



L'ASSURANCE AUX ÉTATS-UNIS : DES RISQUES VARIÉS DANS UN CADRE RIGIDE

PERRINE KALTWASSER *

BERNARD SALZMANN **

Être assureur aux États-Unis, cela implique de prendre en compte des facteurs très particuliers au pays. Tout d'abord, les risques couverts peuvent être relativement spécifiques : les catastrophes naturelles ne sont pas des événements exceptionnels, les craintes de nouveaux attentats font de l'assurance terrorisme un sujet de société ; les assureurs sont parfois appelés à modeler des pans de la société dans des domaines qui, en France, relèvent largement de la sphère publique : la santé et les retraites.

Mais c'est surtout le cadre institutionnel qui peut surprendre : la régulation du secteur par chacun des 50 États rend le marché très complexe ; la place laissée au juge, comme dans beaucoup d'autres domaines aux États-Unis, fait du système judiciaire un acteur incontournable.

Dans ce cadre, la plainte du procureur général de New York en octobre contre le premier courtier en assurance, Marsh et McLennan, n'a pas eu d'incidence sur les résultats 2004, mais elle a provoqué une onde de choc dans l'industrie. Son impact à long terme sur la réglementation et la rentabilité des assureurs est encore difficile à mesurer, mais les pratiques du secteur en sortiront changées.

* Commissaire contrôleur des assurances et actuaire.

** Administrateur de l'INSEE et actuaire.

*DEUX TRAITS PROPRES AUX ÉTATS-UNIS :
LES RISQUES À COUVRIR ET LE CADRE INSTITUTIONNEL*

Des risques spécifiques

Des catastrophes naturelles récurrentes

Des tremblements de terre sur la Côte Ouest et dans le centre du pays, des tornades dans le Middle West, des cyclones et des tempêtes sur la Côte Est et dans le golfe du Mexique, des tsunamis en Californie, des inondations un peu partout... Les catastrophes naturelles se succèdent dans le pays le plus riche du monde.

Compte tenu de la concentration de la population dans les grandes villes côtières, c'est-à-dire dans les zones les plus exposées, les dégâts causés par les catastrophes naturelles ont une importante résonance financière, en particulier pour les assureurs. Les 4 sinistres les plus coûteux de ces 35 dernières années ont touché les États-Unis. Mais le pire est sans doute à venir : un tremblement de terre à Los Angeles ou un ouragan à Miami pourraient causer 75 Md\$ de dégâts, soit deux fois le coût des attentats du 11 septembre 2001 contre le World Trade Center.

2

Tableau n° 1
Principales catastrophes naturelles aux États-Unis

Événement	Année	Dégâts assurés en Md\$ 2004
Ouragan Andrew	1992	21,5
Tremblement de terre de Northridge	1994	17,8
Ouragan Ivan	2004	11
Ouragan Charley	2004	8
Typhon Mireille	1991	7,8

Source : Swiss Re Sigma n° 1/2005.

La gestion du risque catastrophe est donc essentielle aux États-Unis ; elle implique les assureurs et réassureurs, bien sûr, mais aussi les États fédérés, qui régulent le secteur et peuvent mettre en place des mécanismes de réassurance à moindre coût ou se positionner comme assureur de dernier ressort, et l'État fédéral, qui gère un programme de prévention et de couverture des dommages provoqués par les inondations et administre un programme d'assurance des récoltes.

Un risque terroriste devenu incontournable

Les assureurs dommages ont souhaité limiter leur exposition au risque terroriste après le 11 septembre 2001, même si l'État avait



alors pris plus de 40 % des indemnités à sa charge. Le Congrès a dû légiférer pour éviter que la couverture du risque de terrorisme cesse d'être proposée dans les polices d'assurance, ce qui était jugé comme néfaste à certaines activités dans les zones devenues menacées par ce nouveau risque. La Loi TRIA (*Terrorism Risk Insurance Act*) a établi un mécanisme temporaire (jusqu'au 31 décembre 2005) de répartition des coûts des dommages assurés causés par un acte terroriste entre le gouvernement fédéral et les assureurs, en contrepartie d'une couverture obligatoire, à un tarif abordable, des risques de terrorisme dans tous les contrats.

Dans un rapport publié en janvier 2005, la Direction budgétaire dépendant du Congrès (*Congressional Budget office*) entérine l'idée d'un risque terroriste important et permanent. Mais elle recommande de ne pas proroger la loi, du fait des désincitations qu'elle crée en termes de protection des biens assurés. Cet argument purement économique peut surprendre, tant les dimensions et les conséquences des actes terroristes dépassent largement ce cadre. Il semble de plus que, sans ces dispositions, le risque terroriste serait inassurable, car jugé trop politique (dépendant de la situation internationale) et trop exceptionnel pour pouvoir être correctement évalué ; sans nouvelle disposition législative, les tarifs proposés deviendront de nouveau inabornables ; aujourd'hui déjà, les polices (qui sont la plupart du temps renouvelées pour un an) prévoient souvent d'exclure le risque au-delà du 1^{er} janvier 2006 si le programme n'est pas reconduit.

Dans ce contexte, on voit difficilement qui d'autre que l'État peut supporter un tel risque. La prorogation de Loi TRIA n'apporterait en fait qu'une réponse temporaire au problème ; le vrai sujet est le niveau d'intervention de l'État. Laissera-t-il des assureurs faire faillite (et donc certains assurés sans indemnisation) en cas de nouvelle attaque terroriste ? Prendra-t-il à sa charge les dégâts non assurés, auquel cas souscrire une assurance serait totalement inutile ? La prise en compte par le Congrès de ces écueils avait abouti à la Loi TRIA ; le choc subi à l'époque l'avait amené, après de longues tergiversations, à agir ; aujourd'hui, le contexte est différent et les débats initiés depuis plusieurs mois ne semblent pas pouvoir déboucher à courte échéance.

Des dépenses de santé en hausse continue

La place des assureurs privés dans le système de santé américain est inégalée parmi les pays développés :

- 68,6 % de la population étaient en 2003 assurés contre le risque maladie grâce à une couverture privée, alors que seulement 26,6 % bénéficiaient d'une assurance gouvernementale (*Medicare* pour les personnes âgées, les invalides et ceux atteints d'insuffisances rénales



sévères, *Medicaid* pour les plus pauvres, *Military health care* pour les militaires et les vétérans) et que les exclus de l'assurance santé étaient au nombre de 45 millions, soit 15,6 % de la population ;

- 36,2 % des dépenses de santé américaines ont été prises en charge par une assurance privée en 2002, soit près de trois fois plus qu'en France, notre pays se situant au 3^{ème} rang dans ce domaine (13,2 %) selon les statistiques disponibles des pays de l'OCDE.

Les assureurs santé font face, depuis quelques années, à une nouvelle accélération des dépenses de santé, due en partie aux hausses des primes d'assurance responsabilité médicale des praticiens, mais aussi au progrès technique dont aucun ne doit être exclu s'il a de quoi payer ou est bien assuré. Grâce à la montée en puissance des réseaux de soins intégrés (*Managed Care Organizations*) au milieu des années 1990, la progression des dépenses de santé avait temporairement ralenti, mais l'augmentation est depuis impressionnante : + 50 % sur les cinq dernières années.

Le vieillissement de la population et l'amélioration des techniques médicales s'accompagnent d'un accroissement des dépenses qu'il faudra bien financer. Compte tenu de leur poids inégalé dans le système américain, le rôle des assureurs privés sera essentiel.

4

Une couverture du risque retraite de plus en plus privée

Le président Bush a fait de la réforme de la *social security*, c'est-à-dire le système public de retraite, l'une des priorités de son second mandat. Il souhaite en particulier affecter une partie des cotisations sociales à des comptes d'épargne individuels volontaires. Même si les modalités de la réforme ne sont pas connues avec précisions et même si les premières réactions au Congrès laissent entrevoir un chemin semé d'embûches avant l'adoption d'une quelconque réforme, la couverture retraite des Américains pourrait faire davantage appel au financement par capitalisation et au secteur privé.

Mais les assureurs, qui sont *a priori* les plus compétents pour couvrir les risques de longévité et de dépendance, seront-ils les institutions vers lesquelles s'orienteront ces nouveaux flux d'épargne ? La situation est aujourd'hui paradoxale : les actifs ne souhaitent guère épargner dans des produits retraite, si ce n'est à l'approche de la cinquantaine, et ils choisissent rarement les produits les plus adaptés, préférant la certitude d'un capital versé au moment de leur départ à la retraite plutôt qu'une rente.

Les fonds de pension d'entreprise qui se sont actuellement le plus développés (dits 401(k), du nom de l'article du Code des impôts prévoyant des avantages fiscaux pour ceux qui y versent de l'argent) constituent un exemple frappant du comportement des ménages



américains dans le domaine. Alors qu'ils avaient été créés dans l'objectif de la retraite, ils sont actuellement loin de remplir ce rôle : un quart de ceux qui y sont éligibles n'abondent pas le fonds 401(k) de leur entreprise ; 8 % seulement contribuent au niveau du maximum autorisé ; la moitié ne diversifie pas ses investissements (plus de la moitié des participants n'ont que des actions ou au contraire aucune action ; 38 % du capital des fonds de pension des entreprises de plus de 5 000 salariés est investi en actions de l'entreprise elle-même¹) alors que ce type de fonds ne bénéficie d'aucune assurance ; beaucoup décident de retirer tout l'argent de leur plan lorsqu'ils changent d'entreprise ou utilisent le capital accumulé pour acheter une maison durant leur vie active ; enfin peu achètent une rente avec le capital qu'ils obtiennent lorsqu'ils partent à la retraite.

Au-delà, les Américains s'inquiètent de ne pas pouvoir maintenir leur niveau de vie à la retraite, mais le taux d'épargne des ménages n'a jamais été aussi faible depuis le début des années 1930 ; reste donc à savoir si globalement le projet de réforme du président permettra véritablement d'accroître l'épargne aux États-Unis.

Ces risques (catastrophes naturelles, terrorisme, santé, retraite), plus exacerbés ou laissant plus de place au secteur privé aux États-Unis qu'ailleurs, nécessitent des réponses spécifiques des assureurs ; au-delà, ceux-ci doivent s'adapter au cadre institutionnel éclaté qui gouverne toute leur activité : tarifs régulés, agréments à obtenir dans chaque État...

Un cadre institutionnel éclaté

Une multiplicité d'interlocuteurs et de contraintes au niveau des États fédérés

La loi McCarran-Ferguson de 1945 délègue aux États fédérés la réglementation et la supervision des activités des entreprises d'assurances vie, santé et dommages. Trois exceptions existent aujourd'hui : le Gouvernement fédéral gère depuis 1968 un programme de couverture des dommages provoqués par les inondations² ; il administre un programme d'assurance des récoltes³ ; il est temporairement impliqué dans un programme de couverture des dommages liés au terrorisme (cf. ci-dessus).

Chacun des 50 États dispose donc d'une agence de réglementation et de contrôle des assurances, à laquelle il incombe de définir les conditions d'agrément des assureurs, de contrôler les activités et la situation financière des assureurs licenciés sur son territoire et d'approuver les polices et les tarifs pratiqués. Ces agences sont dirigées, selon les cas, par un commissaire, un directeur ou un surintendant,



nommé ou élu. Chaque État est doté également de fonds de garantie visant à couvrir, pour les principales lignes et dans des limites statutairement définies, les obligations financières d'une entreprise défaillante vis-à-vis de ses assurés, de ses épargnants et de ses partenaires commerciaux. À l'exception notable de l'État de New York où le préfinancement est la règle, les fonds de garantie sont alimentés *a posteriori* par des cotisations dont le montant est proportionnel, selon les lignes, à celui des primes émises par chaque entreprise d'assurance durant une période statutairement définie.

La régulation dépendant des États, elle est parfois soumise aux aléas des politiques locales, ce qui peut rendre le cadre réglementaire instable et très contraignant en multipliant les interlocuteurs et les démarches. À titre d'exemple du nombre important d'interlocuteurs auxquels les assureurs sont susceptibles d'avoir à fournir des informations, les compagnies qui opèrent sur l'ensemble du territoire ont reçu dans le cadre des affaires récemment à la une des journaux, 50 assignations à comparaître de procureurs généraux, de départements d'assurance, de la SEC - *Securities and exchange commission* -, ainsi que des ministères de la Justice et du Travail. L'innovation et la concurrence en sont affectées ; la barrière à l'entrée pour les assureurs et réassureurs étrangers en est d'autant plus importante.

6

En dépit des efforts récents de convergence, les assureurs dommages se sentent frustrés par l'inefficacité du dispositif actuel et s'insurgent contre les interventions des régulateurs dans le fonctionnement des marchés, notamment en matière de contrôle des tarifs, jugeant leur pouvoir dans ce domaine contraire aux pratiques internationales et aux modalités gouvernant les autres secteurs de l'économie.

Même s'il semble parfois exister un certain accord sur la nécessité d'améliorer le système de régulation, les propositions faites rencontrent souvent l'hostilité farouche des États et de tous ceux qu'ils influencent à Washington. L'une des raisons est de nature fiscale, puisque la régulation des assureurs est une source non négligeable de revenus pour les finances des États.

Une grande influence du système judiciaire

Les États fédérés ne sont pas les seuls à exercer une grande influence sur le marché de l'assurance aux États-Unis : l'activité économique des assureurs dommages subit les conséquences de l'activisme du système judiciaire. Au-delà des *class actions* et des procès liés à l'amiante et à la responsabilité médicale, le rôle des juges est devenu primordial depuis plusieurs mois dans la remise en cause du système américain : les courtiers, les assureurs et les réassureurs sont en train de revoir leurs pratiques suite aux affaires Marsh et AIG.

Pour contrebalancer l'action des juges, des solutions législatives sont attendues par les assureurs dommages, en particulier en termes de responsabilité délictuelle (*Tort*). Ce régime de responsabilité délictuelle est le plus coûteux au monde ; il est dénoncé par toute la communauté d'affaires, les professions médicales, les *think tanks* conservateurs... En 2002, il représentait 232 Md\$, soit 2,2 % du PIB, cette proportion ne cessant de s'accroître depuis 1950 où elle n'était que de 0,6 %. Mais c'est sans doute également l'un des plus inefficaces : seulement 46 % des indemnisations sont effectivement versées aux victimes, le reste servant à rémunérer les avocats et à régler les frais administratifs.

Les conséquences de cet activisme judiciaire dépassent très largement le cadre de l'assurance. De nombreuses entreprises sont par exemple poussées à la faillite du fait des montants qu'elles ont à déboursier dans le cadre des procès liés à l'amiante. Les professions médicales, quant à elles, ont vu leurs coûts augmenter : de manière directe, du fait du renchérissement des assurances, et, de manière indirecte, compte tenu d'une prudence exagérée qui leur fait multiplier les examens, les deux mécanismes contribuant à l'augmentation des dépenses de santé. Augmenter l'efficacité et réduire les coûts de la responsabilité délictuelle en la recentrant vers les victimes effectives sans déresponsabiliser est un défi pour les législateurs dont la solution bénéficierait clairement au secteur de l'assurance dommages et bien au-delà.

Il semble urgent aujourd'hui que des initiatives législatives locales ou fédérales sans cesse repoussées aboutissent pour limiter l'emballement de la machine judiciaire dans les domaines de la responsabilité médicale et des actions en recours collectif. C'est du reste la volonté du président Bush qui a annoncé une réforme en ce sens à plusieurs reprises et a voulu de nouveau montrer son engagement personnel à ce que le Congrès agisse, en participant lui-même à une table ronde sur le sujet lors du forum économique qu'il a convoqué pour préparer son second mandat en décembre 2004.

En parallèle, par réaction aux scandales qui ont frappé le capitalisme américain (Enron, Worldcom...), le système judiciaire exerce une influence grandissante encore plus directe sur les entreprises et en particulier sur leurs conseils d'administration et leur direction. Le secteur de l'assurance un temps épargné voit depuis quelques mois certaines de ses pratiques remises en cause par les juges. La réaction du conseil d'administration d'*American International Group* (AIG), qui a contraint son PDG, Maurice Greenberg, à démissionner alors que celui-ci dirigeait la société depuis plus de 35 ans, illustre la rigueur nouvelle dont cherchent à faire preuve les conseils pour



assurer une meilleure gouvernance. La pression exercée par le régulateur et le juge et la crainte de voir leur responsabilité personnelle directement engagée n'ont pas laissé les hésitations des membres du conseil d'administration se prolonger bien longtemps.

La fin de cet article reviendra plus en détail sur les conséquences probables de la mise en cause par les juges de certaines pratiques du secteur. En attendant les impacts que cela pourra avoir sur leur activité, les assureurs ont connu une bonne année 2004, même si l'activité d'assureur aux États-Unis continue d'avoir dans certains domaines une rentabilité moyenne.

*UNE ACTIVITÉ PLUS RENTABLE
QUI SE MODERNISE LENTEMENT MAIS EST ENTRÉE
DANS UNE PÉRIODE TOURMENTÉE*

*Des résultats historiquement bons dans tous les domaines,
alors que souvent les assurés supportent une part croissante
des risques*

*Les résultats 2004 des assureurs dommages sont bons malgré les ouragans
de la fin de l'été*

8

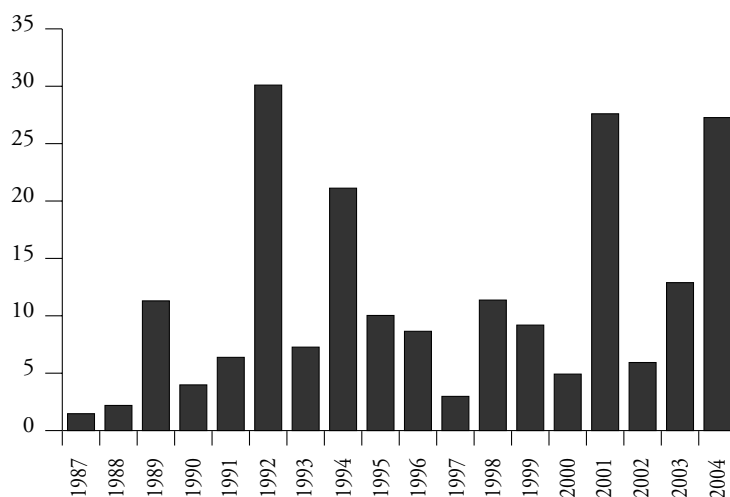
L'industrie de l'assurance dommages sort d'une période de raffermissement ou *hard market* qui a suivi la baisse des marchés financiers de 2000 et la constatation de pertes importantes liées aux attaques terroristes de 2001. Pour ce faire, les assureurs ont fortement augmenté leurs primes entre 2001 et 2003 : + 30 % en 3 ans. 2004 est marqué par un ralentissement plus marqué que prévu de la hausse des primes émises (+ 4,8 % en 2004 après + 9,4 % en 2003), alors que les analystes envisageaient, fin 2003, une hausse des primes de 7,4 %.

Les assureurs dommages ont enregistré un bon résultat en 2004 : 38,7 Md\$ (+ 26 %) ; ce résultat est conforme aux prévisions faites fin 2003, mais masque une réalité contrastée :

- le 1^{er} semestre est l'un des meilleurs jamais enregistrés par l'industrie ;
- le coût des 4 ouragans qui ont particulièrement touché la Floride au 3^{ème} trimestre est de 21,3 Md\$, ce qui fait de 2004 la troisième année la plus coûteuse pour les catastrophes après 1992 (ouragan Andrew) et 2001 (attentats du 11 septembre).

En dépit de cette saison cyclonique exceptionnelle, le résultat de souscription des assurances dommages a été positif en 2004, pour la première fois depuis 25 ans ; 12 assureurs avaient fait faillite à la suite de l'ouragan Andrew, alors que cette année un seul a été placé sous la tutelle des régulateurs. Cette situation est le résultat de politiques de

Graphique n° 1
Coût des catastrophes aux États-Unis
 (en Md\$, 2003)



Source : Insurance Services Office, Inc. (ISO) ; Insurance Information Institute.

Tableau n° 2
Montant des primes d'assurance émises en 2002 aux États-Unis et en France

États-Unis en Md\$ (Source : NAIC)		France en Md€ (Source : CCA, CCMIP)	
Assureurs dommages	422	Assureurs dommages	51
dont, entre autres :		dont, entre autres :	
automobile des particuliers	149	automobile [3]	17
automobile des entreprises	28	dommages aux biens des particuliers [3]	5,1
multirisque habitations	43	dommages aux biens des entreprises et agricoles [3]	5,4
multirisque entreprises [1]	32		
accidents du travail	44	Société vie et mixtes	93
responsabilité médicale	11	dont, entre autres :	
maritime [2]	14	contrats en unités de comptes (UC)	17
Assureurs vie	615	Institutions de prévoyances	7,8
dont, entre autres :		dont vie	2,3
décès	141	Non vie	5,5
annuités	210		
santé/accident	114	Mutuelles (codes de la mutualité)	14
Assureurs santé (2003)	217		

1. Y compris fermes et exploitations agricoles.

2. Y compris fluviale.

3. Hors activités dans l'Union européenne

Tableau n° 3
Montant des actifs des compagnies d'assurance en 2002
aux États-Unis et en France

États-Unis en Md\$ (Source : NAIC)		France en Md€ (Source : CCA, CCMIP)	
Assureurs dommages	919	Assureurs dommages	142
Assureurs vie	3 335	Société vie et mixtes	827
		Institutions de prévoyances	23
		Mutuelles (codes de la mutualité)	33

tarification et de souscription plus rigoureuses et d'une nouvelle répartition des risques depuis l'ouragan Andrew de 1992. Les résultats devraient rester stables en 2005, sous l'hypothèse que le coût des catastrophes naturelles soit moindre, les tarifs en légère baisse et le montant des primes collectées en hausse modérée.

Mais, au total, les assurés sont les grands perdants des dernières années puisque, au-delà des augmentations de primes, les franchises ont considérablement progressé. En Floride, la franchise pour une assurance multirisque habitation s'élève aujourd'hui à 2 % de la valeur du bien assuré (soit 4 000 \$ pour une maison de 200 000 \$), alors qu'elle n'était que de 500 \$ avant 1997. *In fine*, ce sont les habitants/assurés de Floride eux-mêmes qui, *via* une hausse de leurs primes ou de leurs impôts, financeront les nouvelles charges des fonds de garantie créés après l'ouragan Andrew pour réassurer en partie toutes les compagnies opérant dans l'État. Sur les 50 Md\$ de dégâts causés par les cyclones en 2004, 21,7 Md\$ étaient assurés ; la moitié de cette somme est à la charge des réassureurs et du fonds de garantie des catastrophes de Floride. L'exposition des assureurs est donc réduite à environ un quart du coût des dégâts.

L'assurance santé a évité le creux de cycle et profite paradoxalement du dynamisme des dépenses de santé

De par leur poids financier, les assureurs privés ont une influence considérable dans le fonctionnement du système de santé. Ils ont ainsi modifié profondément l'organisation des réseaux de soin durant les années 1990 en créant des structures intégrées (*Managed Care Organizations* - MCOs). Leur objectif premier était une meilleure maîtrise des coûts. Alors que l'assurance santé est historiquement une activité à cycles courts (5/6 ans), marquée par des périodes de bénéfices importants succédant à des crises, la mise en place de ces structures de soin intégrées a permis aux assureurs santé de maintenir leurs marges à la fin des années 1990, ce qui a évité un creux de cycle accentué.

Mais, depuis quelques années, les assureurs santé font face à une nouvelle accélération des dépenses de santé, comme cela était indiqué au début de cet article. Les assureurs, qui avaient bénéficié des baisses de coût permises par les réseaux de soin intégrés, ont su améliorer leurs marges dans ce contexte pourtant devenu défavorable, grâce à une augmentation encore plus rapide des primes et de la part des dépenses restant à la charge des assurés : la croissance des primes a été pour les employeurs de 43 % depuis 3 ans (+ 13,9 % en 2003) ; dans le même temps, la contribution des employés au paiement des primes a suivi une tendance similaire (+ 49 %⁴), alors qu'en parallèle, ils voyaient le montant des dépenses restant à leur charge (*deductible*) croître de 35 % à 60 % selon le type de plan dont ils bénéficient. Ce mouvement, ce transfert de risques vers le patient pour le responsabiliser davantage, devrait se poursuivre.

L'assurance-vie est sortie du « perfect storm »

L'assurance-vie est sortie en 2003 d'un *perfect storm* : des taux d'intérêts au plus bas depuis 40 ans qui avaient gonflé mécaniquement la valeur actualisée de leurs engagements ; des marchés actions faibles et des défauts obligataires importants, qui avaient pesé sur leurs revenus financiers et la valeur de leurs actifs. Une hausse des fonds propres et de meilleurs ratios de solvabilité ont été obtenus grâce à l'augmentation des revenus opérationnels, à des injections de capital, à une hausse des plus-values latentes et réalisées et à l'amélioration de la qualité des portefeuilles obligataires.

La tendance générale de l'industrie est aussi de se tourner de plus en plus vers des produits corrélés aux marchés financiers tout en offrant toujours plus de garanties aux assurés. À l'instar des garanties planchers, des options garantissant un revenu minimum sont apparues sur les annuités variables et d'autres produits d'assurance-vie. Une partie du risque de marché a été transférée de l'assuré à l'assureur. La corrélation entre la rentabilité de l'assurance-vie et celle des marchés financiers n'aura jamais été aussi grande, ce qui n'est pas sans risque pour le secteur.

Tableau n° 4
Progression des résultats des assureurs entre 1999 et 2004

ROE	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Banque	14,7 %	13,5 %	13 %	14,1 %	15 %	13,3 %
Assurance	6,6 %	6,5 %	- 2,7 %	1 %	9,4 %	12 %

Source : FDIC sur 9 000 institutions financières, dont les plus importantes en taille, et *Insurance Information Institute*.



Au total, les résultats des assureurs ont fortement progressé en 2004, sans toutefois que la rentabilité du secteur n'atteigne celle des banques ; les perspectives sont relativement bonnes pour cette année mais les challenges nombreux. Au-delà des défis relativement classiques auxquels les assureurs vont devoir faire face dans les mois et les années qui viennent (ajustement des primes d'assurance dommage à la sinistralité importante observée cette année ; effet de la hausse annoncée des taux d'intérêt ; vieillissement de la population, augmentation vertigineuse des dépenses de santé), la profession va être affectée par les conséquences judiciaires des affaires récentes.

Des évolutions lentes de l'industrie de l'assurance qui bénéficie d'une attention nouvelle des juges et des régulateurs

Des projets de réformes qui n'avancent pas au Congrès : amiante, assurance terrorisme, régulation, retraite...

Le processus de décision publique est souvent très lent aux États-Unis ; cela aboutit à une absence criante de prise de décision ou à des retards importants dans certains domaines. L'exemple le plus frappant, hors du champ de cet article, est l'adoption du budget plusieurs mois après le début de l'année fiscale.

Pour ce qui concerne l'activité des assureurs, plusieurs projets de réforme sont dans les limbes. Au-delà de l'assurance terrorisme évoquée en détail au début de cet article, l'amiante en est l'exemple le plus ancien et le plus éloquent. Dès 1977, une proposition de loi de la Chambre des représentants proposait la création d'un fonds fédéral d'indemnisation des victimes de l'amiante. Mais celui-ci n'a pas vu le jour et les nombreuses initiatives parlementaires qui ont été prises depuis n'ont pas plus abouti. Seule une partie de la loi qui a réformé la législation sur les faillites en 1994 comprenait des dispositions spécifiques à l'amiante (en particulier la création d'un fonds (*trust*) d'au moins 50 % des actifs de l'entreprise pour indemniser les victimes actuellement déclarées ou à venir). Le nouveau projet du président de la Commission judiciaire du Sénat, Arlen Specter, semble de nouveau avoir des chances limitées d'être adopté. Il n'a pas, en particulier, le soutien de la profession. Des actions au niveau des États sont plus probables.

Au-delà, comme indiqué ci-dessus, une réforme plus en profondeur du coûteux système judiciaire était attendue. Sous l'impulsion du président Bush, Arlen Specter a fait de la réforme du système de responsabilité délictuelle une priorité. Une première loi a été signée le 18 février : le *Class Action Fairness Act* de 2005. Cette loi met fin au *forum shopping* en renvoyant certains recours collectifs - ceux qui



concernent plusieurs États et dont le total des indemnités réclamées est supérieur à 5 M\$ - de la juridiction des États vers celle des cours fédérales. Mais beaucoup reste encore à faire dans le domaine.

Un autre pan de la législation américaine semble relativement archaïque et fait l'objet de projets de réforme depuis quelques années : le système de régulation. Deux propositions ont été faites pour l'améliorer :

- l'introduction d'une charte fédérale optionnelle. Les assureurs qui le souhaitent pourraient ne dépendre que d'un seul régulateur au niveau fédéral. Une nouvelle agence serait créée et deux systèmes de régulation se feraient concurrence : au niveau fédéral et au niveau des États fédérés. Le dispositif se rapprocherait de celui qui prévaut actuellement pour les banques : certains établissements bancaires sont « à charte fédérale », d'autres « à charte d'État ». Mais le système de régulation bancaire s'avère à l'usage excessivement complexe et lui aussi source d'une certaine inefficacité ;

- la mise en place de standards nationaux avec une régulation par les États. Les assureurs pourraient par exemple ne plus avoir besoin de faire approuver leurs produits dans l'ensemble des États dans lesquels ils opèrent. Ce dispositif n'a cependant que peu de chance de rencontrer l'adhésion des États, puisqu'il les réduirait à un rôle d'exécutant dans de trop nombreux domaines jugés par eux essentiels.

Quelle qu'en soit la forme, une implication fédérale croissante est, à terme, sans doute inévitable. Mais, au total, entre des États soucieux de garder leurs prérogatives et leurs ressources, le *lobbying* des assureurs et celui des consommateurs, le processus d'adoption d'une réforme est particulièrement lent et tortueux.

La lenteur du processus s'est illustrée dans ce qui aurait pu être la première étape d'une réforme d'ampleur du système de régulation. La Loi de modernisation financière Gramm-Leach-Bliley, votée par le Congrès en 1999, comportait des exigences vis-à-vis des régulateurs des États, de manière à ce que l'harmonisation des normes et des procédures aille au-delà de « l'incitation » : elle prescrivait en particulier que, faute d'avoir établi dans les 3 ans suivant son adoption un système uniforme d'agrément des courtiers (ou un dispositif fondé sur la réciprocité) dans la majorité des États, une Commission de régulation nationale (dite *National Association of Registered Agents and Brokers/ NARAB*) serait créée.

Plus de 5 ans après le passage de cette loi cela n'est pas le cas. Quant à l'objectif de la loi qui devait permettre la création de « bancassureurs » aux États-Unis, force est de constater qu'il n'a pas été rempli. Certes, la rentabilité des assureurs n'est pas au niveau de celle des banques, ce qui limite l'intérêt de fusion du point de vue du secteur bancaire. Mais

un autre facteur a une influence non négligeable : les assureurs étant toujours régulés par les Etats, la tâche des banques est difficile et les régulateurs ont tendance à ne pas respecter la préemption de la loi précitée.

Au total, le processus de modernisation de l'industrie de l'assurance est lent. Celui-ci pourrait cependant être fortement accéléré sous l'influence des juges, qui s'intéressent maintenant fortement aux pratiques du secteur.

Une comptabilité remise en question par les juges

Un temps épargné par les scandales financiers, le secteur de l'assurance est depuis quelques mois au centre de l'actualité judiciaire. Le procureur général de New York, Eliot Spitzer, a porté plainte contre Marsh et McLennan (MMC), le premier courtier en assurance américain, le 14 octobre 2004, pour avoir organisé des appels d'offres truqués et ne pas avoir défendu au mieux les intérêts de ses clients en les dirigeant vers les assureurs lui reversant les commissions arrières les plus importantes. La plainte contre MMC est close, mais les investigations se poursuivent dans la majorité des États sur les pratiques du secteur. Ces pratiques et le système de régulation du secteur devraient en sortir sensiblement changés. Une réforme du système de rémunération des vendeurs d'assurance semble inévitable.

Au-delà, de nombreuses compagnies ont aussi reçu des assignations à comparaître de la SEC et du procureur général de NY pour avoir vendu des produits de réassurance non traditionnels qui auraient servi à lisser les résultats financiers de ces sociétés (cf. encadré sur la réassurance *finite*). Les deux questions que se posent les régulateurs sur ces produits sont :

- doivent-ils être comptabilisés comme une dette ou comme un contrat de réassurance ? Cela change bien évidemment leur impact sur le bilan de la société assurée ;
- est-ce que ces polices faussent la lecture des comptes des sociétés assurées ?



La réassurance non traditionnelle ou *finite*

À la différence des contrats de réassurance traditionnelle qui sont en général annuels et transfèrent des risques d'un assureur à un réassureur en échange d'une prime fixe, les contrats de réassurance *finite* sont en général pluriannuels ; de plus :

- le réassureur assume un risque d'assurance limité à la fois en montant et par une clause de participation aux bénéfices qui module la prime en fonction des résultats de l'assureur ;
- les revenus financiers que la prime de réassurance va générer pour le réassureur sont explicitement pris en compte dans la tarification.

Ces produits sont complexes, construits sur mesure et pas toujours transparents. Ils peuvent parfois ne servir qu'à lisser les résultats sans qu'il n'y ait de réel transfert de risque et ainsi servir à reporter l'annonce de pertes. Leur comptabilisation est problématique car les normes ne sont pas toujours très claires et varient d'un pays à l'autre. Il est donc parfois difficile de mesurer le transfert de risque effectif et l'impact sur les résultats et le bilan des sociétés concernées.

L'assurance est le nouveau cheval de bataille du procureur général de New York, Eliot Spitzer, qui s'était déjà attaqué aux banques de Wall Street et aux *mutual funds*, avec, au-delà des actions en justice, d'importantes conséquences au niveau réglementaire. Après une année 2004 marquée par de très bons résultats et cette vague d'enquêtes judiciaires, les assureurs vont devoir regagner la confiance des assurés et des investisseurs.

Ils devront, au-delà, s'adapter face à de nouveaux défis : l'évolution de la demande des assurés, dont les besoins en assurance santé et en produits de retraite vont augmenter avec le vieillissement de la population ; les réformes, au niveau des États fédérés et de l'État fédéral, de l'assurance contre le risque terroriste, des systèmes de responsabilité délictuelle, de retraite ou de santé et de la régulation du secteur. Les défis et les opportunités ne manquent pas aujourd'hui pour les assureurs aux États-Unis.



NOTES

1. Pour Enron ce ratio a atteint 60 % ; Pour d'autres entreprises il est largement supérieur : 90 % pour Proctor and Gamble ; 68 % pour General Electric.
2. *Le National Flood Insurance Program* (NFIP), créé en 1968, rend la couverture du risque inondation obligatoire dans les zones susceptibles d'être inondées ; les 20 000 localités participant au programme prennent en contrepartie certains engagements visant à limiter l'ampleur et le coût des dommages auquel est exposé le Gouvernement fédéral.
3. Ce programme, subventionné par la *Federal Crop Insurance Corporation*, couvre les récoltes contre les risques de catastrophes naturelles.
4. Donnée relative aux contrats d'assurance santé qui couvrent l'ensemble de la famille de l'assuré.

