



L'ASSURANCE AUTO FACE À LA BAISSÉ DES ACCIDENTS DE LA ROUTE

JEAN-LUC DE BOISSIEU *

La baisse spectaculaire des accidents de la route depuis 2002 est-elle une bonne chose pour le secteur de l'assurance ? Elle a créé une forte attente dans l'opinion publique, amplement relayée par le gouvernement Raffarin, de baisse des cotisations : le public entend avoir la preuve concrète que la prudence au volant se traduit par une baisse effective des tarifs. On peut penser également que dans le subconscient collectif, il est acquis que les prix sont libres et que, de ce fait, ils peuvent varier à la hausse comme à la baisse selon des engrenages économiques transparents : l'homme de la rue accepte que le pétrole fluctue, que les taux d'intérêt ou le cours des actions soient imprévisibles, mais il ne supporte plus les hausses automatiques, non justifiées.

Le moins que l'on puisse dire est que l'assurance française a, entre 2004 et 2005, répondu à la légitime attente des automobilistes, mais qu'elle n'a jamais expliqué clairement quelle était sa marge de manœuvre : probablement parce qu'elle n'est pas unanime sur le sujet, peut-être aussi parce qu'elle n'a plus de leader capable de parler au nom de tous.

GÉRER L'ÉCART ENTRE LES ANNONCES ET LES CHIFFRES

Les assureurs sont restés sans réaction devant la campagne médiatique du gouvernement qui, mois après mois, assenait les chiffres de baisse du nombre de tués et de blessés sur les routes. Les chiffres sont, certes, éloquentes, puisqu'en l'espace de 3 ans (de 2002 à 2004), le nombre de morts est passé de 7 000 à 5 000, et le nombre de blessés de 200 000

* Secrétaire général du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA).



à 150 000, par an. La délégation interministérielle à la sécurité routière publie régulièrement des chiffres précis, indiscutés et le silence des assureurs a valu, comme disent les juristes, approbation tacite : si les chiffres officiels étaient faux, il n'appartenait qu'aux assureurs de les contester et d'alimenter l'opinion publique avec d'autres chiffres.

Or, en la circonstance, les assureurs avaient un message fort à faire passer, à savoir que si les chiffres des morts et des blessés donnés par le gouvernement sont justes, ils donnent cependant une idée fautive de la réalité de la baisse des accidents de la route. Le message que les assureurs auraient dû développer est que le nombre de morts et de blessés peut diminuer sans que le montant global des indemnisations versées diminue dans les mêmes proportions et au même rythme.

Le prisme des morts

L'opinion se focalise, et c'est bien normal, sur le chiffre des morts pour juger des résultats de la sécurité routière et a vite fait de penser que, puisque les morts ont diminué de 30 % de 2002 à 2004, le nombre des accidents a baissé dans les mêmes proportions, et donc que les primes d'assurance devraient suivre à leur tour la même courbe. Le problème médiatique posé aux assureurs est, qu'effectivement, le nombre des morts a bien diminué dans les proportions indiquées par les autorités publiques, mais qu'à côté des morts, il y a toute la masse des accidents moins graves, sans morts, qui, eux, ne baissent pas de 30 %. Le chiffre des morts constitue, en quelque sorte, un prisme déformant de la réalité de la sécurité routière.

Les assureurs ne contestent pas la baisse du nombre des morts et des blessés, mais ils constatent que la diminution du nombre des morts s'accompagne d'une augmentation du nombre de blessés graves : la vitesse moyenne des véhicules diminuant, on peut comprendre que les accidents causent moins de morts et plus de blessés. Les assureurs savent d'expérience qu'il est moins onéreux d'indemniser le décès d'un jeune de 20 ou 25 ans que de soigner à vie un jeune du même âge cloué sur son lit par des lésions irréremédiables au cerveau ou à la moelle épinière. L'appareil statistique ne permet pas d'évaluer ces évolutions et c'est un chantier sur lequel la profession devra s'investir pour être en mesure d'apporter des chiffres réguliers et robustes sur les diverses formes de sinistralité routière.

Le poids des chiffres

Les charges de l'assurance auto ne se limitent pas aux morts et aux blessés, c'est-à-dire aux victimes corporelles : les sociétés d'assurance reçoivent, bon an mal an, 7 millions de demandes d'indemnisation, dont 200 000 en dommages corporels et 6,9 millions en dommages



matériels. Les dommages matériels recouvrent tous les dommages causés, ou subis par les véhicules eux-mêmes : cela va du pare-chocs ou de la portière emboutis lors d'une collision, aux bris de glace, aux vols, aux catastrophes naturelles, aux incendies et autres actes de vandalisme.

Les statistiques officielles ne font pas état de cette masse impressionnante de sinistres matériels pour deux raisons : d'abord parce que la tôle ondulée passionne moins les foules que les décès ; ensuite parce que les services de l'État ne collectent pas ces chiffres et n'en connaissent même rien.

Dans les 6,9 millions de sinistres matériels, une bonne partie (au moins la moitié) concerne des dommages pour lesquels il n'y a pas de collision avec un autre véhicule et pour lesquels le conducteur est généralement le seul témoin des faits : ainsi en vol, en bris de glace, en incendie, en vandalisme (comme les rayures de carrosserie à l'aide de clés ou d'objets contendants), en inondations et autres tempêtes, les dégâts aux véhicules ne donnent pas lieu à collision avec un autre véhicule.

À titre d'exemple, il faut savoir qu'en 2003, les assureurs ont traité près de 2,8 millions de demandes de remplacement de pare-brises et autres bris de glace : ce n'est pas le groupe Saint-Gobain qui s'en plaindra, mais ces dommages bénins finissent par coûter cher aux assureurs même si personne, dans les sphères publiques, ne s'en préoccupe.

La plupart des accidents matériels de la circulation proprement dits, c'est-à-dire de choc accidentel entre deux véhicules, ne donne pas lieu à déclaration au commissariat de police ou à la gendarmerie.

Les assureurs ont mis au point des « constats amiables » qui ont précisément pour objectif de permettre l'indemnisation rapide des accidents matériels par simple déclaration des personnes impliquées, sans passage par les forces de l'ordre ni transmission à elles. Les seuls cas où la déclaration aux services de sécurité s'impose concernent les accidents résultant d'actes de violence ou de délinquance : vol, vandalisme. Pour le reste, les assureurs reçoivent chaque année plus de 2 millions de demandes d'indemnisation qui ne passent pas par les circuits administratifs.

Même pour les sinistres corporels, les statistiques officielles peuvent être biaisées par le fait que les forces de l'ordre ne traitent pas de manière uniforme les accidents de la route. Selon les départements, les services de gendarmerie font preuve d'une inégale diligence pour établir les procès-verbaux ou vérifier la matérialité des déclarations. On peut également admettre qu'il y a certainement plus de dommages corporels que les forces de l'ordre n'en recensent, pour la simple raison que les petits « bobos » ne donnent pas lieu sur-le-champ à traitement



d'urgence. Il est fréquent, par exemple, qu'une personne subisse un choc qui, sur le moment, crée un désagrément passager, mais qui, quelques heures ou quelques jours plus tard, s'avère douloureux et nécessite des soins, des arrêts de travail... et une demande d'indemnisation destinée à l'assureur.

Pour toutes ces raisons, les statistiques des assureurs diffèrent des statistiques officielles et le fait que les assureurs ne communiquent pas régulièrement leurs données statistiques entretient l'idée dans le public que les chiffres officiels sont justes et exhaustifs : or s'ils sont justes, ils ne sont pas exhaustifs.

Les assureurs apportent pourtant implicitement la preuve que le nombre de dossiers de demande d'indemnisation ne faiblit pas : c'est qu'ils ne sont pas conduits à réduire les effectifs dans leurs services de gestion des sinistres car il reste autant de travail à faire pour traiter les dossiers, diligenter les expertises, régler les dommages.

La stabilité des indemnisations

Pour un assureur, l'important n'est pas tellement de connaître le nombre de morts, de blessés, ou d'ailes froissées que de savoir combien il a chaque année à verser d'indemnisations : c'est le total des frais de soins, des rentes d'invalidité, des dépenses de rééducation fonctionnelle, des factures de réparateurs et de garagistes qui conditionne la politique tarifaire des assureurs.

Les chiffres, là encore, peuvent surprendre, mais ils montrent une relative stabilité de la charge annuelle d'indemnisation, comme si la baisse du nombre des accidents n'avait pas d'incidence sur la charge de sinistres des assureurs.

En 2002, les assureurs auto ont eu à faire face à des dépenses d'indemnisation d'environ 12,4 Md€ ; ce montant a baissé à 12,2 Md€ en 2003 et serait remonté à 12,7 Md€ en 2004. On est loin des baisses de 30 % auxquelles l'opinion croit.

Il est intéressant de noter qu'année après année, la part des dommages corporels augmente. Les dommages corporels ont représenté 28 % de la charge des sinistres enregistrés en 2004, contre 27 % en 2003, 26 % en 2002 : la part des sinistres matériels reste prépondérante puisqu'elle représente 72 % du total, mais elle a tendance à s'éroder. Ces deux chiffres - un quart de la charge pour les corporels, trois-quarts pour les matériels - expliquent la stabilité des charges des assureurs auto : les sinistres matériels qui n'apparaissent pas dans les chiffreages officiels, restent prépondérants ; les sinistres corporels, dont le nombre diminue effectivement, représentent un coût croissant des indemnisations versées. C'est ce dernier point qui mérite explication car il constitue un apparent paradoxe : comment se fait-il que dans notre pays le nombre de



blessés et de morts sur les routes diminue et que l'indemnisation des sinistres corporels augmente significativement ?

LA HAUSSE DES DOMMAGES CORPORELS

Si le gouvernement veut que la baisse de la sinistralité se répercute significativement sur les tarifs d'assurance, il doit travailler sur la hausse ininterrompue des dommages corporels qui, même s'ils ne représentent que le quart de la charge annuelle de sinistres, sont le principal facteur de dérive des coûts.

L'indemnisation des dommages corporels

Les sociétés d'assurance indemnisent chaque année près de 200 000 victimes de dommages corporels : 209 000 en 2003, 185 000 en 2004. Le nombre de victimes baisse, et il représente seulement 3 % du nombre total des sinistres indemnisés.

Quand on regarde l'évolution du coût moyen des dommages corporels (c'est-à-dire le rapport entre les indemnisations versées aux victimes corporelles et leur nombre), on constate qu'il augmente sans discontinuité depuis plus de 10 ans au rythme de 5 à 6 % par an, c'est-à-dire 2 à 3 fois plus que l'inflation.

Pour bien comprendre d'où vient cette dérive, il faut rappeler que l'indemnisation des dommages corporels ne se limite pas aux frais de soins et qu'elle ne dépend pas des seules sociétés d'assurance :

- le coût des soins prodigués aux victimes d'accidents de la circulation sont refacturés par la Sécurité sociale aux sociétés d'assurance qui supportent donc de plein fouet la hausse du forfait, la hausse du prix de journée, les frais de réparation et de rééducation fonctionnelles, et tous les soins qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Ces règlements se font par virements informatiques et ne donnent même pas lieu à discussion entre le système de santé et les assureurs ;
- le coût des tierces personnes : les accidentés graves, qui ont perdu tout ou partie de leur motricité, peuvent avoir besoin de personnes (aides ménagères, aides-soignantes, aides à domicile...) pour les accompagner dans leur convalescence, et même durant le reste de leur existence. La décision d'octroyer le bénéfice de tierces personnes à un blessé revient en général aux tribunaux, qui peuvent, selon l'état de la victime, lui reconnaître l'assistance d'une, deux, voire même trois, tierces personnes par jour, 365 jours par an ;
- le coût de l'invalidité physique permanente ou partielle : ces indemnisations sont censées compenser, en espèces sonnantes et trébuchantes, le préjudice correspondant à la perte des capacités physiques de la victime (perte d'un ou plusieurs membres, atteintes à certaines fonctions ou organismes...);



- le coût des préjudices personnels comprend tous les préjudices que la victime endure du fait de son état : préjudice esthétique, préjudice d'agrément si elle est affectée dans sa vie ordinaire, préjudice sexuel, préjudice moral en cas de disparition de membres de la famille ou de proches...

- le coût des préjudices économiques correspond à la compensation des pertes de revenus, actuels et futurs, consécutives à l'accident. Ces préjudices sont donc fonction à la fois du statut professionnel, du statut familial et de l'âge de chaque victime. Ainsi la perte d'une main peut être économiquement dramatique pour un pianiste ou pour un dentiste et être tout au plus gênante pour un chanteur ou pour un professeur. De même une cessation complète d'activité coûte moins chère lorsqu'elle touche une mère au foyer ou un retraité que s'il s'agit d'un médecin, ou d'un chef d'entreprise.

L'indemnisation des dommages corporels ne se limite donc pas au remboursement des frais de soins ; elle englobe beaucoup d'autres chefs de préjudices sur lesquels les sociétés d'assurance ont plus ou moins de prise : les indemnisations sont fixées en fonction de règles, de principes juridiques, de pratiques diverses et variées qui ont pour effet d'introduire dans l'appréciation des préjudices des marges de subjectivité et d'approximation.

6

La détermination des indemnisations suit un parcours logique, mais qui échappe en grande partie à la maîtrise des sociétés d'assurance. Concrètement, lorsqu'une personne est accidentée, elle s'adresse à son assureur qui a 6 mois pour lui faire une offre d'indemnisation couvrant tous les chefs de préjudice : l'assureur fait ses évaluations en s'appuyant sur sa propre connaissance des dommages, en se référant si besoin est aux décisions les plus récentes des tribunaux géographiquement compétents.

Si la victime n'est pas satisfaite de l'offre d'indemnisation de son assureur, elle peut, quel que soit le degré de gravité de ses préjudices, demander au juge de fixer le montant de ses indemnisations : ce qui explique le soin mis par les assureurs à coller aux décisions de justice les plus récentes et les plus pertinentes lorsqu'ils font leurs offres d'indemnisation. La tâche des assureurs n'est pas aisée car la plupart des cours d'appel n'ont pas établi de barèmes officiels, publics, qui pourraient servir de référence. Un petit nombre de cours d'appel seulement s'est hasardé à publier leurs éléments d'évaluation mais la plupart apprécie les préjudices sur la base de barèmes sommaires, officieux et mouvants. Certes, cette absence de référentiel permet à chaque cour d'appel d'ajuster ses évaluations aux particularités de chaque cas, mais elle risque aussi d'introduire des écarts, des inégalités de traitement qui rendent le travail des assureurs encore plus délicat.



Les statistiques des assureurs permettent de répartir le coût des dommages corporels entre les différentes catégories de victimes : 15 % de la charge annuelle va aux ayants droit des personnes décédées ; 10 % aux blessés qui n'ont pas de séquelles caractérisées à déplorer (pour lesquelles le taux d'IPP est de 0) et 75 % des indemnisations vont aux blessés qui subissent des incapacités permanentes ou partielles : ce sont ces personnes qui concentrent donc l'essentiel des charges d'indemnisation.

Le renchérissement des préjudices corporels

Autant que leurs bases statistiques le permettent, les assureurs ont identifié les quelques postes qui alourdissent, d'année en année, les charges d'indemnisation des dommages corporels :

- les frais de soins et l'hospitalisation croissent, semble-t-il, au rythme de l'augmentation générale des dépenses de santé. Il y a une corrélation directe, automatique entre les frais de soins et la gravité des blessures ;
- les frais futurs : les indemnisations prennent en compte non seulement les frais immédiats de soins et de réparation (chirurgie, prothèses, rééducation...), mais également les frais futurs à prévoir tout au long de l'espérance de vie des victimes. Ce chef de préjudice varie selon la nature des préjudices subis et la capacité de récupération des individus, mais il est devenu l'un des principaux postes d'indemnisation. Sur le plan humain, on ne peut que se féliciter de voir les assureurs provisionner les sommes nécessaires aux soins futurs, mais il est incontestable qu'ils pèsent sur les comptes des sociétés ;
- le troisième chef de préjudice, qui explose depuis quelques années, est l'allocation de tierce personne aux personnes les plus handicapées. Les assureurs ont de nombreux dossiers dans lesquels la charge des tierces personnes représente entre le quart et la moitié du montant total des indemnisations allouées. Le problème des tierces personnes est que, dans la plupart des cas, elles ne sont pas attribuées par les sociétés d'assurance, mais par les tribunaux après consultation de la communauté médicale ou scientifique : c'est dire que là encore, l'assureur n'a pas pris sur la dépense. Il se trouve qu'aujourd'hui, en l'état du consensus médical, une personne a généralement droit à l'aide d'une tierce personne dès lors qu'elle justifie d'un taux IPP égal ou supérieur à 50 % : c'est une constatation, et non une règle écrite puisque, là encore, les tribunaux jugent chaque cas d'espèce.

La hausse des indemnisations des accidents corporels a donc une origine bien connue et tout à fait durable ; elle est le reflet de ce que les victimes sont mieux soignées qu'avant, et que le système judiciaire reconnaît à ces victimes-là, comme d'ailleurs à toutes les autres catégories de victimes, des droits sans cesse accrus.



La dérive des indemnisations affecte les comptes des exercices récents, et a donc en partie absorbé les gains inhérents à la baisse des accidents de la route. S'il y a moins d'accidents, et moins d'accidents corporels, les victimes corporelles, elles, sont de mieux en mieux indemnisées et récupèrent une part croissante des indemnisations. Là où les choses deviennent plus compliquées pour les sociétés d'assurance, c'est lorsque les victimes d'accidents survenus dans un passé plus ou moins lointain (ou leurs avocats) demandent aux assureurs de réactualiser leurs indemnisations passées pour tenir compte des avancées opérées par les tribunaux depuis l'époque de l'accident : une jurisprudence récente de la Cour d'appel d'Aix du 14 avril 2004 pourrait, si elle était confirmée, remettre en cause l'équilibre financier de la branche en obligeant toutes les sociétés d'assurance à rouvrir l'ensemble des dossiers d'indemnisation de corporels graves pour allouer, qui des tierces personnes, qui de nouveaux soins ou de nouvelles évaluations des préjudices subis. Le risque pour les sociétés d'assurance n'est pas seulement d'avoir à provisionner davantage pour indemniser mieux les victimes d'hier, mais surtout de ne plus savoir évaluer un dossier (et arrêter un bilan) s'il leur faut tous les 5 ou 10 ans, réévaluer tous les dossiers passés.

Les assureurs doivent évaluer justement les charges, et les provisions, de sinistres qui leur sont déclarés chaque année : telle est la règle prudentielle, comptable et fiscale à laquelle ils sont tenus. Ils ne peuvent respecter cette contrainte que si les tribunaux, lorsqu'ils fixent des indemnisations ou lorsqu'ils valident des protocoles d'accord entre les victimes et les sociétés d'assurance, s'astreignent à la même discipline et s'interdisent de faire rétroagir sur les dossiers passés les dernières avancées de la doctrine judiciaire ou du consensus médical.

Réconcilier équité et solidarité

Le marché français de l'assurance auto est aujourd'hui confronté à une double pression : celle des tribunaux qui poussent à l'inflation des indemnisations, et celle des réassureurs qui entendent se désengager du risque des corporels :

- la hausse des indemnisations allouées par les tribunaux devrait satisfaire les victimes puisqu'elle va dans le sens de leurs intérêts : or, telle n'est même pas la situation puisque les associations de consommateurs ou de victimes manifestent depuis quelque temps leur mécontentement face aux décisions judiciaires. Leur ressentiment tient au fait que, même si la tendance générale des tribunaux est à la hausse des indemnisations, il reste que des écarts significatifs peuvent apparaître entre les différents cours d'appel sur les niveaux d'indemnisation reconnus aux victimes. Il se trouve que certaines cours d'appel sont plus généreuses que d'autres, qu'il vaut mieux être jugé dans le ressort de la cour d'appel d'Aix ou



de Grenoble que celle de Rennes ou d'Angers, que le même chef de préjudice peut être évalué 2 ou 3 fois plus d'une cour d'appel à l'autre. Il s'ensuit chez les victimes un sentiment d'injustice qui ne peut lui-même qu'alimenter la course à la hausse des indemnités, car, bien naturellement, toutes les victimes demandent à être traitées selon les décisions des cours d'appel les plus généreuses ;

- les réassureurs ne cachent plus leur volonté de sortir de la couverture des dommages corporels telle qu'elle est pratiquée (ou supportée) par les assureurs auto français. En règle générale, les réassureurs sont appelés à partager les coûts des sinistres les plus lourds, qui sont constitués pour la plupart des dommages corporels élevés ; chaque société d'assurance détermine les « priorités » d'intervention des réassureurs, mais on peut estimer que la plupart des sociétés font intervenir leurs réassureurs sur les dossiers lourds qui contiennent une forte proportion de sinistres corporels. C'est ainsi que les réassureurs voient affluer depuis quelques années les dossiers (alors même que la sinistralité routière s'améliore dans notre pays) et craignent en plus de devoir réintervenir sur de vieux dossiers qu'ils croyaient définitivement réglés et classés.

La nervosité des réassureurs est attisée par le fait que le droit des assurances oblige les sociétés d'assurance à garantir les dommages corporels pouvant résulter d'accidents de la circulation sans limitation de montants : l'article R.211-7 dit bien que « l'assurance (obligatoire de RC) doit être souscrite sans limitation de somme en ce qui concerne les dommages corporels »...

Les pouvoirs publics français semblent attachés à cette disposition, qui est protectrice des droits des victimes, mais dans le même temps les réassureurs refusent de délivrer des garanties illimitées maintenant que leurs autorités de contrôle, et les agences de notation, leur imposent de chiffrer leur exposition aux risques. Les sociétés d'assurance auto sont aujourd'hui tiraillées entre des pouvoirs publics qui leur imposent de baisser leurs tarifs tout en indemnisant toujours mieux les victimes, et des réassureurs mondiaux qui menacent de plafonner leurs couvertures en assurance auto dès le 1er janvier 2006 ou 2007 : la situation est d'autant moins confortable pour les assureurs qu'ils ne maîtrisent aucun des protagonistes.

L'objectif des assureurs est aujourd'hui d'essayer de convaincre les pouvoirs publics français et les réassureurs mondiaux qu'il existe probablement une voie de conciliation entre ces intérêts ou préoccupations divergents : il s'agirait de mettre au point un référentiel d'indemnisation des dommages corporels auquel tous les tribunaux de France et de tous les services de gestion de sinistres des sociétés d'assurance pourraient se reporter pour allouer des indemnités aux victimes. Un référentiel se différencie d'un barème en ce qu'il est plus souple, qu'il indique des



fourchettes qui demandent à être précisées en fonction des particularités de chaque dossier. Ce référentiel permettrait de réduire les écarts qui sont constatés entre les cours d'appel dans l'évaluation des indemnisations tout en indiquant des fourchettes publiques, connues des victimes et de leurs avocats, des assureurs et de leurs réassureurs de sorte qu'il devrait apporter une meilleure équité de traitement entre les victimes et une meilleure stabilité pour les assureurs. Les tribunaux, comme les régleurs de sinistres, auraient ainsi l'instrument méthodologique et statistique pour évaluer l'indemnisation de chaque cas particulier dans la limite des fourchettes hautes et basses indiquées dans le référentiel. Il est probable que l'adoption de ce référentiel se traduira par une augmentation des indemnisations lors de sa mise en place, mais il devrait par la suite apporter objectivité et durabilité dans les indemnisations octroyées. Rien n'est pire pour le secteur des assurances que d'avoir à rouvrir et à réévaluer des dossiers jugés par des tribunaux et considérés comme définitivement réglés.

Il est possible que la mise au point de ce référentiel ne suffise pas à maintenir les réassureurs mondiaux sur le marché français de l'assurance automobile : les assureurs directs devront en ce cas voir avec les pouvoirs publics comment gérer cette situation.

LA BAISSÉ DES TARIFS ET SA PERCEPTION PAR LES CONSOMMATEURS

Lorsqu'ils ont pris l'engagement de baisser leurs tarifs 2005 en novembre 2004 devant M. Sarkozy, les assureurs auto français savaient qu'ils avaient des marges de baisse devant eux mais, dans le même temps, ils n'entendaient pas que le gouvernement (quelle que soit sa couleur politique) se mette à fixer les tarifs d'assurance : d'où l'engagement général de baisser les tarifs, mais le renvoi à chaque société la responsabilité de fixer elle-même l'ampleur, les modalités et le calendrier des baisses. Maintenant que les décisions tarifaires prises par les principaux opérateurs sont connues, il est intéressant de voir comment se sont opérées les baisses, et comment elles ont été perçues par les consommateurs.

Des baisses plus fortes que les chiffres annoncés

C'est à la rentrée scolaire 2004 que le coup d'envoi des campagnes de baisse a commencé, sous l'impulsion d'une ou deux mutuelles qui avaient anticipé la tendance en annonçant de substantielles ristournes de cotisations pour la fin de l'année 2004 ; ces mutuelles ont certes répondu à l'attente des pouvoirs publics, mais elles ont surtout récompensé leurs sociétaires de leur prudence au volant et relancé leur politique d'attraction de nouveaux automobilistes. Au total, on peut estimer que



les ristournes de cotisations décidées par les mutuelles ont rendu à leurs sociétaires plus de 2 % des cotisations qu'elles avaient appelées auprès d'eux au début 2004. Si l'on ajoute à cet effort de baisse rétroactif le fait que, déjà, en début 2004, la plupart des sociétés d'assurance avaient décidé de bloquer leurs tarifs au niveau de 2003, on peut convenir que l'effort financier consenti par les assureurs en 2004 est de 5 points.

Le même raisonnement peut être tenu pour 2005, à ceci près que les baisses ont eu lieu *ex ante*, lors de la fixation des tarifs annuels et l'envoi des quittances aux assurés, et pas *ex post* comme dans le cas des ristournes de cotisations. Les baisses de tarifs opérées s'élèvent en moyenne à 3,5 % des cotisations payées en 2004 : concrètement les automobilistes français ont payé en 2005 leur assurance auto 3,5 % moins cher que ce qu'ils avaient payé en 2004. La conséquence logique qui doit en résulter est une chute d'égal montant du chiffre d'affaires des assureurs (à portefeuille garanti constant), alors même que la plupart des charges continueront à croître au moins au rythme de l'inflation.

Une baisse de près de 2 % en 2004 et de plus de 3 % en 2005 sans compter l'inflation : le mouvement est spectaculaire, presque historique puisqu'il n'a pas d'équivalent depuis que l'assurance auto a été rendue obligatoire dans notre pays (en 1958).

Un consommateur sans réaction

11

Les assureurs, qui ont donc baissé leurs tarifs dans les proportions sus-évoquées, n'ont pas enregistré de réactions collectives ou individuelles significatives de la part de leurs clients, ou de leurs sociétaires : comment expliquer ce qui peut apparaître comme de l'inertie, voire de l'apathie ? Nos concitoyens seraient-ils devenus tellement désabusés qu'ils ne seraient même plus capables de réagir positivement aux bonnes nouvelles ?

Les consommateurs, ou plutôt les organisations de consommateurs qui s'expriment en leur nom, ont eu jusqu'à présent deux réactions : déception devant la faiblesse de la baisse ; incompréhension devant la multiplicité des tarifs et la diversité des baisses.

Il est vrai que les hausses sont toujours trop fortes et les baisses trop faibles ; à cet égard, il faudrait probablement baisser énormément les tarifs pour arriver à arracher la satisfaction des consommateurs. Dans le même temps, le montant moyen des primes auto étant d'environ 500 €, une baisse de 2 % ou 3 % ne produit jamais qu'une économie de 10 ou 15 € par automobiliste : on touche là aux limites des politiques de baisses tarifaires, à savoir qu'elles coûtent cher aux sociétés, mais qu'elles rapportent peu aux clients pris individuellement. On peut évaluer que les baisses accordées pour 2004, puis pour 2005, ont probablement restitué quelque chose comme 600 à 700 M€ aux automobilistes français.



Cette baisse a certainement eu pour résultat de creuser encore un peu plus les écarts tarifaires sur le marché français : entre ceux qui baissent un peu, beaucoup ou pas du tout, les situations sont très contrastées de sorte qu'il revient à chaque assuré de juger par lui-même des baisses qui lui sont appliquées pour savoir au juste s'il a été bien traité ou pas. Ce foisonnement tarifaire apporte l'illustration que le marché français des assurances est totalement ouvert et pleinement concurrentiel.

La baisse des accidents de la route depuis 2002 a masqué une évolution préoccupante du marché français de l'assurance : c'est que, si elle n'avait pas eu lieu, les tarifs auraient bondi. Nos concitoyens n'ont donc même plus le choix ; la politique en faveur de la sécurité routière doit être poursuivie car elle seule les protège contre des nouvelles augmentations de leurs cotisations d'assurance.

