



**FRÉDÉRIC PLANCHET
ET GUILLAUME LEROY,**
membres de l'Institut des actuaires

Problématiques associées au partage des risques

Focus sur l'organisation générale du partage du risque entre les différents acteurs dans le cadre de dispositifs d'assurance, et sur les évolutions dans la relation entre l'assureur et l'assuré du fait de l'accès par l'assureur à une information de plus en plus détaillée sur le risque de l'assuré.

On l'a rappelé ici il y a quelque temps ⁽¹⁾, le dispositif Solvabilité II introduit une distinction claire entre les risques mutualisables et les risques non-mutualisables et, parmi ces derniers, entre les aléas qu'il est possible de couvrir par des actifs financiers et ceux pour lesquels cela ne l'est pas. L'analyse des différents risques en jeu conduit naturellement à considérer le partage effectué entre les différentes parties prenantes : l'assureur, les assurés, le réassureur, les marchés financiers et la collectivité.

LES ASSURÉS, PUIS LES ASSUREURS...

En premier lieu, il convient d'observer que, dans une activité d'assurance mutuelle, le partage de risque s'effectue entre les assurés. L'assureur n'assume pour sa part qu'un rôle de gestion de cette mutualisation des risques. Dans

le cadre d'une mutuelle à cotisations variables, seuls les assurés supportent d'ailleurs le risque.

Dès lors que les cotisations ne sont plus révisables *a posteriori*, l'assureur prend sa part dans le partage des risques et doit, en pratique, constituer des fonds propres suffisants pour faire face aux déviations adverses de la sinistralité. Le cadre technique est toutefois identique à la situation précédente, la prise en charge de situations globalement très défavorables étant simplement transférée des assurés vers l'assureur. Au-delà de sa fonction de gestionnaire (technique) de la mutualisation du risque, l'assureur assume alors également la prise en charge des situations très adverses, ayant une probabilité d'occurrence faible mais un coût élevé dépassant le niveau des provisions constituées. Les apporteurs des fonds propres sont logiquement rémunérés pour cette prise de risque.

...ET ENSUITE LES RÉASSUREURS ET LES MARCHÉS FINANCIERS

La présence de risques non-mutualisables (catastrophes naturelles, épidémies, crises financières) conduit à remettre en cause le strict cadre de la mutualisation et l'outil de référence qu'est le théorème de la limite centrée. En effet, ces risques invalident l'hypothèse d'indépendance entre les assurés qui fonde l'assurance mutualiste. Leur prise en charge par l'assureur direct nécessiterait l'immobilisation d'un niveau de capital très important et leur gestion conduit à faire intervenir de nouveaux acteurs dans le partage : les réassureurs et, le cas échéant, les marchés financiers.

Ces acteurs vont prendre en charge une part de ces risques et mettent en œuvre, pour y faire face, des stratégies de diversification (par marché, par type de risque, par zone géographique, etc.). Ils permettent finalement d'introduire un degré de mutualisation supplémentaire, à un niveau agrégé en général inaccessible à l'assureur de premier rang. On peut à ce stade observer que, si les techniques qu'ils mettent en œuvre sont différentes, ces deux acteurs prennent en charge des risques de même nature.

Ce schéma s'est mis en place progressivement au cours du XX^e siècle et a fait la preuve d'une certaine efficacité pour la gestion des risques assurables. Le référentiel Solvabilité II, s'il impose explicitement aux assureurs directs de prendre en charge une part de risque systématique ⁽²⁾, ne remet pas en cause ce cadre général.

QUELLE PLACE POUR LA PUISSANCE PUBLIQUE ?

La crise financière de 2008 l'a montré, ou plus récemment le tremblement de terre au Japon : lorsque l'ampleur des défauts potentiels atteint un certain niveau, la puissance publique intervient. Mais pas dans le même contexte : dans le cas d'une catastrophe, elle prend en charge une fraction des dommages non couverts par les polices d'assurance, alors que, dans le cas de la crise financière, la puissance publique est intervenue pour empêcher des défauts. Mais, alors que les référentiels pruden-

financiers convergent vers des approches cohérentes avec des logiques de marché, et que le coût d'immobilisation du capital – et donc la rémunération des apporteurs de capitaux – est un paramètre crucial dans la détermination des tarifs et l'analyse de la rentabilité d'un assureur ou d'un organisme financier, empêcher un acteur de faire défaut apparaît somme toute paradoxal.

Ce paradoxe est illustré par le sort de la dette souveraine d'un pays comme la Grèce : en empêchant ce pays de faire défaut il y a quelques mois, l'Union européenne a créé une situation dans laquelle des investisseurs qui avaient été rémunérés pour supporter le risque d'un défaut (via un *spread* de crédit) ont finalement fait supporter le risque une fois réalisé par la collectivité.

L'intervention des Etats pour empêcher l'effondrement d'acteurs de marché montre d'ailleurs qu'un marché financier n'est pas, en tant que tel, une entité capable de se réguler correctement ⁽³⁾. Au surplus, l'interconnexion de

plus en plus marquée entre les différents marchés financiers a pour conséquence une baisse des possibilités de diversification. On peut d'ailleurs se demander si la transparence revendiquée sur les marchés financiers et les normes IFRS ne conduisent pas à transférer les risques sur les agents non soumis à cette exigence (ménages, Etats, *hedge funds*).

Ces problématiques donnent lieu à de nombreux débats relatifs à l'organisation des marchés, mais on peut noter qu'elles concernent majoritairement le volet financier des risques systématiques, le fonctionnement du marché de la réassurance ne posant pas de difficulté organisationnelle majeure.

PARTAGE DE RISQUE ET INFORMATION

Après avoir rappelé ce cadre général du partage de risque entre les différents acteurs d'un marché d'assurance, il nous semble intéressant d'aborder la question spécifique de la relation entre l'assureur et l'assuré et, plus précisément, des conséquences de l'information exploitable par l'assureur sur la connaissance du risque porté par l'assuré.

On l'a vu, la situation de référence de l'assurance est la mutualisation des risques à l'intérieur d'une classe de risques homogènes. Dans ce cadre, l'assureur n'a en général pas accès directement à une mesure du risque de chaque assuré, et la construction du tarif s'effectue dans un contexte de forte asymétrie d'information, au bénéfice de l'assuré. L'assureur a ainsi développé des stratégies pour faire révéler le risque de l'assuré au travers d'incitations et de limitations de garanties (franchises, systèmes de bonus-malus, etc.).

L'introduction de cotisations différenciées en fonction du risque de chaque adhérent, lorsqu'on introduit de l'hétérogénéité dans le portefeuille, ne change pas fondamentalement cette logique de redistribution de la charge des sinistres au sein de la communauté des assurés. D'un point de vue technique, le théorème de la limite centrée assure toujours la viabilité d'un tel système à un niveau de confiance fixé à l'avance.

On peut d'ailleurs observer que les sociétés d'assurance mutuelles se sont à l'origine constituées au niveau d'un groupe bien défini (profession ou statut), ce qui assurait une certaine homogénéité des adhérents vis-à-vis de leur niveau de risque, et permettait de fait de pratiquer des tarifs peu ou pas segmentés, sans risque de voir apparaître de l'anti-sélection. L'élargissement des possibilités d'accès à ces organismes s'est logiquement accompagné d'une segmentation plus forte des tarifs.

La capacité de disposer aujourd'hui d'informations arbitrairement fines sur les déterminants du risque de l'assuré modifie potentiellement ce cadre, en adoptant une démarche visant à déterminer *ex ante* le coût spécifique de chaque as-

suré. L'exemple des contrats automobiles "Payd" à l'anglaise ⁽⁴⁾ illustre ce qu'il est possible de concevoir en recourant à la technologie moderne. Le développement de ces approches est toutefois freiné, d'une part, par des considérations de res-

pect de la vie privée et le rôle de la Cnil, et d'autre part, par les luttes contre les discriminations menées par les associations de consommateurs, dont l'exemple le plus récent est l'arrêt rendu par la CJUE interdisant la prise en compte du sexe dans un tarif d'assurance.

S'il peut apparaître légitime de faire payer un assuré en raison directe du risque qu'il représente en assurance automobile, la question est plus délicate en assurance de personne, notamment pour le remboursement de soins de santé. En effet, l'idée que les "bons risques" financent les "mauvais risques" est centrale dans ce type d'assurance.

En permettant de remplacer l'approche historique de la tarification basée sur une analyse statistique *a posteriori* par une mesure directe et *a priori* du risque, la technologie remet potentiellement en cause l'idée même de classes de risques larges et homogènes pour les remplacer par des tarifs individualisés. Le développement de produits construits sur cette logique constituerait un bouleversement du partage des risques entre assureur et assurés qui prévaut depuis la naissance de l'assurance moderne.

On le voit, la connaissance des risques bouleverse les répartitions de ceux-ci dans les domaines financiers et assurantiels.

Dès lors, des interrogations apparaissent sur deux registres : - est-ce que les agents sont prêts à assumer ces modifications, avec les facteurs d'inégalité que cela entraîne ?

- est-ce que les référentiels prudentiels savent l'appréhender ? Ils doivent en effet viser des cas extrêmes où ces phénomènes de connaissances variées vont exacerber les comportements de démutualisation. •

/// L'exemple des contrats automobiles "Payd" à l'anglaise illustre ce qu'il est possible de concevoir en recourant à la technologie moderne. ///

(1) F. Planchet, G. Leroy, « Assurance et risques non mutualisables. », La Tribune de l'assurance n° 144 (février 2010).

(2) F. Planchet, G. Leroy « Que signifie la ruine dans Solvabilité II ? », La Tribune de l'assurance n° 144 (mai 2010).

(3) On peut notamment consulter sur ce sujet l'ouvrage de C. Walter (dir.) Nouvelles normes financières - s'organiser face à la crise, Springer (2010).

(4) La version française de ces produits, limitée à une prise en compte du nombre de kilomètres parcourus dans l'année, ne modifie pas fondamentalement la logique usuelle de tarification.