, Suisse). En France, la rémunération des contrats d'assurance-vie ayant une forte composante variable, les assureurs n'ont pas été confrontés à ce genre de difficultés. Dans le secteur de la réassurance, enfin, la baisse de la valeur de marché de certains groupes a dépassé, en valeur absolue, leur exposition aux attentats du 11 septembre. La réduction de capacité ainsi générée s'est traduite par une augmentation de prix.

1.3. Le risque de taux

La gestion de taux se définit juridiquement comme l'ensemble d'opération(s) tendant à structurer les engagements et actifs inscrits au bilan et hors bilan, de façon optimale au regard de la situation et des perspectives des taux d'intérêt. Concrètement, il s'agit d'investissements dans des actifs de nature obligataire, générant un flux financier régulier. Par son importance quantitative au sein des

(1) FFSA, L'Assurance française en 2002.

(2) Swiss Re, Sigma, n° 4, 2002.

portefeuilles des sociétés d'assurance-vie et mixte (plus de 80 % du total en 2003, voir tableau n° 2), et en raison des engagements spécifiques aux contrats d'assurance-vie (l'assureur ne peut pas modifier les conditions techniques du contrat pendant sa durée), la gestion du risque de taux prend une importance cruciale dans le secteur de l'assurance-vie.

L'assurance-vie en France

Sous divers supports contractuels, l'assurance-vie en France est souscrite individuellement ou par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association. Elle permet la constitution d'une épargne et le versement de celle-ci sous forme de capital, ou de rente si la personne assurée est en vie au terme du contrat. Ces contrats reposent sur la capitalisation viagère et financière de l'épargne constituée.

Pour les contrats traditionnels en euros (83 % du chiffre d'affaires de l'assurance-vie et capitalisation en 2003), le capital est garanti et sa rémunération repose sur un pourcentage (variable selon le stade d'exécution du contrat) du taux moyen des emprunts d'État au moment du versement, plus la participation aux bénéfices réalisés dans la gestion d'actifs, au-delà du taux minimum garanti. En revanche, les contrats en UC (17 % du chiffre d'affaires de l'assurance-vie et capitalisation en 2003) voient leurs garanties exprimées en référence à une ou plusieurs unités de compte (ex. : actions de sicav ou parts de sociétés civiles immobilières). Ces garanties sont directement liées à la variation, à la hausse ou à la baisse, de ces parts ou actions. C'est donc l'assuré qui porte le risque de placement de son capital, à moins qu'il ne souscrive une garantie plancher qui permet au bénéficiaire de recevoir avec certitude un montant fixé à la souscription du contrat.

Le contrat d'assurance-vie s'articule en outre autour de 3 échéances différentes :

- 1.** L'échéance fiscale : 8 ans de souscription sont nécessaires pour bénéficier d'une taxation avantageuse sur les revenus et plus-values. Par ailleurs, l'avantage successoral sur le capital épargné ne s'applique que si des versements ont été effectués avant les 70 ans de l'assuré.
- 2.** La durée de la garantie de taux minimum (contrats traditionnels en euros) : le pourcentage de taux garanti varie avant/après 8 ans de souscription.
- 3.** La durée du contrat d'assurance, qui peut être un contrat à terme défini ou en viager (le contrat prend alors fin par rachat décidé par l'assuré, ou suite à son décès).

Au terme du contrat, l'assuré (ou ses héritiers) reçoit le capital épargné enrichi des intérêts et participations aux bénéfices accumulés, sous forme de capital ou de rente (dont la durée varie selon les termes du contrat). Mais il peut également préférer exercer avant ce terme une option de rachat anticipé, récupérant ainsi avant la date prévue au contrat le capital, les intérêts et la participation aux bénéfices. Il convient toutefois de noter que la logique de l'assuré est, dans cette hypothèse, fortement influencée par la situation de son contrat vis-à-vis des échéances fiscales.

S'il se produit une forte hausse des taux, il se crée un écart défavorable à l'assureur entre le taux de rendement des actifs en portefeuille et les nouvelles conditions de marché. Les assurés sont alors tentés de souscrire de nouveaux produits au rendement plus élevé, ce qui réduit le chiffre d'affaires de l'assureur sur les produits concernés. En outre, pour répondre au rachat anticipé des contrats, l'assureur se voit contraint de vendre ses actifs et de réaliser ainsi la moins-value latente consécutive à la hausse des taux. Un risque de ce type est d'autant plus

prononcé dans la conjoncture actuelle, que celle-ci fait suite à une période prolongée de baisse des taux. Les assureurs ont donc dû introduire des actifs moins rentables dans leurs portefeuilles et auraient d'autant plus de mal à proposer des rendements compétitifs à leurs assurés en cas de brusque remontée des taux. Néanmoins, la fiscalité sur l'assurance-vie joue ici un rôle de garde-fou, les avantages fiscaux liés aux placements en assurance-vie étant conditionnés à une durée de souscription, ce qui peut restreindre les velléités opportunistes de l'assuré.

En cas de forte baisse des taux, l'assureur de personnes risque de dégager de ses actifs un rendement insuffisant pour faire face aux engagements de rémunération contractés envers les assurés. En effet, le rendement de l'actif décroît du fait des nouveaux investissements effectués à des taux faibles. Si le rendement attendu sur l'actif devient inférieur à la somme du taux garanti aux assurés et du taux de frais de gestion, le différentiel peut constituer une charge importante et croissante, malgré les plus-values latentes des produits de taux. L'histoire récente nous a montré les ravages que peut causer la concrétisation de ce risque, d'autant plus si elle s'accompagne d'une baisse généralisée des prix des actifs comme dans le cas d'une crise de déflation.

1.4. Scénario de crise de déflation dans l'assurance-vie

La tendance actuelle étant à la diversification des assureurs dommages dans l'assurance de personnes, donc dans l'assurance-vie, du fait de la forte croissance de ce marché, une crise de l'assurance-vie en France risquerait de s'étendre par contagion à l'ensemble du secteur français de l'assurance. C'est pourquoi le souci de préservation de sa solidité justifie une attention particulière au risque spécifique qu'un contexte déflationniste fait peser sur l'assurance-vie.

Le contrat d'assurance-vie français classique garantit au souscripteur un capital augmenté d'un taux de rémunération minimal, défini par rapport au taux moyen des emprunts d'État, et plafonné par le Code des assurances. Les placements effectués entre-temps avec ce capital par l'assureur doivent lui permettre de dégager un rendement supérieur au taux garanti afin d'être en mesure de remplir ses engagements envers l'assuré tout en dégagant une marge de profitabilité. En raison de cette contrainte financière, les assureurs-vie privilégient des placements dans des produits de taux (emprunts d'État, obligations...), moins volatils que les actions.

Cependant, s'il se produit une crise de déflation généralisée, cette capacité à assurer le rendement minimal garanti à l'assuré se trouve compromise. En effet, comme nous l'avons décrit ci-dessus, une forte baisse des taux diminue le rendement de l'actif de l'assureur-vie du fait des nouveaux investissements effectués à des taux faibles. Cette chute du rendement de l'actif est accentuée si, comme dans la période récente, la chute des taux se combine à une chute des marchés actions. Il ne reste plus alors que l'immobilier pour garantir le passif des assureurs. Enfin, la crise devient inévitable quand l'immobilier entre, lui aussi, dans la spirale déflationniste car le risque des portefeuilles d'actifs n'est plus diversifiable. Un point critique est atteint quand les taux deviennent plus bas que les taux garantis par les

assureurs, ce qui peut conduire ces derniers à entamer leurs fonds propres, enclenchant l'effet "boule de neige" de la crise financière. En effet, l'exemple de la crise japonaise initiée dans les années 1990 (*voir encadré*) montre la répercussion sur l'assurance-vie d'une crise de déflation, incarnée par une baisse des taux, des marchés actions et de l'immobilier : creusement de l'écart négatif entre rendement de l'actif des assureurs et taux garantis aux épargnants ; vente des actifs dépréciés des assureurs pour faire face à leurs engagements qui amplifie les tendances déflationnistes du marché ; détérioration de la confiance du public dans la solvabilité des assureurs qui fait baisser le chiffre d'affaires et compromet la survie de l'entreprise. Il faut noter toutefois que les taux garantis par les assureurs japonais ne faisaient, à l'époque, l'objet d'aucun contrôle prudentiel, alors qu'ils sont en France très encadrés par le code des assurances.

Illustration du risque systémique lié à la déflation : la crise de l'assurance-vie nipponne *

La crise de déflation connue par le Japon dans la décennie 1990 s'est traduite notamment par une crise du secteur de l'assurance-vie. La fin des années 1980 avait été marquée, en effet, par une "bulle" spéculative boursière. Les assureurs-vie avaient participé au mouvement en menant progressivement une politique d'investissement plus risquée et spéculative, motivée par la maximisation des gains en capital. Par la suite, le contexte spéculatif s'était répercuté sur la politique de rémunération des passifs, les assureurs-vie, afin d'attirer toujours plus de capitaux à investir en Bourse, se livrant à une surenchère dans les taux garantis. Les assureurs promettaient donc des revenus futurs exagérés car fixés à partir de prévisions de croissance excessivement optimistes.

Or, suite à l'éclatement de la "bulle" en 1990, est apparue une différence de rendement négative entre la performance des actifs (dévalués) et les revenus d'intérêts garantis aux épargnants (supérieurs à 5 % en 1995) générant des pertes annuelles systématiques tout au long de la durée de vie des produits vendus. Croyant en la reprise rapide de l'économie japonaise, les assureurs n'ont pas baissé immédiatement le niveau des taux garantis sur les nouveaux contrats souscrits, et ont continué de vendre des polices à perte jusqu'en 1995. Cette fuite en avant dans la sur-rémunération des passifs était guidée par la volonté de couvrir les engagements échus sans avoir à réaliser les actifs fortement dépréciés détenus en portefeuille, ce qui aurait sérieusement dégradé les bilans des assureurs. Or la dégradation de leur solvabilité ayant atteint son paroxysme en 1995, ces derniers se sont alors résolus à liquider des actifs dépréciés et à revoir à la baisse les taux garantis (entre 0,3 % et 2,75 %). Néanmoins, la détérioration de la confiance du public dans la solvabilité des assureurs a contrarié toute tentative individuelle d'assainissement en profondeur des bilans de ces derniers.

Par ailleurs, la vente des actifs dépréciés des assureurs pour faire face à leurs engagements a enclenché un mécanisme d'amplification systémique des tendances déflationnistes consécutives à la crise bancaire qui avait été la première conséquence de l'effondrement boursier. Directement, les ventes des actifs des assureurs étant anticipées par les marchés, les prix boursiers baissent davantage. Et indirectement, la crise des assureurs-vie prend une dimension systémique par l'influence de ces derniers sur trois rouages majeurs de l'économie. Premièrement, la fragilisation des assurances met en doute la sécurité de l'épargne longue des ménages et donc, in fine, leur capacité de consommation. Deuxièmement, le rôle des assureurs comme pourvoyeurs en fonds stables est remis en question, ce qui réduit les capacités d'endettement et d'investissement des entreprises. Enfin, troisièmement, l'af-

faiblissement des investisseurs institutionnels que sont les assureurs-vie freine le rebond des marchés financiers.

L'ampleur systémique prise par la crise de déflation, accentuée par le secteur de l'assurance-vie, est analysée en définitive comme relevant d'un défaut de régulation du système financier japonais combinant l'absence de ratio de solvabilité jusqu'en 1997, la collusion des assureurs et de leurs autorités de contrôle, l'opacité des comptes, l'intégration des assureurs au sein des conglomérats d'industries, de banques et d'assurance qu'étaient les *kereitsu*, et enfin la gestion tardive et peu lisible de la crise.

(*) Voir Lacu, 2000

Tableau n° 4 : Principales faillites d'assureurs japonais durant la crise de déflation

Société	Date de faillite	Date de rachat	Actifs inscrits au bilan (milliards de \$)	Abondement du fonds de protection des assurés (milliards de \$)	Taux d'intérêt garanti après rachat (%)
Nissan Mutual	mars 1997	novembre 1999	17	1,7	2,75
Toho Mutual	juin 1999	mars 2000	25	3,2	1,5
Daihyaku Mutual	mai 2000	mars 2001	21	1,2	1,0
Dai-Ichi F&M Mutual	mai 2000	avril 2001	10	0,3	0,3-1,3
Taisho Life	août 2000	avril 2001	2	0,2	1,0
Chiyoda Mutual	octobre 2000	avril 2001	29	0,0	1,5
Kyoei Life	octobre 2000	avril 2001	4	0,0	1,75
Tokyo Mutual	mars 2001	octobre 2001	9	0,0	2,6
TOTAL			151	6,6	

Source : Tillinghast (Freeman et Fujiki, 2001)

Cette crise de l'assurance-vie peut alors provoquer des répercussions systémiques : la fragilisation des assurances met en doute la sécurité de l'épargne longue des ménages et donc, in fine, leur capacité de consommation ; le rôle des assureurs comme pourvoyeurs en fonds stables est remis en question, ce qui réduit les capacités d'endettement et d'investissement des entreprises et l'affaiblissement des investisseurs institutionnels que sont les assureurs-vie freine le rebond des marchés financiers. L'ampleur d'une telle crise peut être encore aggravée si elle se produit également dans d'autres pays d'une importance économique majeure. Au Japon en effet, la plupart des assureurs défailants ont été rachetés par des groupes étrangers (Artemis, AIG, Prudential Insurance of America, GE Capital Services...), ce qui a permis d'atténuer le choc subi par le secteur de l'assurance.

2. Nouveaux risques financiers de crise systémique de l'assurance

Si les simulations économétriques montrent qu'il est peu probable qu'une crise de l'assurance se transmette au système économique global, elle pourrait toutefois générer des chocs déstabilisants pour le secteur financier et pour l'économie dans son ensemble (Trainar, 2004). De surcroît, trois "nouvelles sources potentielles d'instabilité financière" peuvent être identifiées. Elles ont en com-

mun d'être porteuses d'un risque de contagion entre sociétés d'assurance, voire avec le secteur financier : les dérivés de crédit, les liens de réassurance et les conglomérats financiers. Par leur biais en effet, les difficultés d'un assureur ou d'un réassureur pourraient se propager à l'ensemble du secteur de l'assurance et éventuellement au secteur financier.

2.1. Les dérivés de crédit : transfert des risques de la banque vers l'assurance

Les investissements des compagnies d'assurance dans des instruments de transfert du risque de crédit ("dérivés de crédit," voir encadré) commercialisés par les banques soulèvent des interrogations. S'exprime ainsi régulièrement la crainte de voir les assurances acquérir des actifs financiers dont on ne saurait pas évaluer le risque sous-jacent et donc susceptibles de dégrader leur actif.

Ces inquiétudes sont alimentées, notamment, par la concentration de ces transferts sur un nombre limité d'acteurs (une vingtaine dans le monde et un acteur essentiel en France) et par le fait qu'ils occasionnent une spirale de rétrocessions qui lient entre eux assureurs et réassureurs et engendrent un risque systémique. En outre, une grande partie de l'offre de protection face au risque de crédit provient de sociétés qui soit diversifient très peu leurs risques, soit sont très peu régulées (réassureurs bermudiens) ce qui, conjugué à l'inscription hors-bilan de ces opérations, suscite certains doutes sur la qualité des dérivés vendus.

Les dérivés de crédit

Un dérivé de crédit est un produit dérivé dont le sous-jacent est un actif de type crédit, c'est-à-dire une créance ou un titre représentatif d'une créance (obligation). Son but est de transférer les risques (et tout ou partie des revenus) relatifs au crédit, sans transférer l'actif lui-même.

Ce type de produits financiers permet donc à un acheteur de protection de transférer le risque lié à un actif de type crédit (dont il est ou non le détenteur) à une ou plusieurs contreparties, les vendeurs de protection. Les dérivés de crédit fournissent ainsi un moyen pour se couvrir contre le risque de défaut des contreparties, surpassant les anciennes méthodes de contrôle et de gestion du risque de contrepartie.

Le FMI classe les dérivés de crédit en deux grandes catégories : ceux qui couvrent un risque individuel (*Credit Default Swap*, ou CDS, par exemple), et ceux qui couvrent un portefeuille diversifié de risques individuels (*Collateralized Debt Obligation*, ou CDO). Particulièrement prisés des compagnies d'assurances, les CDO sont souvent vendus par tranches, chaque tranche étant notée différemment selon son exposition au risque de défaut du collatéral sous-jacent.

Pourtant, si les assureurs sont le deuxième acheteur de dérivés de crédit après les banques, cela tient surtout aux sociétés américaines, les sociétés françaises étant encore relativement frileuses en la matière. De surcroît, leurs achats portent particulièrement sur les CDO (voir encadré) dont le risque concerne un portefeuille de crédits diversifié, et car l'achat de "tranches" de crédit permet aux compagnies d'assurance d'affiner la qualité du risque de leurs investissements. En effet, celles-ci

investissent essentiellement dans les tranches de meilleure qualité (notées A ou plus). Toutefois, la tendance est à la hausse de la part des produits structurés dans les portefeuilles des sociétés d'assurance françaises (CB, CCA, AMF, 2004), ce qui doit s'accompagner d'un renforcement du suivi des risques en interne (FMI, 2004). La régulation devra donc inciter, dans les années à venir, à une gestion avisée de ces nouveaux risques.

2.2. Comment les nouvelles normes comptables et prudentielles pourraient renforcer l'impact du cycle financier

Les nouvelles normes comptables internationales, adoptées au niveau européen en 2002 et effectives dès 2005 pour les comptes consolidés des sociétés cotées (normes IAS-IFRS, voir annexe 3), risquent de fragiliser la situation financière des sociétés d'assurance et d'avoir, indirectement, des répercussions néfastes sur le système financier.

Dans le référentiel IAS-IFRS, les actifs et les passifs financiers des sociétés d'assurance devront être comptabilisés à leur "juste valeur," c'est-à-dire leur valeur de marché, et non plus à leur valeur historique. Ce nouveau mode de calcul rendra le bilan des sociétés d'assurance très volatil. Les effets d'une conjoncture financière défavorable pourront alors être amplifiés par le biais des provisions pour dépréciation durable qui viendront minorer le résultat de la société. Les risques d'insolvabilité à court terme de la société concernée s'en trouveront donc accrus. Les normes IAS-IFRS sont également préoccupantes parce qu'il n'existe actuellement pas de définition ni de mode d'évaluation fiable et vérifiable de la juste valeur des passifs d'assurance. En l'absence d'un corpus de règles homogènes et convenablement validées, le passage à la "juste valeur" diminuera donc encore la comparabilité des comptes et accroîtra les possibilités de manipulation.

La baisse des fonds propres susceptible d'apparaître se heurterait en outre à la contrainte européenne de marge de solvabilité (voir annexe 2) qui requiert une quantité minimale de fonds propres en regard des engagements de l'assureur pour l'autoriser à poursuivre son activité. Le projet de régulation européenne Solvency II vise en effet à élaborer un système de solvabilité cohérent avec les nouvelles normes comptables internationales. La société se trouverait donc soumise à une contrainte "procyclique" de refinancement dans une période où le marché des capitaux s'est précisément resserré. Par conséquent, il serait souhaitable d'inclure dans la nouvelle marge de solvabilité un mécanisme de lissage des cycles financiers afin de ne pas compromettre l'activité d'une société dont la marge de solvabilité serait descendue en deçà du minimum réglementaire suite à une baisse conjoncturelle prononcée de ses actifs.

À l'heure actuelle, l'essentiel des exigences de solvabilité portant sur des comptes sociaux, le contrôle prudentiel n'est pas influencé par le passage des comptes consolidés au format IAS-IFRS. Toutefois, les règles actuelles peuvent déjà comporter des effets financiers "procycliques," par exemple dans le cas des provisions pour risques d'exigibilité, susceptibles de minorer le résultat suite à une détériora-

tion conjoncturelle des marchés financiers, tout en maintenant une exigence uniforme de marge de solvabilité, sans tenir compte de la solidité globale de la société considérée.

Les risques liés à la volatilité du bilan des assureurs dans le référentiel IAS-IFRS pourraient en outre biaiser leur stratégie d'investissement au profit d'actifs moins risqués que les actions. L'assurance abandonnerait alors son rôle traditionnel de stabilisateur des marchés actions provenant de sa stratégie de détention d'actions à long terme en regard d'engagements d'assurance de long terme. Indirectement, la structure du système financier serait donc susceptible d'être profondément modifiée au détriment des marchés actions.

La communication financière des sociétés d'assurance devra par ailleurs faire preuve d'une grande pédagogie pour éviter des effets d'annonce négatifs. Le résultat publié perdra en effet en signification économique. Comme l'explique Picard (2002) : *"On passe d'une approche où la profitabilité d'une entreprise d'assurance résultait de l'addition des résultats associés à diverses lignes de risques, à une approche "bilantielle," où le résultat global n'est que la variation du bilan entre deux dates"*. Il faudra donc élaborer de nouveaux indicateurs de la performance de l'assureur dans son activité propre.

En outre, la première phase de mise en œuvre des normes IAS-IFRS sera marquée par un risque de *mismatch* artificiel entre actif et passif du fait de la comptabilisation de l'actif seul en valeur de marché. Ce risque d'évolution déconnectée de l'actif et du passif nécessitera donc une communication financière très claire. Dans le cas contraire, l'impact négatif d'une baisse conjoncturelle des actifs pourrait influencer défavorablement le jugement du marché et décourager actionnaires et investisseurs, confortant ainsi par l'effet d'annonce une dynamique de fragilisation financière.

Sur un autre registre, on peut s'interroger sur l'impact qu'aura l'objectif de transparence et de juste valeur des normes IFRS sur la réassurance. Ce secteur est en effet très difficile à appréhender ; la valeur des sociétés de réassurance est particulièrement malaisée à cerner. On peut craindre que l'exigence des IFRS conduise à une réduction de l'offre de réassurance, avec le risque que l'État doive suppléer ce déficit.

En tout état de cause, le chantier des normes IFRS dans le secteur de l'assurance n'est pas encore achevé puisque les normes de valorisation des contrats d'assurance ne paraîtront pas avant 2007 (mais plus probablement 2008, voire 2009). Le risque financier qu'elles comportent semble pouvoir être circonscrit par la concertation avec les professionnels, au niveau européen, dans l'élaboration des dernières normes, mais aussi dans la mise en place du nouveau système de solvabilité européen, et enfin par une grande pédagogie vis-à-vis des marchés financiers.

2.3. La réassurance et le risque de crise systémique

L'activité de réassurance pourrait constituer un risque systémique pour le secteur

de l'assurance dans l'hypothèse d'un gonflement des passifs des assureurs suite à des défaillances en série des réassureurs. En effet, lorsqu'un assureur direct cède une partie de ses engagements à un ou plusieurs réassureurs, il ne possède plus en propre les placements correspondant aux primes cédées. Il détient seulement une créance sur le réassureur qui doit intervenir en cas de sinistre. L'assureur direct demeure seul responsable vis-à-vis de ses assurés, et ce indépendamment de l'éventuelle défaillance de tel ou tel réassureur. Les conséquences pour les assureurs directs d'un défaut de réassurance seraient d'autant plus graves que les réassureurs souscrivent la partie la plus volatile du risque de l'assureur, c'est-à-dire qu'ils doivent intervenir lorsque l'assureur est confronté à des charges exceptionnellement élevées. Ainsi, un défaut du réassureur peut avoir des répercussions considérables sur le passif de l'assureur.

Or, plusieurs organisations internationales comme le Forum de stabilité financière, l'IAIS, le FMI ¹ ou l'OCDE émettent des réserves vis-à-vis du marché de la réassurance. Ils pointent essentiellement le manque de transparence de ce marché. En effet, la diversité des normes comptables entre les différents pays constitue un véritable obstacle à une appréciation cohérente de la situation des réassureurs. Cette complexité se retrouve également dans le partage des risques entre assureur direct et réassureur, dont la définition ambiguë nécessite souvent un éclaircissement judiciaire. Par conséquent, l'exposition d'un réassureur à un risque donné est difficile à prévoir. De plus, les risques cédés par un assureur à un réassureur font l'objet de multiples rétrocessions entre réassureurs, ce qui engendre une dynamique de système en diffusant un risque sur l'ensemble des acteurs. En 2001, 21 % des primes brutes des principaux groupes de réassurance ont été rétrocédées (hormis les éventuels risques titrisés comme les obligations catastrophes) alors que les assureurs directs vie n'ont rétrocédé aux réassureurs que 11 % de la composante risque de leurs primes et 14 % des primes de risque pour les assureurs non-vie ².

S'ajoute à ces interrogations une certaine circonspection face au gonflement des engagements des réassureurs au titre de risques non liés à l'assurance par le biais de dérivés de crédits et de produits des marchés financiers. Ces engagements pourraient en outre créer un risque de contagion au système financier d'éventuelles difficultés des réassureurs par le biais des dérivés de crédit et des participations.

Bien entendu, ces facteurs de risque doivent être relativisés au vu de la bonne résistance des réassureurs aux chocs du 11 septembre, de l'amiante, de la récession mondiale et par le fait que les assureurs ayant diversifié leurs cessions, la part d'un réassureur de premier plan devrait représenter à peine plus de 4 % du bilan des assureurs non-vie (le total des créances sur les réassureurs représente en moyenne 13 % des actifs d'un assureur non-vie en France). Cela minimise le risque systémique porté par la faillite d'un réassureur isolé et privilégie le risque, peu probable, d'une faillite simultanée de plusieurs réassureurs sous l'effet d'un choc exogène non anticipé par l'ensemble des réassureurs.

(1) FMI, *Global Financial Stability Report*, juin 2002, p. 45.

(2) *Swiss Re*, *Sigma*, n° 5, 2003.

Jusqu'à présent, les principaux retraits de réassureurs qui ont eu des conséquences négatives sur l'activité d'assurance ont résulté de l'obligation faite par l'État aux assureurs directs d'assurer certaines activités déconnectées de la solvabilité des assurés concernés (médecins, compagnies aériennes...). En France, la solidité du système est confortée par l'exigence des autorités de régulation que les créances sur les réassureurs soient couvertes soit par des placements détenus en direct par l'assureur, soit par des garanties (nantissement ou lettre de crédit) fournies par le réassureur. En 2002, 63 % des engagements cédés par les assureurs faisaient l'objet de garanties.

Dans ce contexte, le projet de directive européenne présenté en avril 2004 visant à instaurer une régulation de toutes les activités de réassurance au niveau européen dans l'attente de l'aboutissement de Solvency II, semble marquer un progrès significatif. En vue de faciliter l'émergence d'un marché européen de la réassurance, cette directive harmoniserait le cadre réglementaire de la réassurance avec celui de l'assurance en instaurant des critères de marge de solvabilité et en supprimant les nantissements. Le rôle du régulateur français reste cependant capital dans l'élaboration des normes européennes. La CCAMIP¹ milite en effet pour que les marges de solvabilités envisagées prennent mieux en compte le niveau de risque supérieur qui caractérise la réassurance et soient pondérées par le risque des actifs. Dans une optique de préservation de la stabilité financière, elle s'oppose également au projet de suppression du système de nantissement qu'elle considère comme un pilier du système français de réassurance. La collatéralisation des créances sur les réassureurs constitue en effet la meilleure protection contre le risque de crédit des réassureurs et le risque de propagation de faillite de réassureurs. Cette disposition est mise en œuvre en France depuis de nombreuses années et contribue à la solidité du système. La disparition de cette possibilité réglementaire au détour de la directive sur la réassurance est préoccupante. Cette directive, qui ne devrait traiter que des questions de réassurance, contribuerait ainsi à fragiliser l'assurance directe.

2.4. Les conglomérats financiers et le risque de contagion au secteur financier

Le développement récent de la "bancassurance" ou de "l'assurbanque" c'est-à-dire le regroupement dans une même structure d'activités bancaires et assurancielles, pourrait apparaître comme un facteur de risque systémique au niveau du système financier dans son ensemble. En effet, le pilotage des conglomérats est confronté à une complexité accrue des processus. Ainsi, on peut voir émerger deux risques financiers : celui de voir gérée moins rapidement une crise survenue dans le domaine de l'assurance en raison de la complexité de gestion du conglomérat, et celui de voir se propager à la banque des difficultés financières de l'assurance. En effet, si la banque contrôle tout ou partie de l'assureur, la faillite de l'assureur se traduit par des pertes de bilan de la banque qui peuvent menacer sa

(1) Présentation de Florence Lustman, secrétaire générale de la CCAMIP-France, devant le Parlement européen, le 30 novembre 2004.

stabilité financière. Réciproquement, si l'assureur contrôle la banque, l'absence de séparation entre les fonds propres des deux sociétés peut, en cas de difficultés de l'activité d'assurance, nuire à la confiance dans la solvabilité de la banque. Dans les deux cas, la cessation de paiement de l'entité d'assurance est préjudiciable à la solvabilité de la banque. Cependant, le mouvement de rapprochement de la banque et de l'assurance est encore trop récent pour pouvoir juger du niveau de risque effectivement encouru.

Le contrôle de ces conglomérats devrait donc se montrer particulièrement attentif à ces risques. La transposition en droit français de la directive européenne sur les conglomérats financiers ¹ effectuée en 2004 semble aller en ce sens en instaurant des exigences en termes de solvabilité destinées à éviter un double emploi des fonds propres, mais aussi en termes de concentration des risques au niveau du groupe ou encore en termes de mécanismes de contrôle interne et de gestion des risques. Elle prévoit enfin une autorité de surveillance unique pour coordonner la surveillance globale du conglomérat.

3. De la fragilisation financière à l'atrophie assurancielle

Quel que soit le facteur déclencheur de la fragilisation financière du secteur français de l'assurance (crise financière, systémique, ou gonflement imprévu du passif d'origine non financière), celle-ci enclencherait le processus suivant.

Par "fragilisation financière," on désigne un niveau inquiétant de dépréciation d'actifs, de baisse des fonds propres, de gonflement du passif, de dégradation du chiffre d'affaires ou de la rentabilité. Elle se traduirait en premier lieu par une chute des cours boursiers des assureurs (phénomène tempéré par le poids important du secteur mutualiste en France), jointe à une dégradation de leurs notations. Moins bien notées sur la qualité de leurs emprunts, les sociétés d'assurance éprouveraient alors des difficultés de refinancement à court terme. En outre, dans le cas d'une crise d'origine financière qui déprécierait l'actif des sociétés d'assurance, elles seraient obligées de vendre des actifs dépréciés et donc d'enregistrer des moins-values.

Le circuit d'auto-alimentation des difficultés financières des assureurs déboucherait en définitive sur des faillites d'entreprises générant une perte de confiance de la part des assurés et donc le non-renouvellement de certains contrats. Un phénomène d'*insurance run* pourrait alors se produire, dans lequel les assurés, anticipant la crise, résilieraient massivement leurs contrats chez l'assureur en difficulté, et rendraient ainsi la crise effective.

Ce mécanisme aurait pour résultat une atrophie du secteur de l'assurance, dans une situation où les assurés n'ont plus confiance en lui pour se couvrir contre leurs risques et où, parallèlement, les sociétés d'assurance sont prises dans une spirale financière qui les empêche de se consolider.

(1) Directive 2002/87/CE.

Chapitre 4

L'intervention de l'État devient alors indispensable. Mais il est plus crucial encore de concevoir celle-ci en amont de la crise afin d'en éviter le déclenchement. Se légitime ainsi la persistance au sein de l'État d'une fonction de contrôle attentive et dynamique afin d'adapter la régulation du secteur à l'apparition de nouveaux risques financiers et d'encadrer les comportements risqués de la part des assureurs.

De manière générale, la finance peut fournir une aide à l'assurance, du fait du "regard des marchés" qui offre des parapets devant des excès, tels que des politiques tarifaires trop agressives, ou des dérives, dans l'indemnisation des victimes par exemple. Mais la finance n'est pas seulement extérieure au secteur. Elle lui est aussi intérieure, par les produits qu'elle offre pour garantir les risques, produits eux-mêmes risqués par nature et souvent par composition. Si la finance aide, en partie, l'assurance, encore faut-il utiliser cette aide, et en comprendre les limites. Sinon, la finance sanctionne, avec toutes les conséquences sectorielles et systémiques qui en découlent.

CHAPITRE 5

Quel rôle pour l'État face aux risques nouveaux ?

Notre approche prospective, volontairement tournée vers des scénarios défavorables, sinon très défavorables, dessine l'image possible d'un État "dépassé par le risque" :

- l'État connaît encore mal ses engagements explicites ou implicites en termes d'assurance ;
- ses engagements sont susceptibles d'augmenter, suite à des événements catastrophiques moins improbables que l'on ne pense en général ;
- le secteur privé de l'assurance peut rapidement se trouver fragilisé par la réalisation de risques nouveaux et de catastrophes ;
- la demande sociale de protection peut aboutir simultanément à une inflation socialement inutile de certaines assurances et à la disparition d'activités économiques et sociales souhaitables.

Or, c'est la qualité des grands systèmes économiques et sociaux d'être aussi de grands systèmes d'assurances. C'est l'efficacité des grands pays, et des grandes démocraties, de montrer qu'elles peuvent faire face aux grandes catastrophes. Si ces défis du risque et du cataclysme sont relevés, le regard porté sur l'économie nationale change. Les économies sont robustes non par leur taux de croissance ou leur taux de chômage, mais par leur degré de résilience. Les économies, et les nations, sont grandes par la façon dont elles se relèvent après un choc.

Il est donc nécessaire que l'État renforce sa politique de croissance et sa politique sociale par une politique de gestion du risque. Une telle politique reste encore implicite ou parcellaire. Il n'est pas sûr que le processus soit entièrement conscient, entièrement contrôlé, entièrement piloté, ni que les plans d'urgence soient tous

prévus. Pour avancer plus vite et plus sûrement sur longue période, il faut que l'État français étoffe sa culture du risque, c'est-à-dire de la prise de risque et de la gestion des risques, sa stratégie de gestion et de développement de l'assurance d'un côté, ses méthodes pour réagir dans l'urgence de l'autre. Cela signifie notamment :

- accepter d'identifier le risque et d'envisager la catastrophe. Ce n'est pas céder à l'angoisse que d'évoquer des crises, c'est se donner les moyens de les éviter en partie, en tout cas d'en réduire les effets (**propositions 1 et 2**) ;
- favoriser la santé et la couverture des assurances (**propositions 3 et 4**) ;
- éviter les effets pervers pour l'assurance des grandes missions régaliennes : actions législative, juridique, solidarité nationale... (**propositions 5 et 6**).

1. L'État éclairer de risques

Pour étudier la portée des risques catastrophiques qui proviennent généralement de la concentration des activités et des hommes sur un territoire restreint, comme les tempêtes ou les inondations, l'État pourrait développer son rôle de producteur, canaliseur et diffuseur d'informations. L'enjeu est ici d'identifier les espaces ou les activités qui sont particulièrement concernés par des risques graves et exceptionnels (bien que connus) et d'évaluer les montants en jeu, même approximativement. Cela pourrait se révéler particulièrement utile lors de la mise en place de projets à grande échelle, comme le renforcement d'un pôle de compétitivité, par exemple l'extension vers Crolles du pôle de Grenoble, dans le secteur de l'informatique et des nouvelles technologies. Il serait très profitable d'estimer les conséquences d'un événement catastrophique donné (inondation, explosion industrielle, attaque terroriste...) sur une telle concentration d'activités, en termes de dégâts et de montants assurables.

C'est l'objet des *stress tests* de mesurer comment réagit un système donné en cas de réalisation d'un événement exceptionnel. Certaines compagnies d'assurances font déjà quelques *stress tests*, en ce qui concerne leur activité propre, et conservent bien entendu ces informations pour leur usage interne. Notons en effet que la publication éventuelle de *stress tests* est problématique puisqu'elle présente des informations qui risquent d'alarmer les actionnaires ou les commentateurs s'il n'apparaît pas clairement qu'il ne s'agit que d'un scénario exceptionnel peu probable, ceci sans oublier son impact en terme de sécurité nationale. La CCAMIP impose plusieurs séries de *stress tests* aux assureurs. Depuis le 1^{er} janvier 2001 des simulations de *stress test* sur la gestion actif/passif doivent être réalisées chaque trimestre et adressées à l'autorité de contrôle. Depuis 2004, des *stress tests* sont également demandés sur les schémas de réassurance (états C8-C9). Cette 2^e série de *stress tests* concerne la capacité de résistance des sociétés d'assurance à des chocs sur leur plan de réassurance. Ces états ont pour premier objectif de sensibiliser les entreprises à ce type de scénarios, dans une perspective de meilleure gestion interne des risques. Ils servent aussi à mettre en place les outils permettant l'analyse du système de réassurance.

Cependant, ces informations ne sont pas utilisées pour évaluer l'impact macroéconomique d'une catastrophe donnée sur l'ensemble du secteur. Même si c'est un exercice délicat, il est dommage de ne pas exploiter dans cette perspective des *stress tests* communs. Dans le domaine bancaire, par exemple, les *stress tests* constituent un élément important de l'approche macro-prudentielle ¹. La Banque de France, la Commission bancaire et la Commission de contrôle des assurances ont mené en 2004, en liaison avec le FMI, un examen de la stabilité du système bancaire français et de sa capacité de résistance à l'apparition d'un certain nombre de catastrophes économiques, vraisemblables mais peu fréquentes (récession, déviation des taux de change, forte baisse des cours boursiers...). C'est sur la base de scénarios communs qu'ont été agrégées les simulations effectuées par les banques.

L'État pourrait réaliser ou encourager la réalisation de *stress tests* sur les risques catastrophiques et systémiques afin d'estimer les dommages potentiels de grandes catastrophes touchant de nombreux acteurs (qu'il s'agisse d'entreprises de même type, soumises aux mêmes tensions, ou d'acteurs multiples présents sur un même site sinistré). De tels exercices auraient cinq fonctions :

1. Aider les assureurs à se préparer à des événements catastrophiques mieux identifiés, par exemple en adaptant leurs primes.
2. Inciter à la prévention, si les risques mis en évidence sont trop élevés. Cela suppose qu'un maximum de ces *stress tests* soient faits à l'avance, au moment de la définition d'un projet (urbanistique, aménagement du territoire, incitations fiscales...).
3. Annoncer les risques pour mieux s'y préparer. Tout en évitant de créer des inquiétudes ou même des paniques dans l'opinion publique, informer sur la possibilité d'une catastrophe et la considérer comme probable contribue à surmonter la répugnance naturelle à envisager les catastrophes, attitude qui constitue un obstacle majeur à la prévention (Dupuy, 2002).
4. Donner à l'État une estimation de ses engagements hors bilan en cas de catastrophe naturelle. De telles informations contribueraient à compléter les normes comptables de l'État mises en place par la LOLF (norme n° 13 sur "les engagements à mentionner dans l'annexe," relatifs notamment à la fonction d'assureur en dernier ressort de l'État).
5. Compléter les politiques d'aménagement du territoire. Ces dernières sont généralement centrées sur la question de l'arbitrage entre efficacité et équité entre les territoires (faut-il favoriser les effets de localisation et d'agglomération, qui renforcent le dynamisme économique d'un territoire par la proximité des activités, par les synergies entre recherche et université et par la proximité de la main-d'œuvre qualifiée, ou faut-il favoriser l'essaimage des activités sur le territoire pour éviter la désertification ?). Mais un autre arbitrage pourrait être pris en compte, en complément : l'arbitrage entre efficacité économique et sécurité spatiale.

(1) De Bandt et Oung, 2004.

- **Proposition 1** : développer une fonction de chiffrage des risques catastrophiques

Nous proposons de développer une fonction de chiffrage harmonisée des grandes catastrophes, reposant sur une méthodologie globale et homogénéisée. Elle comprendrait des grilles standardisées couvrant notamment le nombre de personnes exposées, les dégâts matériels, les infrastructures touchées, les suspensions d'activité économique. L'estimation du coût d'une catastrophe donnée reposerait sur un scénario global identifiant l'ensemble des activités touchées simultanément. Cela suppose d'associer à la réflexion tous les acteurs, et pas seulement les assureurs : par exemple, pour une crue de la Seine, les collectivités locales concernées, la préfecture, l'Agence de l'eau, les fournisseurs de service public (EDF, RATP...). Peu à peu serait systématisée l'évaluation des dégâts en cas de catastrophe sur tous les pôles de concentration majeurs du territoire.

Le développement de la fonction de chiffrage pourrait s'effectuer en plusieurs étapes :

1. En s'appuyant sur les résultats des *stress tests* qui sont déjà demandés aux compagnies d'assurance, à partir des mêmes hypothèses de sinistre et sous une forme commune, la CCAMIP pourrait agréger ces informations afin d'évaluer l'impact possible d'une catastrophe sur l'ensemble des assurances françaises.
2. Développer des méthodologies pour estimer l'impact d'une grande catastrophe sur une concentration d'activité donnée, déjà existante et impossible à déplacer (crues dans les grandes villes, raz de marée en Méditerranée, explosion industrielle dans un technopôle...). Les autorités publiques et les acteurs privés utiliseraient les chiffrages obtenus pour développer des systèmes d'alerte, des dispositifs de prévention, etc.
3. Étendre la méthodologie à des *stress tests* prospectifs, portant sur des infrastructures dont la construction est encore en projet (création d'un pôle de compétence, d'une zone industrielle, d'une ville nouvelle, d'infrastructures structurantes en vue de jeux Olympiques, etc.). La décision de lancement du projet devrait dépendre non seulement de critères économiques, sociaux et environnementaux, mais aussi de considérations sur les risques portant sur la nouvelle concentration d'activités. Ce type de travaux devrait être réalisé en collaboration avec la DATAR. Il permettrait d'intégrer le risque catastrophe dans la politique territoriale. L'homogénéisation du chiffrage rendrait envisageable la comparaison des sinistres entre les différents sites, même si cela reste très délicat.

Un tel projet doit à l'évidence associer de nombreux acteurs. Il suppose en effet la contribution d'une équipe de recherche pour la mise en place de la méthodologie, la capacité à réunir des acteurs divers et la possibilité "d'obliger" les acteurs à contribuer (à l'exemple de la CCAMIP qui rend obligatoire la réalisation de *stress tests* par les assurances). Doivent être étudiées en collaboration avec les acteurs concernés les conditions d'un pilotage efficace d'une telle mesure et les modes de coopération entre, sans prétention d'exhaustivité, les services de l'État (ministère

de l'Intérieur et préfectures, ministère de l'Économie et des Finances, ministère de l'Environnement, DATAR...), les institutions européennes, les instances de régulation (CCAMIP), les professionnels de l'assurance, les collectivités locales et d'éventuelles structures indépendantes de chiffrage des catastrophes, subventionnées, recevant des commandes d'études de la part de l'État et d'organismes privés).

Bien évidemment, l'idée de calculer des pertes potentielles est essentiellement destinée à éclairer le décideur public. Il doit en tenir compte dans ses choix, ses politiques, sa sensibilisation des acteurs économiques. Il ne s'agit donc absolument pas de faire de cet exercice la base d'un système de provisionnement des sociétés d'assurance, auquel cas le projet se retournerait contre son but (savoir pour agir et prévenir) en affaiblissant indûment les compagnies.

2. L'État veilleur

Concernant les nouveaux risques, *"le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face"*¹. Il est évidemment impossible de prévoir les grandes crises des dix prochaines années, a fortiori si elles sont d'un genre nouveau. Le tsunami du 26 décembre 2004 a montré que même un phénomène connu peut avoir des conséquences imprévues (toucher en quelques heures quatorze pays en Asie et jusqu'en Afrique, sur plusieurs milliers de kilomètres de côte). Cependant, l'État (ou les États, en cas de crise internationale) doit être prêt à réagir face à des crises nouvelles et non anticipées. Mais s'y prépare-t-il ? Par crise nouvelle, nous entendons ici un événement auquel on n'a jamais fait face, avec des conséquences très graves. C'est par exemple une situation dans laquelle la recherche biologique et les expérimentations sur le génome des espèces et sur les greffes déboucheraient sur des maladies contagieuses et mortelles, capables de se propager entre espèces. Un autre cas de figure serait qu'un virus informatique particulièrement virulent parvienne à détruire les bases de données vitales de nombreuses entreprises et organismes et rende impossible les communications via Internet. Comment se préparer à réagir (rapidement et de façon coordonnée) en cas de réalisation d'une crise grave et soudaine ?

Face à des risques peu prévisibles, vigilance et anticipation sont nécessaires². Si l'on ne peut prévoir l'avenir, une façon de se préparer à des crises nouvelles consiste à tirer toutes les leçons des crises originales qui ont eu lieu dans le passé, par l'exercice du "retour d'expérience". Cela consiste à faire un examen rétrospectif et critique de la façon dont a été traitée la crise, afin de mettre en place, le cas échéant, des dispositifs permettant une plus grande réactivité et une meilleure coordination. L'accent doit en particulier être mis sur le fait que la réaction d'ur-

(1) LAGADEC (P.), *"Face aux crises de demain : le vide"*, Le Monde, *"Horizons-Débats"*, mercredi 26 mars 1997.

(2) *Le rapport du Commissariat général du Plan sur les OGM (2001) propose, dans le cas d'un risque peu prévisible, une orientation "proactive," de façon à mettre en place une vigilance efficace, durable et globale.*

gence est une chaîne de décision et d'actions et que la moindre défaillance de l'un des maillons peut faire échouer le dispositif de réaction.

La pratique du retour d'expérience reste cependant très peu utilisée, même s'il existe des initiatives ponctuelles, pour tirer les leçons d'une crise passée et pour essayer d'envisager des scénarios improbables. À titre d'exemples, on mentionnera les mesures suivantes :

à l'étranger :

- en 1998, quand le réseau électrique québécois a été détruit par une tempête, le Premier ministre a engagé un retour d'expérience très novateur par son ouverture à la société civile ;
- sur le dossier de la "vache folle", Tony Blair a demandé à un grand juriste d'examiner dix ans de gestion du dossier ;

en France :

- après la tempête de neige sur l'autoroute A8 près de Saint-Maximin dans le Var en février 2001, la société Escota a organisé un retour d'expérience public, avec toutes les parties prenantes (juin 2001) ;
- suite à l'explosion d'AZF à Toulouse, des tables rondes ont été mises en place par le Premier ministre pour qu'un débat soit engagé à l'échelle nationale sur les risques technologiques ;
- après les tempêtes de fin 1999 : rapport Sanson (*Évaluation des dispositifs de secours et d'intervention mis en œuvre à l'occasion des tempêtes des 26 et 28 décembre 1999*, rapport d'étude de la mission interministérielle, juillet 2000) ;
- suite aux inondations de la Somme en 2001, une commission d'enquête a été créée mettant l'accent sur quatre priorités : connaître pour mieux comprendre ; prévoir de manière coordonnée ; anticiper pour mieux gérer la crise ; réparer de manière équitable en encourageant la prévention (Sénat, 2001).

Malgré leur utilité, les retours d'expérience ne sont pas assez exploités et devraient être systématisés¹. En outre, il serait intéressant de se détacher de crises ayant eu lieu pour se projeter dans des situations nouvelles.

Faute de pouvoir prévoir l'avenir, nous proposons de mettre en œuvre une méthode que nous appelons "*back stressing*". Il s'agit de se demander comment l'État français aurait réagi si une crise, réellement survenue dans un autre pays, avait eu lieu en France. Par exemple, selon quels mécanismes et quelles procédures la France aurait-elle réagi si les avions des attentats du 11 septembre 2001 avaient touché deux tours de La Défense ? Quels acteurs auraient été en charge de la gestion de crise ? Qui aurait coordonné les décisions ?

(1) Voir à ce sujet les propositions du Commissariat général du Plan (1997) visant à former après chaque catastrophe un groupe local de propositions et à créer une agence d'analyse des accidents.

Parmi les mesures prises aux États-Unis, on peut citer :

- le décollage de quatre avions de chasse 12 minutes après que le NORAD (*North American Aerospace Defence Command*) a été mis au courant du détournement du premier avion ;
- la stérilisation de l'espace aérien new-yorkais 22 minutes après l'impact sur la première tour ;
- l'évacuation du siège des Nations unies à New York, puis des immeubles fédéraux à Washington une heure et demie à deux heures après l'impact ;
- la mise en place d'un nouveau centre de crise en deux jours, accueillant plus de 242 organisations après la destruction du centre de crise, configuré pour recevoir 60 organisations qui se trouvaient justement dans une des tours ;
- la fermeture de la Bourse de New York 46 minutes après l'impact, et ce jusqu'au 17 septembre ;
- l'intervention massive et synchrone, dès le jour même, des banques centrales pour injecter des liquidités dans l'économie (octroi de liquidités d'urgence, baisse des taux, mais aussi appels au calme sur les marchés et mesures incitatives pour rassurer les investisseurs et les créanciers, en coordination avec l'ensemble des instances de régulation).

La France est-elle préparée à réagir ainsi, seule et avec ses partenaires (économiques, militaires...), pour gérer la crise et pour éviter un phénomène de contagion économique et financier ? L'articulation des niveaux de décision entre les services de l'État national et les instances de décisions européennes (Banque centrale européenne à Francfort, Bourse Euronext à Amsterdam...) est-elle susceptible de retarder les décisions et de compliquer la coordination des différents acteurs ?

D'après Patrick Lagadec, la France n'est pas prête pour réagir aux situations de crise à venir ¹. Elle se caractérise en effet par les comportements suivants :

- avant les crises, refus instinctif de tout questionnement sur des scénarios non conventionnels ;
- au début des crises, stratégies d'évitement ;
- au cours de la crise, incapacité de la part des cellules de crise à conduire leur action et à se coordonner ;
- après la crise, refus du "retour d'expérience" (examen critique a posteriori).

Le diagnostic est sans nuance : *"Le problème est que la culture française des crises est fondamentalement dépassée. Nous baignons dans une espèce de culture royale qui bannit le questionnement, l'imprévu, l'ouverture, et la confiance envers le citoyen. On travaille à l'intérieur de champs solidement quadrillés, à l'abri de*

(1) LAGADEC (P.), "La culture française des crises est fondamentalement dépassée," entretien avec Antoine Spire, "Horizon", Le Monde, mardi 11 décembre 2001.

lignes de démarcation qui bloquent coopérations et initiatives transverses – mais font le lit des crises.”

Il faut au contraire accepter de voir les catastrophes susceptibles de survenir, pour se donner les moyens d’y faire face. L’anticipation permet la sérénité, à condition toutefois de se prémunir du catastrophisme, car la peur des catastrophes crée des catastrophes (Albouy, 2002). En effet, le catastrophisme peut exagérer les catastrophes à venir et aboutir au “chronocentrisme” (volonté de figer le temps et de refuser les hasards). Au contraire, la meilleure connaissance des événements extrêmes susceptibles d’advenir demain (et non les spéculations sur les menaces imprécises d’après-demain) et une meilleure anticipation de leurs effets doivent permettre de mieux prendre des risques, en conscience.

● **Proposition 2** : une structure de “back-stressing” en France

Les initiatives d’analyse après crise majeure (française ou non) restent, semble-t-il, isolées, tributaires d’initiatives personnelles et ponctuelles en France. Il n’y a donc pas d’acquis d’expérience par rapport à ce qui s’est fait – ou pas fait – ici ou ailleurs. Certes, la crise future ne sera pas la même, mais il demeure un écart entre l’impréparation et l’instauration de structures et de réflexes. C’est pourquoi nous proposons de mettre en place une structure qui mènerait des procédures de “back stressing” systématiques.

Une veille efficace des situations de crises suppose ainsi un État impliqué :

- soucieux d’anticiper les risques émergents ; cela suppose d’accepter que nous ne vivons plus dans une société de la sécurité, mais dans une société du risque et qu’il faut éduquer à l’incertitude ;*
- se donnant les moyens de s’y préparer ;*
- n’abandonnant pas le champ de la précaution à des organismes privés, comme les ONG internationales sur les questions environnementales ou aux entreprises concernant les risques industriels, pour lesquels ils ne sont pas les mieux placés ;*
- développant ainsi une culture de la réactivité, et permettant de relativiser entre les risques réellement extrêmes, et ceux que l’on a tendance à “extrémiser”.*

La structure de back stressing pourrait prendre la forme suivante :

- une institution référante, en charge des commandes de retour d’expérience et de back stressing (il pourrait par exemple s’agir du ministère de l’Intérieur ou d’une délégation interministérielle pour la sécurité) ;*
- des organismes spécialisés, en charge de l’audit des dispositifs existants.*

Étant donné le caractère toujours plus global des risques, peut-être cette structure doit-elle être mise en place directement au niveau européen,

voire au niveau international ? Il a fallu attendre la catastrophe du 26 décembre 2004 pour que l'ONU essaie de mettre en place un système d'alerte au tsunami dans l'océan Indien. N'est-il pas urgent que l'Europe se dote d'un système commun d'anticipation des catastrophes, ainsi que de procédure de réaction rapide en cas de crise ?

3. L'État superviseur

La coopération internationale en matière de contrôle prudentiel est devenue cruciale, du fait de la globalisation des marchés et des risques. Comme nous l'avons noté plus haut, le marché unique de l'assurance au sein de l'Union européenne repose sur une harmonisation minimale des règles prudentielles, et sur la coopération des autorités de supervision. Dans ce cadre, le principe du contrôle du pays d'origine prévaut aujourd'hui dans l'organisation du domaine de compétence des autorités de surveillance des États membres. Ainsi, la CCAMIP n'est pas compétente pour les entreprises d'assurances communautaires opérant en France via des succursales ou en libre prestation de services. En revanche, elle est responsable de toutes les activités des assurances de droit français (assurances françaises, filiales françaises d'assurances étrangères...) agissant sur le territoire européen. Cette règle est étendue aux États non communautaires membres de l'Espace économique européen, à savoir l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

L'extension du processus "Lamfalussy" au secteur de l'assurance vise à améliorer la coopération en matière de régulation et de surveillance, afin de permettre à l'Union européenne de réagir beaucoup plus vite à l'évolution du secteur financier. Le remplacement de la Conférence des autorités de contrôle par le Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles répond notamment à cet objectif. La Conférence des autorités de contrôle, créée en 1957, constituait une instance de réflexion et de concertation des autorités de contrôle de l'Union européenne et des autres États membres de l'Espace économique européen, mais elle n'était pas formellement intégrée au dispositif législatif européen. Le CECAPP est en revanche directement incorporé au nouveau système européen de supervision, en devenant un comité de niveau 3 du processus de Lamfalussy. Il a comme mission de donner des conseils techniques au régulateur (niveau 2 du processus de Lamfalussy) et de promouvoir les meilleures pratiques de supervision et leur diffusion au sein des États membres. Il doit ainsi rendre la "peer review" plus efficace et permettre une convergence des pratiques nationales de supervision. Une telle harmonisation prudentielle doit entraîner une diminution des coûts de transaction engendrée par la diversité des pratiques de supervision pour les assurances en Europe, et garantir un meilleur contrôle des risques.

La coopération entre autorités de contrôle prudentiel de l'assurance passe par le biais de protocoles. Le protocole de Sienna (1997) a permis une mise en œuvre efficace des directives européennes sur l'assurance, et en particulier des principes de reconnaissance mutuelle entre autorités de contrôle. Le protocole d'Helsinki (2000) permet une application homogène du contrôle des groupes d'assurance en Europe. Ces protocoles sont plus opérationnels que ne le seraient des

MOU (*Memorandum of Understanding*) bilatéraux dans la mesure où ils permettent des degrés d'échange rigoureusement identiques entre les différentes autorités européennes. La coopération peut donc être véritablement multilatérale. La coopération des autorités de contrôle a également été renforcée pour la supervision des conglomérats financiers. Ainsi, la directive 2002/87/CE instaure la mise en place d'une surveillance complémentaire pour ces établissements, et la nomination d'un coordinateur parmi les autorités de tutelles responsables des différentes activités. Ces initiatives d'harmonisation, de coopération et de discussion sur les contrôles vont dans le bon sens. Encore une fois, il s'agit, pour les grands groupes, d'œuvrer dans un cadre aussi homogène que possible, sans bien sûr être excessivement contraignant. Pour les groupes de moindre taille, l'harmonisation des procédures permettra également leur extension, notamment européenne.

Le principe du coordonnateur dans le contrôle de groupe d'assurance existe donc. En application du protocole d'Helsinki, tous les contrôleurs intervenant dans le contrôle d'un assureur présent dans plusieurs pays européens, se rencontrent au moins une fois par an pour échanger les informations dont ils disposent sur chacune des composantes du groupe. Le calcul de la solvabilité ajustée (ou encore consolidée) est effectué par le coordonnateur, sur la base des éléments transmis par les autorités nationales compétentes et largement débattu dans ces "*Coordination Committees*".

Toutefois, malgré ces efforts d'harmonisation, l'architecture du système européen de supervision des assurances reste décentralisée, puisqu'elle repose sur les autorités nationales. Le CECAPP n'a pas pouvoir de sanction et le coordinateur institué par la directive sur les conglomérats financiers n'a pas pouvoir d'injonction sur les autres superviseurs. Or les objectifs, les méthodes, et les ressources des superviseurs nationaux varient selon les pays, ce qui constitue naturellement un frein à la convergence de leurs activités, et nuit à l'efficacité globale du dispositif européen. De même, les législations nationales demeurent très différentes et la multiplication des textes rend l'ensemble peu lisible et peu cohérent. La complexité croissante de l'environnement financier et la mise en place d'un nouveau ratio de solvabilité plus exigeant au niveau des ressources et des pratiques de supervisions, accentuent donc les limites du système actuel. Et en accentuent la fragilité.

Pour qu'il y ait réelle harmonisation de la supervision entre les États membres, des directives européennes devraient régir les pouvoirs, les devoirs et les ressources des autorités nationales de supervision. Pour contrôler les conglomérats financiers et les groupes internationaux, il faudrait également renforcer les pouvoirs du coordonnateur, qui deviendrait véritablement "*lead supervisor*". Il aurait autorité sur les autres organismes de tutelle. Sans remettre en question le principe de la surveillance dite *solo* (entité par entité), l'utilité première d'une telle mesure serait de renforcer la réactivité du système en cas de crise, nécessitant une réaction rapide et coordonnée. En outre, le Marché unique européen et la constitution de grands groupes supposent un contrôle sur une base cohérente et homogène, c'est-à-dire harmonisée. Les établissements ayant des activités transfrontalières auraient alors un interlocuteur unique et ne seraient plus obligés de faire face à une structure de supervision complexe et polycéphale. Ce renforce-

ment du rôle du coordinateur ne doit pas toutefois entraîner un excès de supervision ou décourager l'activité dans le secteur. Par ailleurs, il devrait tenir compte de l'impact sur l'intervention éventuelle des fonds de garantie, qui sont aujourd'hui purement nationaux.

Dans l'ensemble, une telle mesure suppose une cohérence entre les positions des contrôles nationaux. Le *lead supervisor* serait chargé du contrôle du groupe au niveau consolidé, de la validation des modèles internes, et aussi de la gestion des risques dans les différentes filiales. Une telle réforme suppose que les superviseurs nationaux délèguent une partie de leurs prérogatives. Ils resteraient responsables du contrôle de l'activité pour laquelle ils sont aujourd'hui compétents. En revanche, ils devraient se plier aux directives imposées par le *lead supervisor*.

Parallèlement, les différentes autorités de tutelle conseilleraient le *lead supervisor*, et celui-ci devrait les informer régulièrement de la situation dans laquelle se trouve le groupe financier. À plus long terme, la coopération des instances nationales, quelle que soit sa forme, ne pourra certainement pas suffire à combler le vide institutionnel européen. Une intégration du dispositif prudentiel, avec la mise en place d'un Système européen des superviseurs d'assurances identique à celui des Banques centrales, deviendra alors nécessaire face à la hausse des activités transfrontalières.

- **Proposition 3** : un "superviseur en chef" européen pour les grands groupes

La complexité croissante des groupes d'assurances, celle des comptabilités des produits et des métiers, sans compter celle des questions légales, en même temps que les groupes s'internationalisent et s'étendent, notamment en Europe, sont source de coûts supplémentaires et de risques nouveaux pour les compagnies elles-mêmes. Les coûts viennent de la multiplicité des contrôles, et les risques du retard possible de réactivité face à la difficulté d'une grande compagnie, ou d'un réassureur, ou à la suite d'une catastrophe.

C'est pourquoi nous proposons que, pour chaque grand groupe européen, un superviseur en chef soit déterminé, qui précise ses responsabilités et son domaine de contrôle et qui serait le responsable de niveau 1 vis-à-vis des vérificateurs locaux.

4. L'État soutien technique

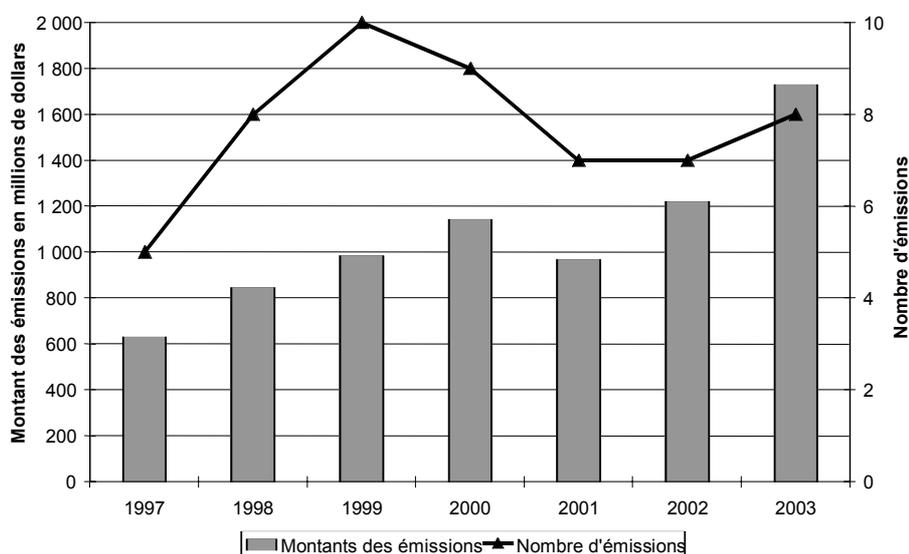
Afin de se couvrir contre les risques extrêmes, les assureurs peuvent recourir à la titrisation, par exemple en émettant des obligations catastrophes (*cat-bonds*, obligations spéciales comportant une clause selon laquelle, en cas de survenance d'un type de catastrophes donné, l'émetteur de l'obligation n'a à rembourser qu'une partie des intérêts ou du principal de l'obligation). Les dérivés de risque présentent de nombreux avantages puisqu'ils permettent de transférer les risques vers les marchés financiers, dont la capacité est bien supérieure à celle des réassureurs. Cependant, les émissions de tels produits financiers de transfert de risque restent

limitées dans le monde. Est-il possible de les accroître, en particulier en Europe, où ils sont peu présents ?

Les obligations catastrophes concernent essentiellement les catastrophes climatiques, car elles portent sur des événements indépendants de l'activité humaine, ce qui limite l'aléa moral ex-ante et fait reposer la couverture sur des phénomènes statistiquement plus réguliers. En outre, les indices météorologiques offrent des indicateurs non subjectifs et simples de la survenance d'un événement extrême. Il est ainsi très peu probable qu'apparaissent des obligations catastrophes pour le risque terroriste par exemple.

Au niveau mondial, entre 1997 et 2003, plus de 60 obligations catastrophes ont été émises, pour un montant total de 7,5 milliards de dollars. La grande majorité (65 %) servent à couvrir des risques sur le territoire américain (tremblements de terre en Californie et ouragans) ; les autres émissions concernent l'Asie (16 %, essentiellement au Japon), l'Europe (10 %) et des localisations mixtes (9 %). Le marché de ILS (*Insurance Linked Securities*) propose ainsi une alternative au marché traditionnel de l'assurance et de la réassurance sans risque de contrepartie. De plus, ces titres permettent de palier des insuffisances de capacité, notamment pour les grands risques. En 2003, les émissions d'obligations catastrophes ont atteint un volume de 1,7 milliard de dollars. Cela reste très modeste en comparaison avec les primes nettes émises par les dix premiers réassureurs mondiaux, qui s'élevaient en 2003 à 104 milliards de dollars (FFSA, 2004). Le montant de ces émissions est globalement en hausse depuis 1997, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 5 : Les émissions d'obligations catastrophes dans le monde



Cette hausse peut s'expliquer de la façon suivante : les primes de réassurance ont fortement augmenté et les assurés demandent des couvertures entièrement garanties (*fully collateralised protection*) afin d'éviter le risque de contrepartie. Il existe

également une demande de la part des investisseurs qui ont là des actifs permettant de diversifier leur portefeuille à l'aide de titres non corrélés avec les marchés financiers. Il est également possible d'utiliser des produits dérivés sur indices catastrophes.

La titrisation semble une solution intéressante pour les assureurs puisque les capacités des marchés financiers sont cent fois plus importantes que celles des réassureurs (ce qui permet d'éviter le défaut de son réassureur, puisque dans le cadre de la titrisation, l'argent est possédé par un véhicule spécifique qui ne peut faire faillite). Elle présente aussi des avantages pour les investisseurs qui disposent ainsi de titres a priori complètement décorrélés des marchés financiers usuels. Néanmoins, la titrisation a du mal s'imposer.

Comment dès lors favoriser la diffusion des *cat-bonds* ? Il ne semble pas y avoir de problème de demande. Toutes les émissions ont à ce jour trouvé preneur, même si les premiers acheteurs étaient eux-mêmes en général des assureurs ou des réassureurs. Les banques sont intéressées par de tels produits pour proposer à leurs grands investisseurs des paniers de dérivés de crédit. Cependant, le marché reste limité aux investisseurs institutionnels et les particuliers n'y ont pas accès.

En revanche, on constate une réticence du côté de l'offre. Les obstacles sont les suivants :

– le coût du montage d'une émission de *cat-bonds* est relativement élevé, en partie à cause de contraintes législatives et réglementaires (intermédiaires obligatoires...), et excède souvent le coût de la réassurance¹. Aux États-Unis, le changement de cadre fiscal et réglementaire apparaît comme nécessaire au développement du marché des *cat-bonds*² : l'imposition des revenus de l'entité juridique qui émet les *cat-bonds* limite les revenus pour l'investisseur, ce qui explique que de nombreux véhicules spécifiques (SPV) soient situés dans des "paradis fiscaux". En outre, les régulateurs américains ne considèrent pas les *cat-bonds* comme un vrai transfert de risque, puisque leur usage ne diminue pas les exigences de provision pour les assureurs ;

– le marché est encore peu mature : aucune grosse émission de *cat-bond* n'a connu de survenance de catastrophe ; aucun n'a été entièrement mis en défaut, et peu d'entre eux ont connu une réduction du montant de leurs intérêts et de leur principal. On en est encore à la phase de test du produit. Les grands acteurs ont opéré quelques émissions pour tester le mécanisme et être prêts du point de vue technique si le marché s'ouvre ;

– il est très difficile de déterminer le prix d'un *cat-bond*. La survenance des catastrophes naturelles pose des problèmes de modélisation statistique parce qu'ils obéissent à des dynamiques particulières mais aussi parce que les historiques de survenance des catastrophes sont très courts (données annuelles pour modéliser

(1) GAO, 2005.

(2) Note de l'agence financière de l'ambassade de France à Washington, n° AF/05.057-PK, avril 2005.

des phénomènes centenaires, alors qu'en finance, les chercheurs disposent de données minute par minute) ;

– le choix de l'indice sur lequel fonder la survenance ou non de la catastrophe est très délicat. Pour trouver des éléments déclencheurs sur lesquels l'homme ne peut pas intervenir et qui soient mesurables, on se tourne de plus en plus vers les indices météorologiques (indice sur l'échelle de Richter, pluviométrie, vitesse du vent en rafale...) afin d'éviter des indices reposant sur les pertes de la cédante. Or ces indices météorologiques ne sont pas complètement corrélés aux dommages ;

– la recherche sur la dynamique des catastrophes naturelles est ralentie en France par le coût des données climatiques, qui sont facturées par Météo France. En conséquence, la recherche est freinée sur ce sujet et orientée vers les pays où l'information est gratuite (Canada, Royaume-Uni, Pays-Bas...).

- **Proposition 4** : un marché des obligations catastrophes en Europe

Dans ce contexte, l'État pourrait favoriser l'offre de cat-bonds :

– *en instaurant la confiance sur un marché encore peu mature. Pour cela, l'État pourrait émettre directement ou par l'intermédiaire de la CCR des cat-bonds, afin de couvrir le régime Cat. Nat.¹ Cela présenterait un double avantage. D'une part, pallier les insuffisances de réserves de la CCR en cas de catastrophe majeure, en s'insérant dans la réforme visant à pérenniser le régime Cat. Nat. D'autre part, donner un signal fort de confiance sur ce type de marché, pour lequel les obligations catastrophes d'État deviendraient une référence. Bien entendu, la mise en œuvre d'une telle mesure suppose que l'État ne puisse en aucun cas avoir un impact sur le fait déclencheur, qui doit rester objectif (relevé météorologique de la précipitation...) ;*

– *en favorisant la recherche par la mise à disposition du public de bases d'information gratuites. Les études et commandes publiques nécessaires à la mise en place de cat-bonds d'État constitueraient aussi une incitation à la recherche dans le domaine.*

5. L'État modérateur des dynamiques judiciaires

Nous avons vu comment la croissance des indemnisations et les revirements jurisprudentiels, visant à sécuriser la situation des particuliers lésés, pourraient fragiliser les bases sur lesquelles sont calculées les primes associées aux contrats d'assurance. Rendant plus volatil le coût des garanties incluses dans les contrats RC, ces deux phénomènes pourraient en outre inciter les assureurs à ne plus couvrir certains domaines ou certains préjudices.

(1) Le gouvernement américain envisage d'émettre lui-même des cat-bonds pour réassurer les catastrophes naturelles, mais cette possibilité se heurte à des réticences, car cela placerait l'État fédéral en position d'assureur en dernier ressort. Voir la note de l'agence financière de l'ambassade de France à Washington, *op. cit.*

Toutefois, au fil des dernières "affaires" (amiante, sang contaminé, arrêt Perruche), les autorités judiciaires (ministère de la Justice, Conseil d'État et Cour de cassation) ont pris conscience de la menace économique portée par certaines de leurs décisions. Ainsi, différents groupes de réflexion ont été créés afin d'élaborer des solutions en réponse à diverses questions. Celle de l'inflation des indemnités est traitée sous l'angle de l'équité dans le traitement des victimes dans un rapport du Conseil national de l'aide aux victimes (CNAV) publié en octobre 2003, intitulé "*L'indemnisation du dommage corporel*". Pour la question de l'insécurité juridique, M. Molfessis¹ a soumis le rapport de son groupe de travail au Premier président de la Cour de cassation en novembre 2004. L'insécurité juridique est dommageable, car elle fait planer un risque de modification ex-post des frontières d'un contrat, ce qui peut rendre difficile, voire impossible, la tarification d'un contrat d'assurance sur des bases objectives. L'État, en tant que législateur, doit limiter ce type d'incertitudes. Enfin, le Conseil d'État a recommandé une articulation raisonnée entre socialisation des risques, responsabilité et prévention (Conseil d'État, 2005). L'État devrait maintenant favoriser une régulation du pouvoir judiciaire par la diffusion de l'information et la promotion du dialogue et de la concertation afin de prévenir toute atteinte – même indirecte – de sa part à l'assurabilité des risques et assumer son rôle de modérateur des dynamiques judiciaires.

Deux objectifs semblent prioritaires. En premier lieu, il est du ressort de l'État de promouvoir une gestion concertée des problèmes suscités par la dérive des indemnisations comme par les revirements jurisprudentiels entre les différents acteurs (victimes, justice, Sécurité sociale et assureurs). La concertation semble en effet un moyen incontournable et encore peu utilisé pour réconcilier justice et économie, juste indemnisation des victimes et préservation de l'activité des assureurs. En second lieu, le débat sur les tenants et les aboutissants de la hausse des indemnisations ne pourra être résolu qu'à la condition de disposer des moyens d'analyse quantitative et qualitative du phénomène à l'œuvre. Alors seulement sera-t-on à même de mesurer la réalité de cette évolution et d'en identifier les clés, afin d'adopter les solutions adéquates en faisant porter le coût du "droit à indemnisation" soit sur la solidarité collective, soit sur les individus à travers des primes d'assurance plus élevées, soit sur les assureurs eux-mêmes, etc.

Pour atteindre le premier objectif de gestion concertée de la question des indemnisations par les différentes parties prenantes, il faudrait instituer un observatoire des indemnisations et de la jurisprudence, chargé d'une mission d'information et d'alerte en cas de dérives portant sur des revirements jurisprudentiels ou des montants d'indemnisation exagérés. Cet observatoire réunirait des représentants des victimes, des différents ministères impliqués (Justice, Économie et Finances, Santé...), de la Sécurité sociale et des assureurs. En son sein pourraient être élaborés des outils de régulation des indemnisations (nomenclatures, barèmes, méthodes d'indemnisation...). Il pourrait également remplir un rôle d'intermédiation entre les juges et le monde économique en favorisant l'information de l'un sur l'autre et la prise en compte par les deux bords des différents enjeux en cause.

(1) Molfessis, 2005.

Ajoutons ici qu'il pourrait également jouer un rôle pédagogique à l'égard des associations, en liaison avec les professionnels du secteur, dans la perspective de l'autorisation des recours collectifs. S'il est normal de protéger et de réparer, une évolution de nature "punitif" des demandes d'indemnisation obéit en revanche à d'autres motifs et risque d'avoir des effets pervers sur la santé financière des entreprises et du secteur de l'assurance.

Par ailleurs, en amont des décisions de justice pourraient se développer des procédés propres au système judiciaire dans le but de lutter contre l'instabilité juridique, et in fine contre la dérive des indemnisations. Contre les effets pervers des jugements rétroactifs, les Cours européennes (Cour de Justice des Communautés européennes, Cour européenne des Droits de l'Homme) ont déjà mis en place des mécanismes permettant de délimiter dans le temps l'application d'une jurisprudence : l'effet de certaines jurisprudences peut être limité à des situations qui se produiront à l'avenir afin que les acteurs économiques puissent agir en connaissance de cause. Le Conseil d'État a transposé cette méthode dans son arrêt sur l'UNEDIC rendu en mai 2004, et la Cour de cassation semble s'approprier à lui emboîter le pas, d'après les recommandations du rapport Molfessis. Une telle décision viendrait consolider l'édifice de stabilisation du cadre juridique français, affermissant ainsi le socle sur lequel se fondent les contrats d'assurance.

La banalisation de la procédure d'*amicus curiae*,¹ en amont de la décision du juge, pourrait y contribuer également. Cette procédure consiste à ouvrir le débat judiciaire à des acteurs extérieurs, dont les intérêts sont néanmoins affectés par le sujet en cause. Une telle démarche favoriserait une modulation des décisions judiciaires en fonction de leurs enjeux économiques généraux. Elle a déjà été appliquée par la Cour de cassation dans des affaires concernant l'assurance-vie, et figure parmi les recommandations du rapport Molfessis.

Enfin, on pourrait envisager d'introduire par la procédure du rescrit un mécanisme de coopération entre le juge et l'assureur dans la phase d'élaboration des contrats d'assurance. Sur le modèle du rescrit fiscal, le juge pourrait être consulté par l'assureur afin de garantir la validité des clauses prévues au contrat au regard de la loi. Son avis serait opposable à la Cour en cas de contentieux ultérieur. On développerait ainsi une mission de prévention de l'insécurité juridique autour des contrats d'assurance tout en prévenant une partie des contentieux devant les tribunaux suscités par leur application.

Pour atteindre le second objectif, consistant à obtenir une vision éclairée des évolutions de la justice, il faudrait – sur le plan quantitatif – mettre en place une base de données recensant les indemnisations accordées suite à des décisions de justice ou à des transactions avec les assureurs. La création d'une telle base de don-

(1) "Terminologie latine pour désigner la personnalité que la juridiction civile peut entendre sans formalités dans le but de rechercher des éléments propres à faciliter son information. Par exemple pour connaître les termes d'un usage local ou d'une règle professionnelle non écrite. L'*amicus curiae* n'est ni un témoin ni un expert, et il n'est pas soumis aux règles sur la récusation" (Serge Braudo, Dictionnaire du droit privé).

nées pour les préjudices corporels a été lancée au sein du ministère de la Justice en 2003, selon la recommandation du rapport du CNAV de mettre en place "une base de données nationale qui recense toutes les décisions rendues par les Cours d'appel en matière de réparation du dommage corporel ainsi que les transactions des assurances et des fonds spécialisés" (sang contaminé, terrorisme, amiante...). Dans le domaine de la responsabilité médicale, un dispositif de suivi des sinistres vient d'être mis en œuvre, notamment sous l'impulsion de la CCAMIP, dans le cadre de l'Observatoire des risques médicaux, qui a été installé en avril 2005 par le secrétaire d'État à l'Assurance-maladie. Il est chargé de collecter l'ensemble des données relatives à la sinistralité des établissements de santé et des médecins qui y travaillent : fréquence et origine des accidents médicaux, montant des indemnités versées aux victimes, etc. Rattaché à l'ONIAM, il recueille les données relatives aux sinistres d'un coût dépassant un certain seuil, que lui communiquent les assureurs et l'Assistance Publique de Paris.

Ces initiatives sont bienvenues et doivent être confortées. L'indemnisation du préjudice corporel étant la plus problématique en raison de ses composantes subjectives, un suivi statistique précis des évolutions en la matière serait particulièrement utile à la stabilité du système d'assurance au sens large. Ici, l'objectif primordial est d'établir un système de collecte et de consultation des données facilement accessible, recouvrant tous les préjudices corporels, quelle qu'en soit la source, et alimenté parallèlement par les tribunaux et par les assureurs. Au préalable, il est impératif de définir une nomenclature qui permette de distinguer les composantes du dommage corporel. Professionnels et victimes disposeraient ainsi de "références précises des niveaux d'indemnisation pour un même poste de préjudice". On briserait en outre l'isolement des différents tribunaux, identifié aujourd'hui comme un facteur de volatilité du montant des indemnisations. Par la suite, cette base de données permettrait de faire avancer le débat sur la pertinence d'une barémisation des indemnisations des préjudices corporels en donnant matière à des constats objectifs fondés sur les statistiques.

Sur le plan qualitatif, il faudrait stimuler la recherche prospective sur la justice en promouvant les échanges interdisciplinaires. L'organisme qui en serait chargé devrait réunir des juristes, des économistes, des sociologues et des philosophes pour analyser conjointement certaines évolutions du droit afin d'en dégager les enjeux pour l'avenir. Il fournirait ainsi au juge, comme au débat public, un référentiel précieux pour discerner les aspirations sociales fondamentales reflétées par le système judiciaire et imaginer les réponses à y apporter, dans la sphère judiciaire ou politique. La mise en place d'un tel organisme pourrait s'appuyer sur les conférences organisées depuis 2003 par la Cour de cassation en partenariat avec la chaire Régulation de Sciences Po qui, en réunissant juristes et économistes, visent à "mieux faire connaître et à discuter les théories économiques applicables au droit".

- **Proposition 5** : Un dispositif de supervision de la dynamique d'indemnisation

1. Créer un observatoire des indemnisations et de la jurisprudence chargé d'effectuer une veille sur ces phénomènes, de diffuser l'information

résultant de son analyse et d'alerter les pouvoirs publics en cas de dérive inflationniste manifeste.

2. Développer de nouveaux procédés judiciaires pour concilier justice et enjeux économiques : jugements pour l'avenir, amicus curiae et rescrit.

3. Mettre en place une base de données des indemnisations des préjudices corporels suite à une décision de justice ou à une transaction.

4. Créer un centre de recherche prospective multidisciplinaire sur la justice visant à dégager des aspirations sociales fondamentales.

L'articulation opérationnelle de ces différents instruments de régulation peut procéder de manière centralisée, sous la coupe d'un même organisme, ou bien par actions indépendantes au sein de ministères de référence. Dans le cas d'un pilotage centralisé, on pourrait concevoir l'organisation suivante. L'observatoire des indemnisations et de la jurisprudence pourrait chapeauter l'ensemble du dispositif de régulation des indemnisations. Il intégrerait ainsi la gestion de la base de données et du centre de recherche prospectif dans sa mission de veille et d'information. Il développerait en outre une mission de conseil envers les différents acteurs économiques et judiciaires pour les aider à concilier leurs préoccupations respectives.

Ce principe de supervision intégrée des mécanismes d'indemnisation pourrait être transposé à la gestion même de l'indemnisation. On pourrait en effet réunir dans une même structure les différents fonds d'indemnisation créés au fil des ans par les pouvoirs publics, en fonction des préjudices apparus (amiante, accidents médicaux...) afin d'harmoniser la gestion des indemnisations et de la rendre plus transparente. Ce fonds national d'indemnisation pourrait alors héberger l'observatoire des indemnisations et de la jurisprudence.

Néanmoins, dans l'hypothèse d'une gestion individualisée des différents instruments préconisés, il faudrait rester attentif à ce qu'ils restent ouverts à tous les acteurs de l'indemnisation afin de garantir l'exhaustivité de leurs informations. Par exemple, il faudrait éviter de reproduire les travers de la première base de données créée en matière d'indemnisation des accidents de la route. En effet, ce fichier AGIRA, dont la tenue et l'alimentation relèvent des assureurs, est peu utilisé car d'accès malaisé et de lecture difficile. En outre, les informations en provenance des tribunaux y sont lacunaires.

6. L'État incitateur

Nous avons vu comment peut s'amplifier, dans un contexte de hausse de la demande de protection, le risque d'inflation de l'assurance de confort et de résorption de l'assurance permettant l'initiative économique ou sociale. Le phénomène de déresponsabilisation des individus est au cœur de ce processus. Il conviendrait donc de réinjecter le sentiment de responsabilité dans notre système d'État providence. En effet, la solidarité ne peut durablement fonctionner sans responsabilité individuelle. Dans le cas contraire, l'aléa moral se développe, comme dans tout

système d'assurance. Dans un contexte de déresponsabilisation, certains, parce qu'ils paient leur prime d'assurance, considèrent qu'ils sont dédouanés de tout effort de prévention et qu'ils peuvent "consommer" de la protection sans limite. Cela concerne tout aussi bien l'assurance privée que la Sécurité sociale. Comment limiter ce phénomène ?

Face à l'aléa moral, les systèmes de bonus/malus et de franchise constituent des outils très adaptés. Au-delà de sa justification théorique, la logique du bonus/malus est profondément démocratique et respectueuse de la liberté et de la responsabilité de chacun, dans la mesure où elle rend comptable de ses actes. C'est bien pourquoi l'assurance joue un double rôle essentiel :

– d'un côté, elle permet de prendre des risques en les mutualisant ; cette fonction doit être étendue et défendue ;

– de l'autre, elle éduque, en faisant évoluer le risque lui-même. Une part importante des risques n'est pas, en effet, le fait du hasard mais de l'impréparation, de l'insouciance voire de la tentative de profiter du système. Ces éléments sont souvent qualifiés de hasard moral, autre nom de l'aléa moral. Car, en réalité, c'est de comportement, de mœurs, qu'il s'agit. Derrière hasard moral, il y a souvent faillite de la responsabilité, disparition de la personne. Dire : "j'ai une bonne assurance" équivaut souvent à : "je peux avoir un piètre comportement". Piètre parce que je n'entends pas changer, piètre parce que ce sont les autres qui règlent une large part des effets de ma conduite. L'assurance doit donc avoir un rôle éducateur, pédagogique même, en complément bien sûr d'autres institutions qui interviennent dans d'autres registres (écoles, lois et règlements, religions ou morales). C'est bien pourquoi il faut mettre en avant cette philosophie du bonus/malus, cette pédagogie de la liberté et de la responsabilité.

Il revient à l'État de montrer l'exemple, quand il intervient directement dans les mécanismes d'assurance, en particulier dans son rôle d'assureur et réassureur en dernier ressort. L'intervention de l'État en tant qu'assureur en dernier ressort est délicate, car elle pose un problème d'aléa moral : la solidarité nationale risque-t-elle de mettre en péril l'assurance de marché, si les citoyens comptent implicitement sur l'intervention de l'État et considèrent qu'il n'est pas nécessaire de s'assurer individuellement ? Latruffe et Picard (2002) soulignent ce "*dilemme entre objectif de solidarité et les incitations à la prévention dans l'assurance des catastrophes naturelles*".

Des mesures de ce type ont déjà été prises, dans le domaine de l'assurance-maladie par exemple : une partie des taxes sur le tabac et l'alcool est reversée à la Sécurité sociale ; la récente décision de ne pas rembourser un euro par consultation médicale est un exemple de franchise.

Cependant, il reste des domaines où l'incitation à la responsabilité et à la prévention ne s'est pas diffusée. Le cas du régime Cat. Nat. est souvent évoqué. Il permet certes de couvrir les dommages des catastrophes naturelles de façon satisfaisante, mais il n'incite pas assez à des comportements de prévention. Se sachant assurés, certains individus ou collectivités ne prennent pas les mesures nécessaires pour

limiter les dégâts (construction en zone inondable, etc.). Face à ce problème, la mise en place des plans de protection des risques (PPR) vise à sensibiliser les acteurs aux risques qu'ils courent et à préconiser des mesures qui portent sur l'urbanisation, la construction et la gestion des zones menacées. Confronté à leur faible efficacité, l'État a décidé en 2000 un renforcement du lien entre l'indemnisation et la prévention. Le dispositif, entré en vigueur en 2002, prévoit notamment une modulation de la franchise de base dans les communes sur lesquelles un PPR n'aura pas été prescrit. Même si cela a permis de lancer le processus d'adoption par les communes de PPR, les résultats risquent de rester très modestes. En effet, l'adoption d'un PPR un jour avant que la commune soit déclarée en état de catastrophe naturelle suffit pour ne pas subir de hausse de franchise.

Il convient donc de trouver d'autres méthodes d'incitation, en s'inspirant des outils développés dans d'autres domaines ou à l'étranger. Aux États-Unis par exemple, pour inciter à la prévention concernant les catastrophes naturelles et en particulier les séismes, des mécanismes ont été mis en place, tant au niveau fédéral qu'au niveau des États ou au niveau local : il s'agit par exemple d'allègement de taxes sur la propriété lorsque les propriétaires d'une construction font des rénovations antisismiques (*California's Proposition 127*)¹.

En France, une philosophie du bonus/malus analogue est proposée en matière de chômage² ou d'apprentissage.

- **Proposition 6** : un mécanisme de bonus/malus pour renforcer l'État assureur et réassureur

Dans les domaines où il intervient directement, l'État doit montrer l'exemple et mieux reponsabiliser les individus. Il pourrait faire payer le prix de ses fonctions de réassureur ou assureur en dernier ressort en adoptant des systèmes de type bonus/malus ou franchise, qui permettraient de :

- responsabiliser les citoyens quant aux risques pris en charges par l'État ; au-delà, éduquer à la responsabilité dans le champ de l'assurance en général ;
- inciter à la prévention des risques ;
- pérenniser financièrement les fonds ou les structures d'État dédiés à l'assurance.

Cette proposition s'applique notamment aux domaines suivants :

Les catastrophes naturelles : La réforme lancée par le ministre de l'Économie pour pérenniser le système Cat. Nat. devra tenir compte de l'im-

(1) Voir Grossi et Kunreuther, 2005.

(2) Concernant la protection de l'emploi, un système de bonus-malus sur les cotisations sociales payées par l'entreprise tenant compte du nombre d'embauches et de licenciements au cours de l'année pourrait être instauré. C'est une transposition du système d'expérience rating américain, qui fait payer plus les entreprises qui licencient plus. Voir Blanchard et Tirole (2003) repris dans Camdessus (2004) ; voir aussi Margolis et Fougère (2000).

portance de l'exigence de responsabilité individuelle dans un système fondé sur la solidarité nationale. La mise en place de mécanismes d'incitation suppose de connaître clairement les risques, ce qui milite pour une cartographie précise et nationale des zones à risques et des préventions conseillées.

La concentration géographique des activités en général : une taxe pourrait être mise en place. L'argument est le suivant : certes, les pôles de compétence et la concentration économiques sont efficaces et il n'est pas question de freiner leur développement. Par contre, la concentration crée de nouveaux risques, car elle supprime la mutualisation. Il serait donc logique de faire payer ce risque additionnel. La logique de bonus/malus interviendrait dans le fait que ceux qui font des efforts de prévention paieraient moins que les autres.

Les risques comportementaux : il serait utile de faire une cartographie des espaces possibles où la logique de bonus/malus pourrait s'étendre et ouvrir un débat national sur le sujet (santé, sécurité routière...).

La mise en œuvre de telles propositions suppose un certain nombre de précautions :

- la solidarité nationale doit être préservée et il ne faut pas basculer dans un régime où chacun ne s'assure que pour les risques qui le concerne directement, ce qui mettrait en péril la mutualisation ;
- la mise en place de bonus/malus est délicate, car il est injuste de faire payer ex-post un individu pour une décision qu'il a prise avant l'instauration du système ;
- dans le détail, les outils disponibles sont variés : pour éviter l'installation en zone inondable, on peut faire payer plus cher celui qui a déjà été inondé, ou celui qui n'a pas fait des efforts de prévention (équipement du domicile), ou faire porter la charge sur les collectivités territoriales responsables de l'installation...
- elle suppose de connaître les risques et leur répartition, et repose donc sur la fonction de chiffrage définie dans la **proposition 1** ;
- les incitations financières ne sont pas suffisantes pour faire changer les comportements (par exemple, la baisse de la consommation de tabac est liée aux effets de mode et aux campagnes publicitaires et de prévention). Les réponses assurancielles ne constituent donc qu'un aspect de la solution.



L'assurance française est performante. Par la coopération entre les acteurs privés et publics, elle a montré sa réactivité et sa résilience lors des difficultés qu'elle a dû affronter ces dernières années. Il n'y a jamais eu de grand sinistre en France, ni de faillite, qui ait réellement porté atteinte au secteur. Le système de régulation est très satisfaisant et contribue à la solidité du système par le contrôle de la solvabilité et le suivi des provisions. Cependant, la vulnérabilité des espaces économiques et urbanisés en cas de catastrophe, l'émergence de risques nouveaux et l'éventualité d'une dérive des indemnisations invitent à perfectionner encore le système.

Au terme de cet exercice d'exploration, volontairement orienté vers les scénarios pessimistes, on peut tirer plusieurs remarques. La première est que l'exercice des cas extrêmes doit entrer davantage dans nos analyses et nos comportements, pour contribuer à des décisions stratégiques. Concevoir des scénarios catastrophes n'est pas affoler pour le plaisir, c'est chercher à explorer des cas rares pour tenter d'en réduire encore la probabilité et le coût, et pour s'y préparer. La deuxième remarque est que le secteur de l'assurance ne peut que gagner à cette approche, avec une puissance publique prenant en considération les risques d'une dérive des coûts d'indemnisation. La troisième est que le renforcement des grands groupes d'assurance est la meilleure garantie du fait que l'État sera, à son tour, moins soumis aux risques.

Enfin, les six propositions avancées sont interdépendantes. Chiffrer pour éclairer, surveiller pour examiner comment on pourrait ou on aurait pu corriger (sachant que l'on chiffre), établir une structure nette de surveillance pour les groupes, financieriser des opérations extrêmes et ainsi mieux les chiffrer, ne pas confondre indemnité et punition, et ainsi limiter les coûts (et donc les chiffrages), mettre en place des logiques de bonus/malus, sont un ensemble interdépendant de règles, qui conduisent à responsabiliser tous les acteurs du système et les encouragent à anticiper les crises. Cet hexagone est à la base d'un renforcement à long terme de notre économie, en prenant consciemment en considération des risques économiquement extrêmes, en liaison avec des catastrophes, et la dérive, qui peut devenir catastrophique, des indemnités.

Néanmoins, les propositions restent délibérément imprécises dans leur mise en œuvre, car il appartient désormais aux acteurs d'en mesurer l'importance, de s'en saisir, de les amender ou de les affiner. D'où le sous-titre d' "exercice prospectif" que porte ce travail. De nombreuses pistes restent encore à explorer ou à approfondir : dans le domaine du développement durable par exemple, avec notamment la responsabilité sociale et environnementale des entreprises ; dans le domaine des nouveaux enjeux financiers ; ou encore aux frontières entre assurance privée et assurance sociale.

L'assureur est, bien souvent, un régulateur délégué des comportements, mais en fonction de ce que l'on souhaite pour l'économie et pour la société. Il est ainsi des risques à prendre, pour soutenir la croissance et l'emploi, et ils supposent des analyses des comportements que l'on entend soutenir. Il en est d'autres, que marque l'inflation des primes, qui ne sont pas nécessairement des choix de société, en toute hypothèse pas avec une claire conscience de ses effets. C'est la responsabilité des décideurs d'éclairer le futur des choix conscients, et convaincants, et de ceux qui le sont moins, moins conscients et moins convaincants. Nous formons des vœux pour que ce rapport ait pu contribuer à œuvrer dans le sens d'une société plus maîtresse de son futur.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRASSART (E.), "Un nouveau climat pour l'assurance", *Risques*, n° 50, juin 2002.
- ALBOUY (F.-X.), *Le Temps des catastrophes*, Descartes & Cie, 2002.
- BERNARD (P.), "Tsunamis, les risques dans l'Atlantique et en Méditerranée", *Pour la science*, n° 328, février 2005.
- BLANCHARD (O.) et TIROLE (J.), *Protection de l'emploi et procédures de licenciement*, rapport du CAE, n° 44.
- BRI, 63^e rapport annuel, Bâle, juin 1993.
- CAMDESSUS (M.), *Le sursaut : vers une nouvelle croissance pour la France ?*, La Documentation française, 2004.
- CCA, Tableaux de synthèse des entreprises d'assurance et de réassurance – Exercice 2002, 2003.
- CCA, Première totalisation des comptes 2003, *Note d'information*, n° 5, juin 2004.
- CHARPENTIER (A.) et DENUIT (M.), *Mathématiques de l'assurance non-vie – Concepts fondamentaux de théorie du risque*, 2004.
- CHAVEZ-DEMOULIN (V.) et ROEHL (A.), *Extreme Value Theory Can Save Your Neck*, 2004.
- CHEMARIN (S.), C. HENRY (C.) et MICHEL-KERJAN (E.), *Incertitude, précaution et assurabilité*, étude réalisée pour le Commissariat général du Plan, 2004.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *X^e Plan : La France, l'Europe*, Livre de Poche, 1989.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *La prévention des risques naturels*, rapport de l'instance d'évaluation présidée par Paul-Henri Bourrelier, La Documentation française, 1997.

Bibliographie

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *OGM et agriculture : options pour l'action publique*, rapport du groupe présidé par Bernard Chevassus-au-Louis, La Documentation française, 2001.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, *La décision publique face aux risques*, rapport du séminaire "Risques" animé par Michel Matheu, La Documentation française, 2002.

COMMISSION BANCAIRE, Commission de contrôle des assurances, Autorité des marchés financiers, "Résultats de l'enquête de place française sur les instruments de transfert des risques de crédit", *Revue de la Stabilité Financière*, n° 4, juin 2004.

CONSEIL D'ÉTAT, (2005), rapport public, "Jurisprudence et Avis de 2004", *Responsabilité et socialisation du risque*, La Documentation française, 2005.

DATAR, *La gestion des risques à l'horizon 2020*, sous la direction de C. Pivot et F. Rychen, Éditions de l'Aube, 2003.

DE BANDT (O.) et OUNG (V.), "Bilan des stress tests menés sur le système bancaire français", *Revue de la Stabilité Financière*, n° 5, novembre 2004.

DIONNE (G.) et DOHERTY (N.), "Adverse Selection in Insurance Markets : A Selective Survey", in Dionne (G.), *Contributions to Insurance Economics*, Kluwer, Boston, 1992.

DUPUY (J.-P.), *Pour un catastrophisme éclairé : quand l'impossible est certain*, Seuil, 2002.

EMBRECHTS (P.), KLÜPPELBERG (C.) et MIKOSH (T.), *Extremal Events in Finance and Insurance*, Springer Verlag, New York, 1997.

FFSA, *L'assurance française en 2003*, 2004.

FMI, *Financial Stability Report*, 2004.

FREEMAN (M.) et FUJIKI (M.), "Why Some Japanese Insurers Are Failing", *Emphasis 2001/3*, Tillinghast, 2001.

GAO (United States Government Accountability Office) (2005), *Catastrophe Risk : US and European Approaches to Insure Natural Catastrophe and Terrorism Risks*, GAO-05-199, février 2005.

GODARD (O.), HENRY (C.), LAGADEC (P.) et MICHEL-KERJAN (E.), *Traité des nouveaux risques*, Gallimard, Folio Actuel, 2002.

GOLLIER (C.), "Vers une théorie économique des limites de l'assurabilité", *Revue d'Économie Financière*, n° 37, été 1996.

GROSSI (P.) et KUNREUTHER (H.), *Catastrophe Modeling: A New Approach to Managing Risk*, 2005.

GUILHAMON (J.-P.), "Innovation en assurance et sécurité routière : une vision de long terme", *Risques*, n° 56, 2003.

HARTWIG (R.), *2004 Mid-Year Property Casualty Insurance Update*, Insurance Information Institute, Présentation, 1^{er} juillet 2004.

- HUBBARD (R. G.) et DEAL (B.), *The Economic Effects of Federal Participation in Terrorism Risk*, Analysis group, 2004.
- KESSLER (D.), Discours d'ouverture des Entretiens de l'assurance des 9 et 10 décembre 2002.
- KUNREUTHER (H.), MICHEL-KERJAN (E.) et PORTER (B.), "Assessing, Managing and Financing Extreme Events : Dealing with Terrorism", NBER, *document de travail*, n° 10179, décembre 2003.
- LACU (C.), "L'assurance-vie : une autre face de la crise financière japonaise", *Lettre du CEPII*, n° 196, décembre 2000.
- LATRUFFE (L.) et PICARD (P.), "Assurance des catastrophes naturelles : faut-il choisir entre prévention et solidarité ?", *Annales d'Économie et de Statistiques*, 2002, à paraître.
- MARGOLIS (D.) et FOUGÈRE (D.), "Moduler les cotisations employeurs à l'assurance-chômage : les expériences de bonus/malus aux États-Unis", *Revue Française d'Économie*, volume XV, 2, octobre 2000.
- MICHEL-KERJAN (E.), "Terrorisme à grande échelle : partage des risques et politiques publiques", *Revue d'Économie Politique*, n° 113 (5), septembre-octobre 2003.
- MOLFESSIS (N.), *Les revirements de jurisprudence*, rapport remis à M. le Premier président de la Cour de cassation, Juris Classeur, 2005.
- MORVANT (Y.), *Activités économiques et territoires*, DATAR, Éditions de l'Aube, 2004.
- OCDE, *Les risques émergents au XXI^e siècle*, 2003.
- PERETTI-WATEL (P.), *La société du risque*, collection Repères, La Découverte, 2001.
- PICARD (P.), "L'assureur face à la judiciarisation", *Risques*, n° 43, septembre 2000.
- PICARD (P.), "Un enjeu crucial pour les assureurs", *Risques*, n° 52, décembre 2002.
- RAVIER (P.-H.), "Les risques de la mondialisation", *Risques*, n° 51, septembre 2002.
- ROCHE (P.-A.), "Quand la Seine paralysera l'Île-de-France", *Courrier de la Planète*, n° 72, 2004.
- SÉNAT, "Assurons l'avenir de l'assurance", *Les Rapports du Sénat*, n° 45, 1998-1999.
- SÉNAT, "Inondations dans la Somme : des leçons pour l'avenir", *Les Rapports du Sénat*, n° 34, 2001-2002.
- SWISS RE, "Exploitation du potentiel de croissance des marchés émergents de l'assurance", *Sigma*, n° 5/2004, 2004a.
- SWISS RE, "L'aspect financier des sinistres de responsabilité civile ou comment assurer une cible mouvante", *Sigma*, n° 6/2004, 2004b.
- THUAU (M.), "La reconnaissance du statut de victime. L'exemple de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse", *Stress et Trauma*, n° 2004 ; 4 (1), 2004.

Bibliographie

TILLINGHAST, *U.S. Tort Costs : 2004 Update. Trends and Findings on the Cost of the U.S. Tort System*, 2004.

TRAINAR (P.), "Assurance et stabilité financière", *Revue de la Stabilité Financière*, n° 5, novembre 2004.

WINTER (R.), "Moral Hazard and Insurance Contracts", in Dionne (G.), *Contributions to Insurance Economics*, Kluwer, Boston, 1992.

ZAJDENWEBER (D.), *Économie des extrêmes*, Flammarion, 2000.

ANNEXE 1

Composition du groupe de projet *Télémaque*

Co-chefs de projet

Jean-Paul Betbéze, *chef économiste et directeur des études économiques, Crédit Agricole S.A.*

Guilhem Bentoglio, *chargé de mission, Service économique, financier et international, Commissariat général du Plan*

Membres du groupe

Bertille Canivet, *chargée de mission, Service économique, financier et international, Commissariat général du Plan*

Arthur Charpentier, *professeur-assistant, École nationale de la statistique et de l'administration économique*

Olivier Passet, *chef du service, Service économique, financier et international, Commissariat général du Plan*

Nicole Rampon, *assistante, Commissariat général du Plan*

Florian Roger, *Crédit Agricole S.A.*

Liste des personnes auditionnées

Jean Azéma, *directeur général, Groupama S.A.*

Arnaud Barbet-Massin, *managing director, recherche 1 consulting, CLC Bourse, Crédit Lyonnais*

Christophe Blanc, *chef du bureau "Environnement et agriculture", Direction de la Prévision*

Annexe 1

François Bucchini, *directeur financier, AXA Risque*

Sophie Chemarin, *THEMA, université de Paris-X Nanterre*

Frédéric Cherbonnier, *chef du bureau "Marchés mondiaux", Direction de la Prévision*

Jacques Delmas-Marsalet, *président, Commission de contrôle des assurances*

Claude Delpoux, *Fédération française des Sociétés d'assurances*

Pierre Florin, *directeur général adjoint et directeur "External affairs", groupe AXA*

Stéphane Gallon, *chef du bureau "Politique industrielle et innovation", Direction de la Prévision*

Christian Gollier, *professeur, université de Toulouse*

Claude Henry, *directeur de recherche, CNRS*

Valéry Jost, *chef du bureau "Marchés et produits d'assurance", Direction du Trésor*

Bertrand Jounin, *directeur recherche et consulting, CLC Bourse, Crédit Lyonnais entreprise d'investissement*

Driss Lamrani, *analyste assurance Europe, Crédit Lyonnais Securities*

Elman Le Pas de Sécheval, *directeur financier, Groupama*

Franck Le Vallois, *chargé de la communication du secrétaire général, Commission de contrôle des assurances*

Emmanuel Massé, *chef du bureau "Évaluation des normes et de la sécurité environnementale", ministère de l'Écologie et du Développement durable*

Jean-Paul Milot, *chef de la mission "Normes comptables", Direction de la réforme budgétaire*

Guillaume Rosenwald, *directeur des marchés, Direction des assurances de biens et de responsabilité, Fédération française des Sociétés d'assurances*

Jean-Claude Thébault, *directeur des institutions financières, Direction générale marché intérieur, Commission européenne*

Michaël Thom, *administrateur principal, Direction générale marché intérieur, Commission européenne*

Philippe Trainar, *directeur des Affaires économiques, financières et internationales, Fédération française des Sociétés d'assurances*

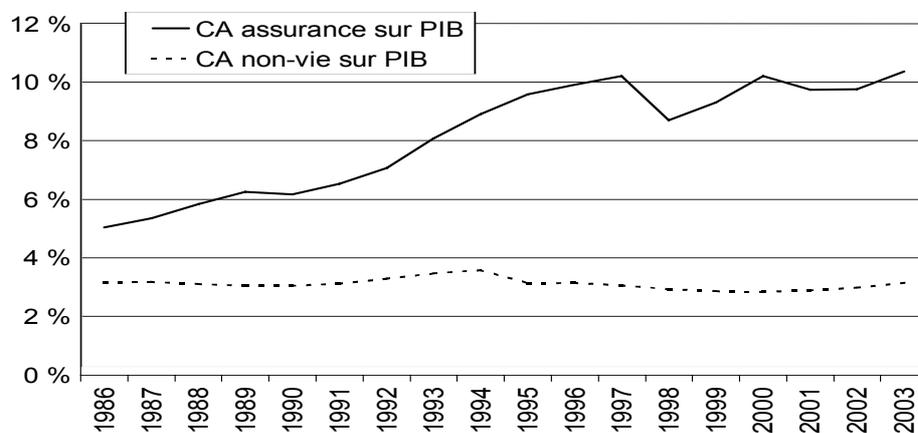
Pierre-Jean Vouette, *commissaire-contrôleur des assurances, Commission de contrôle des assurances*

ANNEXE 2

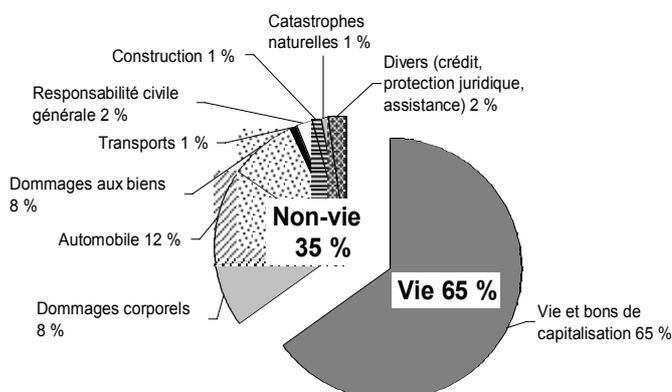
Le secteur de l'assurance en chiffres

Sources : FFSA, sauf mention contraire.

Le chiffre d'affaires du secteur de l'assurance en France en 2003 s'élève à 141,8 milliards d'euros, soit l'équivalent de 10,4 % du PIB. Ce chiffre est différent de la part du secteur de l'assurance dans le PIB français, qui atteint 0,8 % en 2003.



Depuis 1986, le montant des primes versées aux assureurs au titre de l'assurance non-vie s'est accru sur un rythme similaire à celui du PIB, puisqu'il s'est maintenu autour de 3 % du PIB. En revanche, la montée en puissance des contrats d'assurance-vie est à l'origine de l'accélération globale de la croissance des primes d'assurance par rapport à celle du PIB français (10,4 % du PIB en 2003 contre 5 % en 1986).



Ventilation du CA des assureurs français en 2003

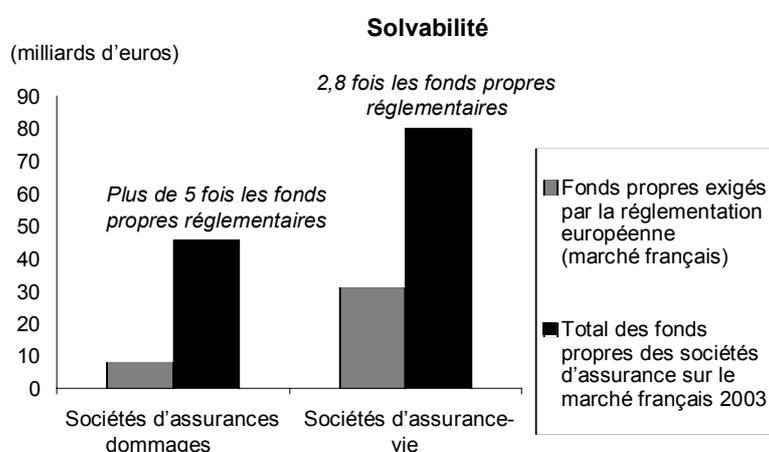
(milliards d'euros)	CA de l'assurance française 2003	Sommes attribuées aux assurés 2003	Sommes attribuées aux assurés rapportées au CA de chaque branche
Total affaires directes	141,8	122,9	87 %
Vie (assurances en cas de vie, de décès, et bons de capitalisation)	92	84,3	92 %
Automobile	17,1	13,8	81 %
Dommages aux biens	11,8	8,3	70 %
Dommages corporels	11,2	8,9	79 %
Responsabilité civile générale	2,6	2,2	85 %
Construction	1,5	1,6	107 %
Transports	1,2	0,8	67 %
Catastrophes naturelles	1,2	1,4	117 %
Divers (crédit, protection juridique, assistance)	3,2	1,6	50 %

Chiffre d'affaires directs : produit des opérations d'assurance réalisées en France par les sociétés, françaises ou étrangères, agréées sur le marché français, et par les succursales de sociétés européennes y opérant, hors acceptations de réassurance.

Sommes attribuées aux assurés : sommes versées aux assurés ou créditées aux provisions techniques et correspondant aux engagements pris par les sociétés à l'égard des assurés.

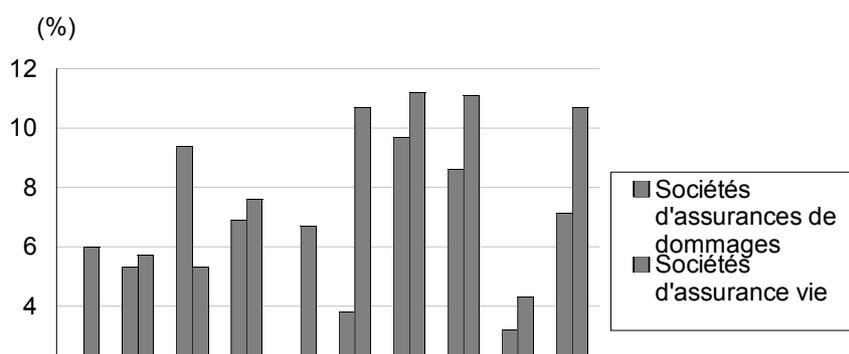
Le chiffre d'affaires des sociétés spécialisées en **réassurance** s'élève, quant à lui, à 9,1 milliards d'euros, ce qui donne à ces dernières un poids économique très inférieur à celui des sociétés d'assurance.

Solvabilité : un niveau minimum de fonds propres est imposé aux assureurs par la réglementation européenne afin de garantir leur capacité à faire face aux engagements pris envers les assurés. En France, au total, ces fonds sont largement supérieurs aux normes réglementaires.



La rentabilité moyenne des sociétés d'assurance en France se montre très dépendante de la situation des marchés financiers, ce qui souligne l'importance des produits de placement dans les résultats de ce secteur, particulièrement dans le segment de l'assurance-vie.

Rentabilités moyennes des assureurs en France



Rentabilité : résultat comptable rapporté aux fonds propres (en pourcentage).

Parmi les principaux acteurs français du secteur, seul AXA fait partie des leaders mondiaux (deuxième rang mondial en termes de chiffre d'affaires en 2001, d'après Solving International).

Dix premiers groupes d'assurance français en 2003 (cotisations en milliards d'euros)	Consolidé	En France	
		Vie	Dommmages
AXA	71,6	10,9	4,6
CNP	19,5	17,2	1,4
AGF	16,5	5,3	4,3
Groupama	12,9	3,6	6,9
Prédica/Pacifica	11,4	10,7	0,7
Generali France	9,6	6,1	3,4
BNP Paribas Assurance	9,3	6,6	0
Sogecap	5,9	5,7	0
ACM	4,9	3,7	1,2
UAF	4,5	3,9	0,2

Les principaux réassureurs mondiaux en 2003		
Société	Pays d'origine	Primes nettes (milliards de dollars)
Munich Re	Allemagne	26,8
Swiss Re	Suisse	24,9
Berkshire / Gen Re	États-Unis	12,7
Hannover	Allemagne	10,3
GE Global	États-Unis	9,7
Everest Re	Bermudes	4,3
Scor	France	4,3
Converium	Suisse	3,8
Partner Re	Bermudes	3,6
XL Re	Bermudes	3,5
Transatlantic Re	États-Unis	3,3
London Re	Canada	2,7

La revue des principales catastrophes recensées à ce jour, met en évidence l'impact des catastrophes naturelles et des effets de concentration (tornades aux États-Unis, explosion de l'usine AZF en zone urbaine en France).

Les 10 sinistres les plus coûteux dans le monde, en montant assuré (1970-2003)				
Pays	Date	Événement	Montant (millions de dollars)	Victimes
États-Unis	Septembre 2001	Attentat terroriste	32 500	3 025
États-Unis	Août 2002	Ouragan "Andrew"	20 900	43
États-Unis	Janvier 1994	Trembl. de terre	17 312	60
Japon	Septembre 1991	Typhon "Mireille"	7 598	51
Europe	Janvier 1990	Tempête "Daria"	6 441	95
Europe	Décembre 1999	Tempête "Lothar"	6 382	110
États-Unis	Septembre 1989	Ouragan "Hugo"	6 203	71
Europe	Octobre 1987	Temp. et inond.	4 739	22
Europe	Février 1990	Tempête "Vivian"	4 445	64

Source : Swiss Re, Sigma, 1/2004 ; Hartwig, 2004 (évaluation des dégâts du 11 septembre 2001)

NB : la facture pour les assureurs de l'ensemble des dégâts occasionnés en 2004 par les ouragans américains et les typhons japonais ("Charley", "Frances", "Ivan", "Jeanne" et "Ma-On") est estimée en octobre 2004 à 25 milliards de dollars (source : Morgan Stanley Research).

Les sinistres incendie-explosion les plus importants des dix dernières années en France		
(en monnaie constante)		Millions d'euros
Septembre 2001	Industrie chimique (professionnels et particuliers)	1 125
Mai 1996	Grand ensemble immobilier à usage de bureaux	331
Novembre 1996	Tunnel sous la Manche	192
Mars 1994	Centrale thermique	91
Août 1994	Industrie agroalimentaire	63
Février 1994	Industrie agroalimentaire	47

ANNEXE 3

Assurabilité et non-assurabilité

Il existe des risques que le marché de l'assurance ne peut pas, ou ne peut que difficilement, couvrir. Cette question est cruciale dans le contexte actuel : la culture du risque zéro se propage et la demande sociale est très grande pour rendre assurables tous les risques. Si le secteur privé ne peut couvrir un risque que la société considère nécessaire d'assurer, l'État doit alors intervenir, soit par la solidarité nationale en indemnisant directement les victimes, soit en mettant en œuvre des politiques publiques permettant de rendre assurables, par le marché, des risques qui ne le seraient pas sans son intervention. Un risque est, en effet, dit assurable si la personne qui porte le risque peut le transférer vers un autre agent économique (une compagnie d'assurance) à un prix qui rend l'échange intéressant pour chacune des parties.

Parmi les raisons pour lesquelles un risque s'avère non assurable, on peut citer les cas où :

- les dommages peuvent être tellement élevés que cela dépasse les capacités des assurances (cela concerne des risques souvent très rares, très coûteux et difficilement diversifiables, comme les grandes catastrophes climatiques, industrielles ou terroristes) ;
- des incertitudes sur les risques ou leur environnement font qu'il est difficile de savoir combien pourrait coûter un sinistre : soit on ne connaît pas la probabilité d'occurrence d'un risque ou son coût potentiel (cas de "nouveaux" risques tels que les catastrophes nucléaires ou environnementales), soit c'est le cadre législatif et judiciaire d'un risque connu qui est incertain (changement des règles de responsabilité après la survenue d'un sinistre, comme dans le cas de l'amiante) ;
- les compagnies d'assurance manquent d'informations sur les assurés pour pouvoir proposer des produits permettant une couverture universelle : aléa moral ou sélection adverse.

Annexe 3

La recherche dans le domaine de la statistique permet de rendre probabilisables certains risques extrêmes, ce qui étend le champ de l'assurable ¹. Dans le cas des ouragans, il est possible, à partir de l'étude statistique des événements passés, de déduire la loi de probabilité qui donne la fréquence des ouragans en fonction de leur intensité (loi de Pareto), et, à partir des propriétés de cette loi, de donner la probabilité d'occurrence d'un ouragan qui aurait une intensité supérieure à tous les ouragans passés ².

(1) Chemarin, Henry et Michel-Kerjan, 2004.

(2) Zajdenweber, 2000 ; Embrechts, Kluppelberg et Mikosh, 1997 ; Charpentier et Denuit, 2004.

ANNEXE 4

La marge de solvabilité

La marge de solvabilité fut mise en place de manière obligatoire et harmonisée au plan européen en 1973 pour l'assurance non-vie et en 1979 pour l'assurance-vie. Une nouvelle génération de directives a vu le jour en 1992, créant le marché unique des assurances. Ce dernier a institué le "passeport unique," qui permet aux assurances agréées par les autorités de surveillance d'un État membre de vendre leurs produits sur l'ensemble du territoire européen.

Les directives européennes de 2002, constituant ce qui est généralement appelé "Solvency I," visent à renforcer la protection des assurés via notamment le relèvement des marges de solvabilité. Elles ont été transposées en droit français par décret en décembre 2003 et s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2004. Les fonds propres d'une entreprise d'assurance-dommages doivent désormais représenter au moins 18 % des primes (pour la première tranche de 50 millions d'euros de primes encaissées et 16 % au-delà) et au moins 26 % des sinistres bruts de réassurance (pour la première tranche de 35 millions d'euros et 23 % au-delà), diminués du coefficient de cession des sinistres aux réassureurs, avec un maximum de 50 %. Dans l'assurance-vie, les ratios réglementaires minima sont de 4 % des provisions mathématiques, avec prise en compte de la réassurance à hauteur de 15 % maximum.

Les ratios effectifs sont nettement supérieurs aux marges réglementaires : en France, en 2003, la marge de solvabilité atteint, plus-values latentes comprises, 2,8 fois la marge réglementaire dans l'assurance-vie et 5 fois celle dans l'assurance-dommages (*source : FFSA*).

Les deux directives de Solvency I ne constituent qu'une simple amélioration du dispositif existant. Toutefois, elles ne permettent pas encore d'appréhender pleinement la "solvabilité globale" d'une entreprise d'assurance. De plus, le système est

fondé sur de multiples éléments implicites qui engendrent une forte disparité d'interprétations et de pratiques parmi les différents États membres. La Commission européenne décide alors de mettre en place le projet Solvency II afin que les exigences de solvabilité soient en meilleure adéquation avec les risques effectivement assumés par les assurances et que les mesures de solvabilité soient appliquées plus efficacement et uniformément au sein de l'Union européenne.

Ce projet devrait être mené selon la procédure dite de Lamfalussy ou de comitologie initiée dans le domaine des valeurs mobilières ¹. Cette approche s'articule autour de quatre phases au cours desquelles les institutions de l'UE élaborent les principes clés de la législation, tandis que les détails techniques sont examinés par des comités sectoriels spécialisés. Elle requiert notamment la mise en place et la participation de deux entités : le Comité européen des assurances et des pensions professionnelles (CEAPP) et le Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles (CECAPP). Le CEAPP, qui remplace le Comité des assurances, est chargé de mettre au point des mesures d'exécution technique des dispositions communautaires. Le CECAPP, qui réunit les autorités de contrôle des États membres de l'Union ainsi que des États impliqués dans l'accord sur l'Espace économique européen, doit établir des recommandations relatives à l'interprétation des directives pour garantir une mise en œuvre et une application cohérentes.

Par ailleurs, Solvency II s'inspire directement du nouvel accord de Bâle dans le secteur bancaire ². Son architecture repose ainsi sur les trois mêmes piliers fondamentaux :

- le premier (*quantitative capital requirements*) concerne les obligations minimales de fonds propres que doivent fournir les assurances dans leur ratio de solvabilité ;
- le deuxième s'intéresse au rôle que doivent entretenir les autorités de supervision ;
- le troisième s'occupe de promouvoir la discipline de marché pour favoriser un management prudent des assurances. Il s'agit d'augmenter le degré de transparence de l'information financière donnée par les entreprises.

À tous les niveaux, l'objectif est d'inciter les assurances à mieux évaluer et gérer leurs risques. D'ailleurs, dans le premier pilier, conformément à la logique de l'accord de Bâle, les méthodes internes de contrôle des risques devraient être favorisées.

Globalement, la structure de Solvency II est maintenant définie. Toutefois, il reste de nombreux points pratiques et techniques à traiter. La Commission européenne

(1) *Rapport final du Comité des sages sur la régulation des marchés européens des valeurs mobilières, Commission européenne, 15 février 2001.*

(2) *International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards : a Revised Framework, Comité de Bâle, 26 juin 2004.*

a comme objectif d'aboutir à une proposition à la fin de l'année 2005. Le projet Solvency II pourrait alors être finalisé en 2007 et entrer en vigueur dans son intégralité en 2009-2010. En attendant cette échéance, la Commission a lancé un projet de directive pour la réassurance (*fast track procedure*) devant permettre de supprimer les barrières transfrontalières pour les services de réassurance, de négocier des accords de reconnaissance mutuelle avec les pays tiers et de favoriser la stabilité macro-économique.

ANNEXE 5

L'assurance et les normes IAS-IFRS

Afin d'améliorer la transparence des comptes, d'enrichir l'information des investisseurs, de renforcer la comparabilité des performances respectives des entreprises (au sein de l'Union européenne mais aussi avec les États-Unis) et d'obtenir un meilleur contrôle sur la solvabilité des groupes internationaux, la Commission européenne a décidé d'établir des normes comptables communes. Toutes les entreprises européennes seront ainsi tenues d'établir leurs comptes consolidés conformément aux normes internationales IAS (*International Accounting Standards*, rebaptisées *International Financial Reporting Standards* ou IFRS) pour chaque exercice commençant le 1^{er} janvier 2005 ou après cette date (règlement européen du 19 juillet 2002). L'application de ces normes au domaine de l'assurance est très délicate du fait des spécificités de cette activité (très longue durée des engagements à comptabiliser, charges futures difficiles à prévoir, risques non additifs, lien actif-passif très étroit...). La Commission européenne a alors décidé d'établir deux phases pour leur mise en œuvre :

- La première débutera le 1^{er} janvier 2005. Les entreprises d'assurances pourront alors encore choisir d'adopter leurs normes locales sous un certain nombre de restrictions. Le but de cette période transitoire est de laisser le temps à l'IASB et à la Commission d'établir de nouveaux standards efficaces et d'assurer une continuité avec les règles antérieures. Les restrictions imposées par la Commission sont toutefois assez importantes. Elles proviennent notamment d'une déclinaison des normes IAS 32 et IAS 39 "Instruments financiers" à l'assurance. Elles obligent les assureurs à comptabiliser certains actifs de leur bilan en "juste valeur" (valeur de revente actuelle ¹⁾). Le

(1) Plus précisément l'IASB définit la "juste valeur" comme "le montant pour lequel un élément d'actif ou de passif pourrait être réglé entre parties bien informées et consentantes, dans le cadre d'une transaction effectuée dans des conditions de concurrence normale".

Annexe 5

passif peut, en revanche, continuer d'être évalué à la valeur amortie (proche de la valeur historique).

- La seconde phase verra l'application définitive des nouvelles normes lorsque celles-ci seront clairement définies (avec notamment une révision des normes IAS 32 et IAS 39). Cette phase demeure aujourd'hui très peu avancée et son application ne devrait pas intervenir avant 2007-2008, voire 2009.

ANNEXE 6

Pools d'assurance en France et à l'étranger

En France, les pools suivants permettent de couvrir un certain nombre de risques non assurables par le marché :

	Matériels	Corporels
Événements naturels		
Catastrophes naturelles (loi 1982)	Dispositif <i>catastrophe naturelle</i>	GAV – Garantie des accidents de la vie
Autres événements naturels	Réassurance	
Catégories agricoles	FNGCA	
Événements industriels		
Responsabilité civile industrie	Pool Assurpol Pool Assuratome	FIVA et FCAATA (amiante)
	FGA (non assurés)	ONIAM (accidents médicaux)
	FIPOL (pollution maritime)	
Responsabilité civile construction	–	
Dommmage	BCR (coassurance grands risques) CESAM (coassurance transports) Risques satellites (CCR)	
Guerre et attentats		
Guerre	GAREX (maritime) Garantie CCR (aviation)	
Attentats	GAREAT	FGTI
Corse	Pool des risques aggravés	

● Des exemples de pools d'assurance à l'étranger

En *Belgique*, un système d'intervention publique (Fonds de calamités naturelles) permet d'indemniser les catastrophes naturelles. Ce système permet essentiellement de couvrir les événements tempêtes (couverture obligatoire depuis 1995). Un projet de loi prévoit la mise en place d'un système associant à la couverture assurancielle une intervention de l'État à travers le fonds au-delà de 280 millions d'euros pour les inondations, 700 millions pour les tremblements de terre. S'il ne s'agit que d'un projet depuis des années, la raison principale en incombe aux assureurs belges qui exigent une définition préalable de zones à risques, indispensable à un travail de prévention.

Le *Danemark* a mis en place un dispositif pour la couverture des inondations, en particulier les inondations littorales, depuis 1991. Cette couverture est financée par une taxe annuelle (de l'ordre de 3 euros) sur toutes les polices.

Notons qu'aux *Pays-Bas* par exemple, les inondations ne sont pas un risque assurable (puisqu'il s'agit d'un événement certain). Les mécanismes de précautions prévalent donc.

Mise en place en 1980, l'assurance des catastrophes naturelles via le *Naturskadepool* en *Norvège* est obligatoire suite à une loi de 1979, succédant ainsi au Fonds norvégien de catastrophes naturelles (créé en 1961).

Le pool *Pharmarpool*, en *Allemagne*, a été créé en 1978 suite à une forte hausse des primes en responsabilité civile, consécutive au sinistre de la *Thalidomide-Contergan*. Ce fonds a ainsi permis de régler par la suite les sinistres induits par la transfusion sanguine. Des pools similaires existent en *Norvège* et en *Suède*, ainsi que des pools médicaux et hospitaliers en *Islande* ou au *Danemark*.

Pool Re, au *Royaume-Uni*, a été mis en place en 1973, suite à la vague d'attentats à Londres, pour offrir une couverture du risque attentat.

En 2002 a été créée à Cologne l'*Extremus Versicherungs-AG*, compagnie spécifique pour couvrir le risque terroriste en *Allemagne*. L'intégralité des contrats signés est rétrocédée à 16 assureurs et réassureurs allemands (16 % pour Allianz et Munich Re, 15 % pour Swiss Re Germany). Les sinistres doivent survenir en *Allemagne* pour un montant de dommage supérieur à 25 millions d'euros. La capacité annuelle totale est de l'ordre de 13 milliards d'euros, le premier 1,5 milliard étant à la charge des compagnies d'assurances allemandes, 1,5 milliard étant cédé à de la réassurance internationale et l'État Allemand étant engagé sur un montant de 10 milliards au-delà des trois premiers.

Mis en place en *Espagne* dès 1941, l'assureur public *Consortio de Compensación de Seguros* propose de couvrir l'ensemble des catastrophes (avec garantie de l'État) : pollution, risques naturels, terrorisme, fonds de garantie automobile, fonds de solvabilité des assureurs, etc. De 1989 à 2001, 86 % des indem-

nisations versées ont été relatives à des inondations, 12 % pour le terrorisme, pour un montant total de l'ordre d'un milliard d'euros.

Aux *États-Unis*, des solutions ont été proposées soit au niveau fédéral, soit au niveau des États. On notera :

- le *National Flood Insurance Program* (NFIP), mis en place en 1968, au niveau fédéral, avec une assurance obligatoire pour les zones inondables (pour éviter le financement ex-post par l'impôt). Les assureurs sont réassurés auprès de la FEMA qui possède une garantie de l'État fédéral ;
- la *California Earthquake Authority* (CEA), mise en place en 1996, uniquement en Californie. Il s'agit d'un montage financier incluant de la réassurance et de la titrisation. Ses capacités sont supérieures à 7 milliards de dollars ;
- les fonds tels que EQUITIME (terrorisme aviation) mis en place en 2001, *Federal Emergency Management Agency* (FEMA), mise en place en 1979 pour gérer tout type de catastrophe majeure, ou des projets tel que le FRIST, permettant de couvrir l'amiante au niveau fédéral.