

Risques

Les cahiers de l'assurance

■ XXI^e siècle : le siècle de l'assurance

Des entretiens avec
Jacques Blondeau
François Ewald
Denis Kessler
Yves Simon
Dominique Vastel
Alain de Vulpian

■ Nouveaux métiers, nouvelles compétences

Marianne Binst
Alain Hassan
Nidal Kerbec
Gérard Lobjeois
Jacques Monier
Francis Morin
Bruno Rousset
Hubert Strauss

■ Chroniques : L'avenir

Jean-Luc Besson
Georges Durry
André Straus
Patrick Warin

■ Nouveaux risques, nouvelles responsabilités

Jacques Allègre
Jean-Paul Betbèze
Jean-François Boulier
Gilbert Cette
Pierre-André Chiappori
Jean-Christophe Galloux
Pierre Jacquet
Patrick Lagadec
François Longin
Pierre Pestieau
Christophe Radé
Daniel Zadjenweber

n° 40 ■ Octobre-Décembre 1999

LGDJ / SCEPRA

XXI^e siècle :
le siècle de l'assurance



Risques

Les cahiers de l'assurance

N° 40

Octobre-Décembre 1999

SCEPRA – 1999

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du copyright, 6 bis, rue Gabriel-Laumain 75010 Paris.

Comité éditorial



Jean-Hervé Lorenzi
Responsable de la rédaction

François Ewald
Société

Robert Leblanc
Techniques

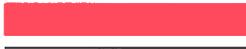
Pierre Picard
Analyses

Pierre Bollon
Chroniques et livres

Nathalie Joven
Diffusion

Dominique Steib
Secrétaire de rédaction

Comité de rédaction



François-Xavier Albouy, André Babeau, Pierre Bollon, Sylvain Boueil, François Bourguignon,
Anton Brender, Éric Briys, Francis Calcoen, Françoise Chapuisat, Thierry Chauveau,
Pierre-André Chiappori, Henri Debruyne, Claude Delpoux, Georges Dionne, Jean-Jacques Duby,
Georges Durry, Louis Eeckhoudt, François Ewald, Christian Gollier, Georges-Yves Kervern,
Denis Kessler, Régis de Laroullière, Marc Lauwers,
Robert Leblanc, Michel Levasseur, Jean-Hervé Lorenzi, Jacques Marseille,
Jean-Claude Milleron, Jacques Mistral, Jean-Pierre Moreau, Pierre Pestieau,
Patrick Picard, Pierre Picard, Jacques Plassard, Martine Rémond-Gouilloud, André Renaudin,
Jean-Charles Rochet, Pierre Rosanvallon, Christian Schmidt, Harold Skipper, Göran Skogh,
Pierre Sonigo, Dominique Steib, André Straus, Jean-Marc Suret, Pierre Tabatoni,
Robert Teyssier, Patrick Thourot, François de Varenne,
Dominique Vastel, Patrick Warin, Frédéric Worms, Peter Zweifel

Sommaire

1. *Société* : XXI^e siècle : le siècle de l'assurance

Entretiens avec

Jacques Blondeau, Président-directeur général du groupe Scor	7
François Ewald, Professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers	11
Denis Kessler, Président de la FFSA.....	17
Yves Simon, Professeur à l'université de Paris-Dauphine	23
Alain de Vulpian et Dominique Vastel, Co-président et directeur associé à Sociovision	26

2. *Techniques* : Nouveaux métiers, nouvelles compétences

Robert Leblanc, <i>Anticiper</i>	31
Francis Morin, <i>Qui fait quoi ?</i>	33
Bruno Rousset, <i>Architecture de la différence</i>	38
Marianne Binst, <i>Demain l'assurance santé</i>	43
Nidal Kerbec, Alain Hassan, <i>L'assistance en marche vers le futur</i>	45
Hubert Strauss, <i>La compétence au cœur de l'entreprise</i>	50
Jacques Monier, <i>Une profession engagée dans la gestion de ses mutations</i>	54
Gérard Lobjeois, <i>Nouveau métier : le téléacteur</i>	60

3. *Analyses* : Nouveaux risques, nouvelles responsabilités

Pierre Picard, <i>De nouveaux défis pour les assureurs</i>	67
Pierre Jacquet, <i>La difficulté de prévenir les crises financières</i>	69
Jean-Paul Betbèze, <i>Comment les banques vivront-elles désormais avec le risque ?</i>	75
Jean-François Boulrier, François Longin <i>Risques extrêmes sur les marchés financiers</i>	80
Jacques Allègre, <i>Demain, quelle assurance pour les grands risques industriels ?</i>	85
Daniel Zadjenweber, <i>L'assurabilité des risques catastrophiques</i>	90
Pierre Pestieau, <i>Assurance sociale et intégration économique</i>	95
Gilbert Cette, <i>Réorganiser les aides publiques aux personnes âgées dépendantes ?</i>	100
Pierre-André Chiappori, <i>Tests génétiques et assurance : une analyse économique</i>	107
Jean-Christophe Galloux, <i>Le risque biologique</i>	110
Christophe Radé, <i>Brefs propos spéculatifs sur la réforme de la responsabilité médicale</i>	113
Patrick Lagadec, <i>Risques et responsabilité collective : des ruptures à penser et à conduire</i>	118

4. *Chroniques* : L'avenir

Georges Durry, <i>Diminuer le contentieux en assurance par deux réformes</i>	124
Jean-Luc Besson, <i>Y aura-t-il encore des cycles dans l'assurance ?</i>	127
André Straus, <i>L'assurance au XX^e siècle</i>	129
Patrick Warin, <i>Protection sociale, une hésitante entrée dans le siècle...</i>	133

5. *Livres*

par Françoise Chapuisat, Michel Lutfalla et Jean-Bernard Méniex.....	137
--	-----

1.

XXI^e siècle : le siècle de l'assurance

- Entretien avec Jacques Blondeau
Président-directeur général du groupe SCOR
- Entretien avec François Ewald
Professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers
Directeur de la recherche de la FFSA
- Entretien avec Denis Kessler
Président de la FFSA
- Entretien avec Yves Simon
Professeur à l'université Paris-Dauphine
- Entretien avec Alain de Vulpian
et Dominique Vastel
Coprésident, et directeur associé de Sociovision

Jacques Blondeau

Président-directeur général du groupe SCOR

Entretien réalisé par Jean-Hervé Lorenzi et Pierre Picard

Risques : Le monde de l'assurance est entré dans une phase de profonde transformation, marquée par les concentrations et l'évolution des stratégies des assureurs et réassureurs, mais aussi par l'arrivée sur le marché de nouveaux acteurs. Quels devraient être selon vous les éléments les plus déterminants des évolutions en cours ?

Jacques Blondeau : Il faut tout d'abord distinguer très clairement l'assurance vie de l'assurance proprement dite. L'assurance vie correspond simplement à une partie de la gestion des fonds d'épargne et c'est essentiellement pour des raisons fiscales qu'on la range dans la catégorie des produits d'assurance. Pour moi, l'assurance est avant tout un mécanisme de prise, de transfert et de mutualisation du risque. L'achat d'assurance vie ne concerne pas spécifiquement les assureurs car de nombreux autres produits financiers lui sont substituables. Je n'en parlerai donc pas.

Cela étant dit, la première constatation que je voudrais faire c'est qu'en termes de couverture et de mutualisation du risque, nous sommes dans une phase de croissance très forte des besoins. Je rejoins ce qu'a écrit François Ewald sur la société assurantielle, l'aversion des individus pour le risque et la demande de couverture des risques. De multiples raisons, de nature sociologique ou tenant à l'évolution du rôle de la famille, sont à l'origine de cette attitude. Toutefois, ce n'est pas parce que la demande de protection assurantielle va s'accroître que les assureurs seront nécessairement les seuls à pouvoir y répondre.

En second lieu, il me paraît indispensable de distinguer les quatre fonctions essentielles de l'assurance que sont la distribution, la prise de risque, la gestion d'actifs et la gestion au sens administratif du terme. Les deux grandes questions ouvertes concernent, me semble-t-il, la distribution de l'assurance et la prise de

risque. Ce sont les évolutions dans ces deux domaines qui structureront notre industrie dans les dix prochaines années.

Pour ce qui concerne la distribution, nous sommes entrés dans une phase de complet éclatement qui dépasse de très loin la question si souvent débattue de la banque-assurance. Les produits d'assurance sont aujourd'hui proposés par des distributeurs classiques comme Auchan ou le BHV. De même, au Japon, en Allemagne et maintenant en France, l'assurance automobile est distribuée par les constructeurs de voitures : l'achat d'une voiture neuve s'accompagne d'une proposition de financement, d'entretien durant trois ans, d'extension de garantie et, en prime, de trois années d'assurance obligatoire. Les assureurs classiques ont des atouts à faire valoir, mais il est clair que la concurrence sera véritablement très aiguë. Certains ont déjà engagé une réflexion de façon à pouvoir se situer pleinement dans ce nouveau contexte où leurs principaux concurrents en matière d'assurance automobile s'appelleront Renault, Toyota, Carrefour, Leclerc ou Auchan. Au terme de cette lutte, les survivants seront peu nombreux, car, dans le domaine de la distribution des produits d'assurance de masse, les effets de taille jouent à plein. Le rôle de l'Internet est encore imparfaitement connu, mais il peut modifier la donne, éventuellement en faveur des assureurs traditionnels.

La question de la prise de risque doit être envisagée en gardant à l'esprit cette évolution inéluctable de la fonction de distribution qui, à la limite, peut devenir quasiment autonome. Porter le risque est largement indépendant de la fonction de la distribution. Les réassureurs le savent bien puisqu'ils ne distribuent pas de produits d'assurance et que leur rôle se limite à la prise et au partage de risque. Le réassureur remplit en effet deux missions principales : il prend à sa charge des risques qui excèdent la capacité de l'assureur et il réalise une mutualisation au niveau mondial. Cela est particulièrement important en ce qui concerne les

grands risques ou les risques associés à une activité industrielle pour laquelle il n'existe qu'un petit nombre de concurrents sur le plan international. Dans ces deux cas, il est naturel de réaliser une mutualisation des risques à une échelle géographique aussi large que possible. Le secteur pétrolier est un bon exemple de ce type de situation.

Risques : Dans ce contexte, à quels scénarios peut-on s'attendre quant aux positionnements respectifs des assureurs et des réassureurs ?

Jacques Blondeau : Deux scénarios extrêmes sont envisageables, outre le *statu quo* qui reste possible. On peut tout d'abord imaginer que les assureurs, compte tenu de leur taille croissante, prendront en charge les grands risques ou les risques mutualisables à une échelle internationale.

Dans un second scénario, les distributeurs qui ne veulent pas supporter le risque pourraient envisager diverses solutions de transfert de risques, et donner un rôle important aux réassureurs. Dans le premier scénario, les grands assureurs continueront à être de vrais preneurs de risques et la fonction du réassureur sera réduite et limitée à des aspects pointus et techniques : le réassureur cessera d'être un opérateur de masse en terme de transfert de risques. Le second scénario est favorisé par le fait que la prise en charge du risque est un métier technique qui se marie mal avec des professionnels dont la fonction est avant tout commerciale. Bien sûr, il s'agit ici de deux scénarios extrêmes et la réalité intégrera vraisemblablement un peu de chacun des deux. Toutefois, si je devais parier, j'opterais pour le second. Les grands distributeurs ont en effet pour objectif des coûts réduits au minimum et des marges peut-être faibles mais stables en s'appuyant sur un réseau. Par ailleurs, il est très difficile de supporter à la fois les risques de masse et les risques spécifiques. À titre d'exemple, citons le cas des sociétés d'assurances de personnes qui nous renvoient de plus en plus tout ce qui touche les risques aggravés dans le domaine de la santé : une entreprise moyenne classique aura 300 à 400 cas de risques aggravés par an alors que notre société en traite environ 12 000. Les effets de taille jouent ici en notre faveur, car traiter les

risques aggravés nécessite de pouvoir bénéficier de la compétence de médecins, d'actuaire, de souscripteurs spécialisés. C'est également le cas pour ce qui concerne les risques industriels où des compétences techniques et une possibilité de mutualisation au niveau mondial sont souvent indispensables et ne peuvent être aisément apportées par des assureurs directs. Une ambiguïté doit ici être levée : cette capacité de mutualisation au niveau mondial n'est pas exclusivement une question de taille. Les très grands groupes d'assurances ne sont pas pour autant des assureurs globaux, présents partout et dans la totalité des risques, ce que sont les grands réassureurs.

Risques : La puissance des réassureurs et leur importance économique sont-elles suffisantes pour jouer ce rôle-là ?

Jacques Blondeau : La question majeure est de définir les fonctions des uns et des autres, le problème de la taille se posant différemment suivant le métier que l'on exerce. Ce problème existe-t-il chez Ferrari ? Certes, une taille minimale est nécessaire car un bon preneur de risques doit pouvoir les amortir sur une base financière suffisante. Toutefois, ce sont essentiellement le volume de produits de base et l'efficacité de leur distribution qui déterminent l'importance des assureurs directs. Les critères sont bien différents pour les réassureurs.

Risques : Les rôles des différents acteurs, notamment des mutuelles, sont-ils appelés à évoluer fortement ?

Jacques Blondeau : Je pense en fait que nous allons vers une clarification des rôles et je ne crois pas du tout au noir et blanc dans ce domaine. Rappelez-vous le grand débat sur la distribution en France. Il y a dix ou quinze ans, de grands experts en stratégie nous expliquaient que la montée en puissance des Leclerc, Auchan et autres réseaux de distribution allait entraîner la disparition des petits commerces. Cela s'est révélé partiellement vrai dans un premier temps, mais on constate aujourd'hui que ce sont deux métiers différents et complémentaires qui se dessinent. La même évolution se produira en assurance. Nous

aurons d'un côté une forte concentration de distributeurs de produits de base où, une fois de plus, les effets de taille joueront pleinement, et les gros deviendront certainement encore plus gros. De l'autre, nous verrons apparaître l'équivalent de l'épicier du coin, c'est-à-dire des professionnels très efficaces, occupant des créneaux très étroits ou localisés. On trouvera notamment des entreprises de taille moyenne, spécialisées dans des produits destinés à une population bien définie. Nous le constatons aujourd'hui aux États-Unis où, très curieusement, parallèlement au mouvement de démutualisation, se constituent des quasi-mutuelles, ce que l'on appelle des « groupes d'affinités ». En France, cela pourrait correspondre à l'exemple actuel des avocats de Haute-Garonne qui trouvent avantage à acheter leur assurance en bloc au niveau de chaque barreau, afin de négocier des tarifs plus avantageux ou gérer leurs sinistres de manière plus efficace. Aux États-Unis, ce nouveau type d'organisation est en pleine expansion dans le domaine industriel, en particulier dans les PME. La dissociation des fonctions joue ici à plein, avec notamment la possibilité de rétrocéder intégralement la prise de risque à des réassureurs.

Risques : Cette dissociation des fonctions de distribution et de prise de risque favorise-t-elle la convergence entre banque et assurance ou, comme le dit Claude Bébéar, s'agit-il fondamentalement de deux métiers différents ?

Jacques Blondeau : Si on parle de réseaux de distribution, il est clair que les banquiers peuvent distribuer efficacement des produits d'assurance, mais la fameuse convergence banque/assurance me paraît déjà être un débat dépassé. Comme je l'ai dit, en matière de distribution, les vrais concurrents des assureurs s'appellent Auchan, Leclerc ou Renault. En revanche, si on fait référence à la prise de risque, la mutualisation n'est pas le travail d'une banque et, sur ce point, Claude Bébéar a parfaitement raison. Il n'y a pas de convergence entre la banque et l'assurance. Tout au plus, y a-t-il simplement une concurrence entre des réseaux de distribution plus ou moins efficaces. La

principale inconnue demeure le comportement du consommateur. Souhaitera-t-il acquérir simultanément son automobile et son contrat d'assurance ? Si oui, peut-on imaginer une imbrication telle que les assureurs deviennent eux-mêmes des vendeurs de voitures pour rentabiliser pleinement leur réseau de distribution ? Cela est peu probable et, ici encore, il faut se méfier des fausses convergences.

Risques : Dans quels nouveaux domaines les réassureurs auront-ils, selon vous, un rôle important à jouer dans l'avenir ?

Jacques Blondeau : Je noterai tout d'abord que les assureurs ont une aversion grandissante pour ce qu'il est convenu d'appeler les nouveaux risques (les catastrophes naturelles ou les aléas thérapeutiques par exemple) ou même pour des risques tels que les accidents du travail ou la santé. Ce dernier exemple est significatif : la mutualisation des risques et le *managed care* sont deux métiers différents. Les assureurs sont faits pour le premier, mais ils sont beaucoup moins bien armés pour prendre en charge le second. Les réassureurs seront ici en première ligne pour la prise en charge de certains de ces risques nouveaux, notamment parce qu'au départ les volumes sont souvent insuffisants et la base technique trop imparfaite pour qu'un assureur direct puisse les traiter. À titre d'exemple, je rappellerai que la Scor a été le promoteur de l'assurance dépendance en France.

Le second domaine que je voudrais évoquer est celui de l'assurance des risques industriels. On mentionne souvent les possibilités grandissantes d'autoassurance des grands groupes industriels, mais on devrait garder à l'esprit que la croissance économique est très largement le fait des petites et moyennes entreprises et, pour elles, le besoin d'assurance reste incontournable. Mais, quelle que soit la taille de l'entreprise, les risques qui doivent être couverts changent profondément de nature. Pensons par exemple aux coûts supportés par des entreprises comme Coca Cola ou Perrier dont l'image de marque auprès des consommateurs a été récemment mise à mal. Ces cas sont particulièrement instructifs car les dommages qui ont été subis par ces

entreprises sont bien éloignés des cas classiques de l'assurance des entreprises comme le risque d'incendie. Le coût devait être ici mesuré en termes de préjudices causés à l'image de la marque. La mondialisation des marchés donne aujourd'hui une répercussion planétaire à de tels sinistres qui, autrefois, auraient eu une portée bien plus limitée.

C'est notamment le cas de cet épiphénomène qui, en pratique, n'a concerné que le sud de la Belgique et quelque peu le nord de la France et qui pourtant a fait

chuter les ventes de Coca Cola dans toute l'Europe. Un autre exemple caractéristique de ces nouveaux risques industriels concerne les nouvelles technologies de l'information : comment s'assurer contre les dommages dus à une panne informatique qui vous prive de l'accès à votre clientèle pendant une semaine ? Nous sommes bien en présence de nouveaux risques dont l'importance pour les entreprises s'accroît sans cesse et auxquels les réassureurs peuvent apporter une réponse grâce à leur capacité d'expertise et à la dimension internationale de leur activité.

François Ewald

Professeur au Conservatoire des Arts et Métiers

Directeur de la recherche de la FFSA

Entretien réalisé par Pierre Bollon et Robert Leblanc

Risques : François Ewald, pensez-vous que l'on puisse caractériser la société du XX^e siècle, comme une « société du risque » ?

François Ewald : Cela dépend du sens que l'on donne à la notion de risque. Le mot risque, aujourd'hui, s'entend en trois sens au moins qu'il convient peut-être de distinguer.

Si l'on entend risque au sens moral de capacité à entreprendre ou à mettre quelque chose en jeu pour une valeur, l'opinion semble unanime pour dire que le XX^e siècle aura plutôt été le siècle du refus du risque.

Si, maintenant, on entend risque au sens de danger, alors on peut en effet constater que le citoyen des sociétés industrialisées perçoit son environnement et lui-même comme de plus en plus menacés par les risques. L'écologie est sans doute pour beaucoup dans cette forme de conscience qui s'exprime à travers l'idée d'une « société du risque », et qui renvoie au titre d'un livre à succès du sociologue allemand Ulrich Beck (*Die Risikogesellschaft*, Suhrkamp, 1986, non traduit). Sa thèse est que le risque n'est pas exogène aux sociétés industrielles. Elle le produisent et, dans le même temps, s'organisent autour de sa gestion. Il est incontestable, que, sous cet angle de la perception ou de la conscience de soi des sociétés industrielles, la société de la fin du XX^e siècle est bien une « société du risque ».

On peut encore entendre risque au sens social. Depuis la fin du XIX^e siècle, la répartition des bénéfices et des charges dans l'entreprise (accidents du travail) ou dans la société (assurances sociales, puis Sécurité sociale) est prise en compte. Le risque est alors cette catégorie qui permet de penser ce qui unifie une société. Les premiers développements de l'assurance terrestre, au XIX^e siècle, ont fait naître l'idée qu'une société était une assurance et devait s'organiser comme telle pour être

une bonne société. La doctrine « solidariste », dont la République française a vécu jusqu'à aujourd'hui, est construite sur cette idée. L'assurance n'est pas seulement une technique individuelle de gestion du risque, elle est aussi une technologie politique. En 1986 (la même année qu'Ulrich Beck), dans mon livre *L'État providence* (Grasset), je soulignais cet aspect particulier des relations de la société moderne avec le risque, et j'évoquais la naissance d'une « société assurancielle ». De ce point de vue là aussi, on peut certainement parler du XX^e siècle comme d'une société du risque.

Risques : En sera-t-il de même au XXI^e siècle ?

François Ewald : Pour beaucoup, cela dépend de nous.

Reprenons les trois aspects que nous venons de distinguer. Il dépend des gouvernants de faire que les citoyens soient placés dans un environnement qui encourage un nouveau développement de la morale du risque. Beaucoup, à gauche comme à droite, en parlent. C'est clairement le choix de la « troisième voie » blairiste. Cela demande un certain courage, tant les citoyens-assurés peuvent attendre toujours plus de protection.

Pour ce qui concerne la deuxième acception de la notion de risque, il convient de distinguer deux aspects. On peut d'abord observer que ce siècle se termine sur la formation d'une sorte de conscience universelle autour du risque : climats et alimentation obligent. Sa capitale n'est ni à Genève, ni à New-York, mais, pour un temps, à Seattle. On peut penser que le XXI^e siècle verra se développer les organisations internationales destinées à lutter contre les menaces globales. Le succès planétaire de la notion de précaution le laisse présager. Mais le risque est une catégorie difficile, à la fois subjective et objective. Il n'est pas facile de distinguer entre la perception du risque et son objectivité.

On peut imaginer un XXI^e siècle où la perception des dangers sera toujours plus accusée, grâce à l'action d'associations en tous genres qui s'attacheront à démasquer et dénoncer les risques toujours et partout. La précision des instruments de mesure dont on dispose aujourd'hui laisse présager d'un grand avenir à ces « archanges du risque ». On peut aussi penser que, après la crise de cette fin de siècle, la raison scientifique parviendra à faire que la conscience du risque se conforme à l'objectivité des risques. La notion risque alors – si je peux me permettre – de perdre de son importance, car, du même coup, les menaces paraîtront diminuer.

Pour ce qui concerne le sens social du mot, on peut constater que la crise de l'État providence ne met pas en cause, bien au contraire, l'imaginaire assurantiel qui nous habite depuis un siècle. Nous serions vraiment heureux de pouvoir répondre à tout risque par une assurance, et nous sommes souvent déçus quand les assureurs répondent à cette demande en rappelant qu'il y a des limites à l'assurable. Si nous ne semblons pas devoir sortir de l'orbite de la société assurantielle, c'est tout un débat de savoir comment l'assurance des risques sera organisée au prochain siècle.

Risques : Quels seront ses nouvelles voies et ses nouveaux moyens ?

François Ewald : Cela dépend de toute une série de variables. La première concerne la nature des risques. La deuxième, les besoins de couverture et de la capacité de l'offre à y répondre. La troisième, enfin, de ce qu'on pourrait appeler le degré de politisation des risques.

Il est remarquable que, jusqu'à récemment, la réflexion sur la crise de l'État providence se soit faite, si l'on peut dire, à risques constants. On s'est beaucoup interrogé sur la crise du financement (le fameux « trou de la Sécu »), sur les techniques de couverture (capitalisation *versus* répartition), sur la philosophie de la redistribution (égalité ou équité). On peut se demander si tous ces débats ne sont pas liés à un phénomène plus fondamental qui est la transformation des risques. L'État providence est en crise parce que ses institutions, qui ont cinquante ans d'âge, ne sont pas – ou plutôt ne

sont plus – adaptées aux risques à couvrir. Denis Kessler et moi-même nous rejoignons dans une réflexion un peu radicale sur ce point. Dans un bel article paru dans le dernier numéro de *Commentaire* (N° 87 – automne 1999) il souligne notamment le fait que les « risques sociaux », – ceux pris en charge par la Sécurité sociale –, changent de nature, et que d'autres apparaissent, – on a choisi de les appeler « risques de l'existence » –, qui demandent à être couverts. Ces derniers sont liés aux transformations économiques et sociologiques de la période récente, aux nouvelles formes d'emploi comme aux nouvelles formes de vie. Le plus connu, le plus urgent, le plus prégnant, est le risque d'exclusion. La notion de risque social s'appuie sur une philosophie du cycle de vie assez simple, basée sur l'hypothèse d'un emploi salarié (à vie) procurant un revenu suffisant. Le risque est alors objectivé comme un événement extérieur venant interrompre le revenu régulier d'une personne : maladie, accident, invalidité (à quoi la vieillesse a été très longtemps assimilée). Bien différente, la notion de risque de l'existence prend acte du fait que le risque a intégré la vie de chacun, parce que ses éléments sont devenus beaucoup plus aléatoires : le mariage est presque devenu une promesse de divorce, l'emploi n'est plus assuré et la capacité d'emploi est une donne qui se rejoue constamment, etc. Le moment est peut-être venu de repenser les risques sociaux dans le cadre plus général des risques de l'existence, d'en faire l'inventaire et de définir la manière dont nous entendons les couvrir. Dans la sphère des assurances de dommages, on assiste aussi à des transformations redoutables que je désigne par le passage de l'accident à la catastrophe. Les risques qui font le bonheur des médias et des spéculations de chercheurs – risques sanitaires ou climatiques – sont de cet ordre. Transformation donc dans les risques. Dans l'article de *Commentaire* précité, Denis Kessler ajoute une précision extrêmement importante : en changeant de nature, les risques changent de structure. En nature, cela correspond aux modifications dans les « fondamentaux » du risque – par exemple, allongement de la durée de la vie pour la retraite –, mais aussi en structure, cela signifie qu'ils perdent pour partie leur caractère aléatoire. Denis Kessler insiste sur le fait que les risques, jusqu'alors pensés comme exogènes,

deviennent endogènes : c'est ainsi qu'en matière de santé, le paradigme génétique conduit chacun à devenir gestionnaire de son capital santé, ce qui signifie que, d'une certaine manière, chacun devient coresponsable de la survenance des maladies dont il pourrait avoir à souffrir. Cette « endogénéisation » des risques se vérifie aussi en matière d'assurances de dommages : en témoigne le fait que le risque, longtemps pensé comme une cause d'exonération de responsabilité, est devenu au contraire principe général de responsabilisation. C'est que nous avons conscience que nous – je veux dire dans notre activité humaine – sommes à l'origine des risques que nous nous faisons courir.

Cette fin de siècle est bien une période d'intense transformation des risques, tant dans leur nature que dans leur structure. Cela a de très nombreuses conséquences. Conséquences d'abord sur les institutions d'assurances, sociales et privées, destinées à les prendre en charge : sociales, c'est la crise de l'assurance maladie, des régimes de retraite, l'apparition de nouvelles formes de couverture comme la CMU ; privées c'est, par exemple, la crise des assurances de responsabilité. Conséquences aussi sur les besoins de couverture et la manière de les satisfaire. Les besoins de protection ne vont pas diminuant, loin de là. En revanche, l'offre doit se renouveler. Et on semble assister aujourd'hui à une sorte de compétition entre l'État et les assureurs du marché pour faire face à la nouvelle demande. C'est vrai sur tous les terrains : celui des assurances de la personne, où ils s'affrontent désormais aussi bien sur le terrain de l'assurance maladie que sur celui de la retraite ; celui, aussi, des assurances de dommages : quand les assureurs mettent en place une « garantie des accidents de la vie » pour couvrir les nouveaux besoins de protection, l'État réfléchit de son côté à une extension des droits des victimes à travers le développement du fonds de garantie des victimes d'infraction.

Mais il ne s'agit pas seulement d'une lutte de territoire ; il s'agit aussi de l'invention de nouvelles formes d'assurances. En matière de maladie, le plan Juppé, le récent plan stratégique de la Cnam comme les techniques de la CMU annoncent une forme d'assurance maladie qui n'aura plus la forme antérieure du paiement-remboursement. De la même manière, le projet Axa de réseaux de soins vise à donner accès à un

ensemble de prestations de qualité en dehors d'une logique de remboursement. Dans les deux cas, on est dans une logique de *managed care* qui n'a avec l'assurance traditionnelle que de lointains rapports. D'ailleurs aux États-Unis, on peut voir les assureurs traditionnels vendre leur portefeuille maladie, quand d'autres se spécialisent sur ce type de risque : c'est un métier à part qui donne lieu à de véritables inventions assurancielles. En matière d'assurances dommages, il est clair qu'on ne peut pas traiter les risques liés aux OGM ou au domaine sanitaire comme on a traité les accidents de la route. L'« assurabilité » dépend d'une maîtrise du risque que seuls des efforts considérables de prévention peuvent permettre. On passe, plus généralement, d'une logique d'indemnisation à une logique de gestion de risques. À de nouveaux risques correspondent de nouveaux besoins d'assurance, de nouvelles techniques pour les couvrir et de nouvelles inventions assurancielles, qui seront sans doute accélérées par ce que Denis Kessler appelle la « contestabilité », c'est-à-dire le fait que la concurrence dans le domaine des risques ne se fait plus seulement entre assureurs, mais entre intervenants de toute nature : banques, institutions financières, gestionnaires d'actifs financiers, grande distribution, constructeurs automobiles.

Risques : L'État y retrouverait-il une nouvelle légitimité ?

François Ewald : C'est le dernier point à considérer si l'on veut se donner une vue de l'avenir. Les risques sont toujours des risques politiques. L'avenir du risque et de ses modes de couverture dépendra de la manière dont ils seront politisés. C'est là quelque chose que les assureurs, parce qu'ils voient les risques en techniciens, ont du mal à comprendre : l'activité d'assurance est fondamentalement politique. Pour plusieurs raisons : d'abord parce que la fonction de sécurité est traditionnellement une fonction de l'État, qui conforte sa légitimité en créant un environnement sûr pour sa population. C'est la base de toutes les théories du contrat social. On trouve cela chez Hobbes, mais aussi dans le fameux *Traité de police* de Lamare (1705) : l'administration dispose de pouvoirs de « police » pour assurer

« tranquillité, sûreté, salubrité ». Ensuite, les institutions d'assurance sont des puissances financières dont l'État s'est toujours défié. Enfin, l'assureur gère des mutualités, c'est-à-dire des rassemblements de personnes qui soit sont susceptibles de fonder des troubles, soit constituent des formes idéales pour se lier les individus. J'ai toujours été frappé par la manière dont Étienne Clavière, le père de la première compagnie d'assurance vie française – La Compagnie royale, 1787 – avait rédigé le *Prospectus* de sa présentation (de larges extraits ont été publiés dans le premier numéro de *Risques*). C'est un texte où les techniques de l'assurance sont à la fois mises au service de la morale (du côté des individus) et des grands devoirs de l'État (la gestion du rapport des classes entre elles, la lutte contre la pauvreté). Une telle présentation ne correspond pas seulement aux exigences d'une époque où il fallait obtenir un privilège royal, mais aussi à un problème de structure. Pour être légitimes, – acceptées donc –, les institutions d'assurances doivent s'inscrire dans une politique ; elles ne valent pas seulement par leurs critères techniques ou économiques. L'histoire de la loi Thomas sur les fonds de pension, votée par une majorité et défaire par la suivante, en est exemplaire. Or, l'assurance, qui du point de vue technique offre des avantages aussi incontestables qu'incontestés, souffre de certains handicaps : l'« assurabilité », dans le cadre d'un marché, a des conditions qui dépendent, en particulier, de la possibilité de maîtriser les phénomènes d'aléa moral et surtout d'anti-sélection ; par ailleurs, l'assurance peut avoir un prix tel que tous ceux qui pourraient ou devraient y avoir accès ne peuvent pas y accéder. Or, dans notre conception d'aujourd'hui, l'assurance se doit d'être universelle. Elle est devenue un bien si précieux que personne ne doit pouvoir en être privé pour des raisons indépendantes de sa volonté. C'est tout le débat sur le fait de pouvoir ou non assurer les personnes séropositives. La même exigence donne naissance à la CMU. On peut penser que l'assurance que nos concitoyens sont le plus prêts à acheter et à payer est l'assurance d'être toujours assuré, l'assurance contre l'exclusion. Si les assureurs du marché trouvaient une formule qui permette de l'offrir, ils deviendraient brusquement légitimes pour couvrir tous les risques sans exception.

Risques : Ne peut-on craindre, sur un tout autre plan, que le refus de l'aléa par nos sociétés aille s'aggravant et que l'assurance des risques elle-même ne devienne de plus en plus problématique ?

François Ewald : Je ne partage pas la thèse selon laquelle notre société se caractériserait par le refus des risques, qu'elle rechercherait le « risque zéro ». Je suis enclin à penser que l'on peut décrire l'actualité en termes exactement inverses. J'ai eu la chance d'être l'un des « experts » de la Conférence de citoyens organisée par Jean-Yves Le Déaut sur les OGM à l'Assemblée nationale en juin 1998. Les citoyens en question, choisis par un institut de sondages pour représenter la population française, n'ont pas dit « non » aux OGM et aux risques que l'on imagine associés. Ils ont seulement demandé des garanties quant à l'expertise et la protection contre ces risques. Il n'y a pas refus du risque mais au contraire une très grande conscience des risques liée à leur acceptation. Ce n'est pas parce que les gens veulent être indemnisés des risques qu'on leur fait courir qu'ils les refusent. Ou alors il faut entendre qu'accepter un risque, c'est accepter de ne pas être protégé s'il doit se réaliser. Ce qui, convenons-en, ne serait pas très rationnel, – et guère générateur d'une demande d'assurance.

Cette idée d'un « refus de l'aléa » correspond à une autre réalité que l'on peut bien saisir par un petit retour en arrière. L'industrie, au XIX^e siècle, est vite apparue comme un gros facteur de risques, en particulier pour les ouvriers. Pour traiter cette question lancinante, on a construit une sorte de contrat, matérialisé par les lois sur les accidents du travail qui fleurissent au même moment en Europe, selon lequel le risque était sans doute normal, nécessaire même à l'activité industrielle, et qu'il devait donc être pris en charge, mais à condition que cette charge ne soit pas seulement portée par ceux qui en étaient victimes. On n'a pas interdit les entreprises qui causaient des accidents – alors même que la connaissance statistique dont on disposait garantissait que, toutes choses restant égales par ailleurs, la même entreprise connaîtrait le même nombre de morts d'une année sur l'autre ; on a mis en place des systèmes d'indemnisation assuranciers. Le XX^e siècle a vécu de ce contrat : vous pouvez prendre

des risques, mais à condition de les indemniser, c'est-à-dire, en pratique, de vous assurer. Et c'est ce contrat, convenons-en un peu cynique, qui, à mon sens, est en cause aujourd'hui. Les raisons sont nombreuses. Elles sont d'abord liées à la conscience des risques – à celle de leur importance, au sentiment d'une plus grande vulnérabilité – mais aussi à une crise de confiance quant à la manière dont ceux qui ont le pouvoir de faire ou non courir des risques les prennent. La crise est à la fois une crise de la puissance – qui se mesure par l'importance des risques – et une crise du pouvoir dont disposent ceux qui mettent cette puissance en œuvre. Les OGM sont le produit d'une technique dont la puissance est infinie. Les risques qui leur sont associés sont le reflet même de cette puissance. Dans la culture occidentale, la puissance de Dieu n'apaise pas nécessairement le croyant, même s'il y a la promesse de la rédemption ; elle le terrorise en même temps. Or, ni Monsanto ni Novartis ne sont Dieu, et le croyant peut craindre que l'intérêt économique conduise à des décisions que ne prendrait pas la bonne volonté divine. Et nous sommes dépendants de ces décisions pour quelque chose d'essentiel : se nourrir et être en bonne santé. L'être humain est ainsi fait qu'il répugne à découvrir sa situation inférieure d'être dépendant à travers le risque qu'on a pu lui faire courir sans lui demander son avis. Tous les scandales des dernières années mobilisent ce type de schéma. Freud a montré l'extrême importance psychique de ces phénomènes d'après-coup. Les victimes recherchent une satisfaction par des voies qui ne sont pas seulement celles de l'indemnisation. Mais en même temps, on peut constater que les mêmes individus se satisfont aisément de conduire sur des routes qui affichent 8 000 morts annuels, ce qui ne témoigne pas d'un particulier refus du risque. On est donc dans une situation très paradoxale où, d'un côté, certains risques sont certainement surévalués, quand il est exténuant de faire comprendre la vraie nature des autres. Demandez à la Prévention routière.

Ce que nous vivons aujourd'hui fait revivre des structures psychiques qui ne datent pas d'aujourd'hui. Souvenons-nous des réactions au tremblement de terre de Lisbonne (1755) : les « optimistes » – les partisans de la philosophie de Leibniz et Pope – soutenaient que

ces 20 000 morts étaient nécessaires pour que ce monde soit le meilleur des mondes possibles et que le mal terrible dont le Portugal était victime était certainement la condition d'un plus grand bien ailleurs ou demain ; d'autres invoquaient les voies impénétrables de la Providence divine, quand Voltaire saisit l'occasion d'une vigoureuse (et victorieuse) dénonciation de Leibniz – le docteur Pangloss de *Candide* – et plaida qu'il fallait accepter l'irréductible existence du mal dans la nature, ce à quoi Jean-Jacques Rousseau répliqua, comme tout moderne écologiste, que si les hommes n'avaient pas construit Lisbonne sur une zone sismique, on n'en serait pas là. La question est de savoir, lorsqu'on évoque le refus du risque dans notre société, quelle place on occupe dans ce jeu de rôles : celle de Leibniz, celle de Voltaire ou celle de Rousseau ? Disons que nous ne comprenons plus Voltaire et que nous sommes plutôt devenus « rousseauistes ».

Risques : D'où la « judiciarisation » croissante des rapports sociaux ?

François Ewald : Elle ne date pas d'aujourd'hui. Le motif principal de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a certainement été la volonté des patrons d'en finir avec les procès dont ils étaient l'objet. Autant dire que nous n'avons pas attendu la « dérive américaine » contemporaine pour connaître ce phénomène de judiciarisation.

Un ensemble de raisons peuvent l'expliquer. Il y a d'abord le fait que nous ne pouvons pas éviter de nous sentir responsables des risques que nous nous faisons courir en raison même de l'« endogénéisation » dont nous parlions tout à l'heure. L'un des phénomènes juridiques contemporains les plus intéressants est la disparition de ces causes d'exonération de la responsabilité, encore si fréquentes au siècle dernier, que sont le cas fortuit (qui n'est plus jamais évoqué) et la force majeure (dont la mise en œuvre est désormais exceptionnelle).

Nous avons conscience d'être les auteurs de nos propres maux. Il y a ensuite le fait que la voie judiciaire est souvent la seule que notre société offre à ses

membres pour traiter des conflits de sécurité au centre desquels se trouve le risque. On pouvait régler les conflits sur la répartition des richesses par la grève, le syndicat, la négociation. C'est difficilement applicable en matière de risque. Celui-ci est aussi un rapport social, un principe d'affrontement, sans doute irréductible à ceux qui avaient été formalisés dans la catégorie de la lutte des classes. On peut d'ailleurs penser que, dans le

vide laissé par l'abandon de ces catégories, les conflits autour du risque ont pris le relais, utilisant, pour le moment, la voie judiciaire. Mais notre société n'a aussi pour l'instant que très imparfaitement développé les instruments de ce que j'appelle la « démocratie du risque ». Ces instruments permettraient la reconstruction, dans la conjoncture des nouveaux risques, d'un consensus sur des normes communes de décision.

Denis Kessler

Président de la Fédération française des sociétés d'assurances

Entretien réalisé par Robert Leblanc et Christian Schmidt

Risques : L'assurance a-t-elle un avenir ?

Denis Kessler : Le secteur de l'assurance est plein d'avenir. Mais les assureurs ont le sentiment de vivre la fin d'une période, celle de l'après-guerre, où les frontières entre l'assurance de marché et l'assurance sociale, entre l'assurance vie et les autres produits d'épargne ou encore entre l'assurance dommages traditionnelle et les nouvelles formes de protection offertes aux entreprises et aux ménages paraissaient aussi stables que les frontières géopolitiques.

À l'heure actuelle, la profession est chahutée dans ses fondements et se préoccupe de son avenir. Elle s'interroge.

Risques : Qu'est-ce qui sera fondamentalement nouveau, au siècle prochain ?

Denis Kessler : Je crois que le XXI^e siècle verra l'éclosion de la théorie du risque et de l'incertitude. Voilà plus de trois cents ans que l'on développe l'analyse probabiliste, l'actuariat, l'approche statistique et la théorie de la décision. Plus récemment, ces vingt dernières années, s'est développée la théorie de la finance, avec des décompositions fines de toute opération financière en éléments pouvant être répertoriés, comme on le faisait déjà des éléments fondamentaux d'un tableau de Mendeleiev. Quand on y regarde de près, tout cela repose d'ailleurs sur des options, et les options, qu'est-ce d'autre que de l'assurance ?

Avec cette base scientifique, nous sortirons de la situation actuelle où l'assurance dommages semble n'avoir rien de commun avec l'assurance vie, l'assurance santé et l'assurance catastrophes naturelles. Toute activité humaine confrontée au risque pourra être décomposée

en éléments simples. Ainsi, nous pourrions comprendre comment toute collectivité ou entreprise, tout individu ou actionnaire, décide de partager ses risques avec d'autres individus ou d'autres organisations. L'assurance est d'ailleurs au cœur de l'une des formes de ce partage de risques : en plus d'une technique de gestion des risques, elle est l'explicitation de contrats de partage de risques entre plusieurs parties prenantes. Nous pourrions enfin comprendre toutes les organisations humaines à partir de leur manière de partager tous les types de risques.

J'appelle de mes vœux cette combinatoire nouvelle qui se substituera au mélange actuel d'empirisme et de statistiques, et qui permettra de décliner de nouveaux contrats comme, en chimie, on agrège des molécules pour déboucher sur un nombre incalculable de nouvelles matières.

Risques : Quelle sera la place des assureurs dans cette approche globale ?

Denis Kessler : La théorie scientifique du risque et de l'incertitude nous aidera à ouvrir des champs inexplorés, à rendre assurables des choses considérées jusqu'à présent comme impossibles à assurer.

Face à cela, la menace pour l'industrie de l'assurance est de voir sa fonction classique diluée parmi d'autres approches du partage des risques, avec ce qu'on appelle les transferts alternatifs de risques. Sa fonction était de constituer des mutualités de risques et de les gérer en se référant à la loi des grands nombres ; je vous rappelle à ce sujet la définition des assurances des Lloyd's : « *The contribution of the many to the misfortunes of the few* ». Demain, des acteurs nouveaux feront de l'assurance sans nécessairement utiliser d'organismes d'assurances tels qu'ils existent aujourd'hui. Nous leur répondrons en essayant de faire évoluer nos organismes, nos techniques et nos réseaux vers ces nouveaux champs de développements.

Risques : Qu'attendez-vous de la globalisation ?

Denis Kessler : La globalisation a déjà produit ses effets. Nous venons de fêter le dixième anniversaire de la chute du mur de Berlin. En plus d'un choc géopolitique, cet événement a provoqué un autre choc dont on ne décèle la trace en France qu'aujourd'hui : le succès des marchés contre les formes d'organisations étatiques des sociétés. Le libéralisme, qu'il soit tempéré ou débridé, représente la seule manière dont on envisage désormais le fonctionnement des sociétés. Pour notre industrie, qui repose sur la liberté de s'assurer et de gérer ses risques, c'est fondamental.

Le terme de globalisation renvoie à des notions d'harmonisation et d'unification. Par exemple, les fonds de pension jouent au niveau mondial un rôle croissant de redistribution des ressources. La globalisation aboutira à une formidable allocation mondiale des ressources financières passant par l'assurance. En effet, le mécanisme des fonds de pension correspond à une pratique assurantielle. En France, ces mécanismes n'ont toujours pas vu le jour en raison de résistances idéologiques complètement dépassées. Dans l'économie moderne, les fonds propres sont les armes stratégiques. Or les seuls acteurs capables de mobiliser des ressources à long terme sont précisément les assureurs ou les fonds de pension. Le problème de notre pays est d'avoir mené à terme la désintermédiation publique et le désengagement de l'État en oubliant de promouvoir ces organismes qui collectent des fonds à long terme et imposent aujourd'hui les méthodes de gestion et de management des entreprises.

Les économies alimentées par l'offre génèrent en permanence des gains de productivité qui permettent d'absorber les hausses de prix potentielles. Il est incroyable que dans une telle conjoncture, la France soit le seul pays à ne pas avoir appelé sa population à financer ses entreprises et sa retraite de cette façon. Il est urgent de compléter les dispositifs sociaux existants par des mécanismes qui permettront de mobiliser une épargne longue orientée vers les marchés et les entreprises. Le montant du patrimoine physique et financier des Français est de l'ordre de 30 000 milliards de francs. Le montant de leur capital humain, c'est-à-dire de la valeur actualisée de l'ensemble de leurs revenus, donc

de la richesse de ce pays, est d'environ 130 000 milliards de francs. L'activité d'assurance vie consiste à gérer ce capital humain, qui permet de différer des revenus d'aujourd'hui à demain. Ce potentiel extraordinaire provient de l'augmentation de l'espérance de vie, de la progression des salaires et de la productivité. L'assurance vie a donc un formidable avenir. La gestion de la santé de ce capital humain sera de même un enjeu majeur au siècle prochain.

Risques : Est-ce que l'évolution que vous appelez de vos vœux ne va pas de pair avec la déréglementation ?

Denis Kessler : La crise de l'État providence ne fait que commencer et ceci nous conduira à faire face à ce défaut de protection des individus. Cette crise touchera l'assurance maladie, comme le système des retraites ou le domaine des accidents du travail. Lorsque les frontières géographiques et géopolitiques se déplacent, les frontières internes entre les différentes activités et les différents secteurs se déplacent également. Ces frontières internes ont toujours été élevées en période de crise ou de conflit. Ainsi, aux États-Unis, les activités de banque et d'assurance ont-elles été séparées en 1933 lors du New Deal.

Entre 1945 et 1989, alors que « les chars russes étaient à deux étapes du Tour de France », comme le disait le Général de Gaulle, nous avons organisé l'État providence en nationalisant certains secteurs de l'économie – parmi lesquels l'assurance et la banque – et en mettant en place de grandes conventions collectives. Ces créations étaient des formes de gestion du risque dans lesquelles l'État jouait un rôle important. Aussi n'est-ce pas un hasard si aujourd'hui, 10 ans après la chute du mur de Berlin, nous privatisons et nous sommes confrontés aux problèmes du désengagement progressif mais inéluctable de l'État.

Nous assisterons, au cours des années à venir, à un recul de la segmentation des marchés. Sans cet élargissement, je ne pourrais comprendre, en tant qu'économiste, l'intérêt des concentrations auxquelles nous assistons. Le développement, l'élargissement, l'approfondissement, l'égalisation, l'unification, l'harmonisation des marchés sont en cours. Ce mouvement va se poursuivre.

Demain, les contrôles d'assurance seront mondiaux.

Une instance européenne puis mondiale de régulation des sociétés d'assurance sera créée à terme.

Risques : Et la technologie, quel rôle joue-t-elle dans les grandes évolutions ?

Denis Kessler : Pour nous, la technologie englobe notamment toutes les nouvelles techniques de l'information et de la communication. Elle joue un rôle déterminant, lié d'ailleurs à la globalisation et à la déréglementation que nous venons d'évoquer. C'est la technologie qui bouscule les clivages traditionnels et ouvre des marchés globaux. C'est elle encore qui peut entraîner une désintermédiation de l'assurance, comme elle a permis celle de la finance – mais je n'y crois pas trop. Enfin, elle permet des choix individuels que ne permet pas « l'État providence ». À ces divers titres, la technologie détermine largement notre contexte de développement.

Plus directement, elle va agir sur nos clients, donc sur nous et notre organisation. Je suis convaincu qu'Internet constitue une sphère de développement dans un horizon de dix à vingt ans. Grâce à lui, nous pourrions ajouter sans cesse de nouveaux services à valeur ajoutée à nos prestations de base.

Dans le domaine des actifs, tout se met en place pour que soit constitué un marché mondial des obligations et des actions, qui seront libellées, dans un premier temps, en euros et en dollars. On ne peut d'ailleurs exclure qu'un jour l'euro et le dollar ne fassent plus qu'une seule monnaie mondiale, ce qui changerait radicalement la donne en matière de partage des risques au niveau mondial.

Risques : Comment voyez-vous évoluer la demande des ménages ?

Denis Kessler : Les consommateurs sont aujourd'hui mieux éduqués et le seront sans cesse davantage – mieux informés, moins fidèles, infiniment plus exigeants en termes de prix, de qualité, de service. Un événement que nous n'avons pas remarqué s'est produit : le phénomène du vieillissement qui affectera les régimes de répartition à partir de 2005 touche d'ores et déjà l'ensemble de notre industrie et la demande sociale. Ces grandes générations n'ont en effet aucune

raison de se comporter comme les précédentes. Les effets de génération sont massifs, et se manifestent par une modification significative de la demande en matière d'assurance. Cette demande sera amenée à s'intensifier, ce qui constitue pour nous, mais aussi pour tous les autres « offreurs d'assurances », un véritable challenge.

La relation d'assujettissement aux organismes sociaux que nous avons jusqu'à présent connue semble progressivement rejetée par les citoyens, chacun ayant des besoins spécifiques. L'offre de sécurité uniforme est aujourd'hui poussée vers diverses formes d'individualisation. Sans ces transformations, l'offre et la demande seront à terme désajustées.

Dans tous les pays, il existe une demande de rente visant à gérer un cycle de vie au cours duquel la période d'inactivité est relativement longue. Nous répondons actuellement à cette demande individuelle par des produits d'assurance vie qui n'ont pas été élaborés dans ce but et des régimes de retraite par répartition mal adaptés en période de vieillissement.

Le secteur de l'assurance maladie devrait aussi fortement évoluer au cours du XXI^e siècle. Je pense que les remboursements « aveugles » de la Sécurité sociale perdront de l'importance, et que nous assisterons à l'intégration de l'offre, de la demande de soins et de son financement. Ce défi technologique, dont les balbutiements peuvent être observés aux Pays-Bas et aux États-Unis, est totalement nouveau. L'idée selon laquelle une unité produit des services médicaux, gère les soins et trouve les financements est révolutionnaire. Elle rompt avec le système actuel, selon lequel un malade consulte un médecin, envoie sa feuille de soins et est remboursé par la Sécurité sociale puis par son assurance complémentaire.

Le projet nommé « Garantie des accidents de la vie » participe de la même idée, puisqu'il vise à offrir aux ménages une garantie tous risques, qui réunira notamment les garanties concernant l'accident individuel, le conducteur responsable ou l'accident médical, mais aussi la gestion, après l'accident, des adaptations nécessaires à la vie d'un assuré handicapé, en matière de logement, d'emploi ou de déplacements. Cette intégration entre le service, l'indemnisation et la couverture me semble être l'avenir de notre profession, alors que nous

avons longtemps pensé que l'indemnisation financière était suffisante.

Risques : Et l'évolution de la demande des entreprises ?

Denis Kessler : Nous pouvons également observer une modification du comportement des grandes entreprises face aux risques industriels et commerciaux. Ces entreprises ont compris que la gestion de leurs risques avait une influence sur leurs profits, puisque des études ont démontré que les entreprises réputées bien assurées étaient mieux cotées que les autres. La gestion des risques d'une entreprise industrielle est l'une des conditions de sa rentabilité. Nous pouvons par conséquent observer le développement du « préventionnisme », de l'identification des risques, de la gestion des rétentions, de l'intégration de tous les risques au processus de production. Je considère pour ma part que le mouvement de concentration auquel nous assistons accentuera ce phénomène de gestion explicite des risques dans les entreprises, en interne ou avec l'aide de courtiers. Le fait que les entreprises puissent décider de s'auto-assurer, de passer directement au marché de la réassurance ou à la titrisation de leurs créances d'assurances, pourrait avoir de très lourdes conséquences sur notre secteur d'activité.

Risques : Qu'est-ce qui caractérisera les nouveaux risques ?

Denis Kessler : Les risques du XXI^e siècle seront de plus en plus complexes. Quelle est la responsabilité de la personne qui a ou non accompli les actes de prévention ? Comment assurer les laboratoires qui se livrent à des expériences biologiques et génétiques ? Comment, notamment, prévoir les incidences du clonage sur le long terme ? Les phénomènes de responsabilité qui apparaissent peuvent également poser un certain nombre de problèmes : comment par exemple couvrir le fait qu'une entreprise soit obligée de retirer une part importante de sa production du marché, alors que celle-ci ne présente aucune anomalie ? L'éventualité selon laquelle une entreprise pourra nous demander d'indemniser de tels actes de prévention ou de précaution suscite des interrogations tout à fait nouvelles.

Nous connaissons jusqu'à présent des risques accidentels, nous aurons demain des risques progressifs. Les risques étaient jusqu'à présent limités dans le temps, et correspondaient à un événement. Les risques de demain seront durables : certaines maladies peuvent par exemple produire des effets tout au long d'une vie, certaines atteintes à l'environnement peuvent être irréversibles. Les risques seront de plus en plus endogènes : si un passant n'était pas responsable du pot de fleurs qui lui tombait sur la tête, un individu présentant une surcharge pondérale pourra être en partie considéré comme responsable des maladies cardio-vasculaires dont il souffrira...

De plus en plus intégrés les uns aux autres, les risques seront de moins en moins spécifiques. Ainsi, une catastrophe naturelle peut avoir des conséquences sur l'activité des différentes industries d'un pays.

La dernière évolution est certainement la plus importante : les risques vont devenir de plus en plus prévisibles dans une multitude de domaines. Ainsi, dans le domaine de l'assurance maladie, la recherche permettra de prévoir l'apparition de certaines maladies génétiquement programmées. Idem pour certaines catastrophes naturelles qui seront prévisibles.

Risques : Quelles seront les conséquences de toutes ces évolutions sur notre industrie ?

Denis Kessler : Les réseaux de distribution actuels ne disparaîtront pas, ce qui est une chance pour notre secteur. Ceux qui parviendront à réduire leurs coûts et à accroître leur valeur ajoutée survivront. Il est évident que tout le monde veut faire de l'assurance, secteur en pleine expansion : courtiers, agents, notaires, fabricants d'automobiles, agents immobiliers, chaînes de grande distribution, Internet et autres, tous veulent faire de l'assurance. Les réseaux de distribution seront soumis à une très forte concurrence, et ceux qui parviendront à renouveler leur approche du marché et leurs relations avec les clients seront les vainqueurs. Les coûts d'intermédiation devront être réduits dans le secteur de l'assurance comme dans ceux de la grande distribution et de la banque. Les tarifications seront par conséquent modifiées. A terme, la tarification dite « à la prestation » sera certainement préférée à celle dite « à la commis-

sion », et elle pourra être définie en fonction de la valeur ajoutée de l'opération.

Une autre interrogation, d'une importance capitale, concerne l'intégration ou la désintégration des entreprises d'assurance. L'assurance est un intégrateur de services, puisque ses activités incluent la gestion financière, la collecte de cotisations, la statistique et le règlement de sinistres. Il est donc intéressant de se demander si la tendance doit être à une intégration des nombreuses fonctions qui servent à l'assurance, ou à une séparation de ces activités, l'assureur ne conservant alors qu'une activité de portage de risques. La question est ouverte et il est probable que les deux modèles « intégrés » et « articulés » coexisteront.

Enfin, notons que l'exigence de rentabilité, observable

dans tous les secteurs et provenant notamment des fonds de pension, s'appliquera à l'évidence au nôtre. Tous les acteurs doivent rechercher la rentabilité, sociétés anonymes, mutuelles, institutions de prévoyance, mutuelles 45, etc..., afin de disposer de fonds propres, donc d'être solvables et en mesure de tenir leurs engagements sur le long terme.

Je conclurai en disant que les assureurs doivent rassurer. Le monde sera plus incertain que jamais, l'intégration des économies engendrera des chocs économiques et des variations boursières. Dans un tel contexte, les clients n'accepteront de nous confier la gestion de leurs risques que si nous n'en présentons aucun. Pour rester des assureurs, nous devons devenir des « rassureurs ».

Yves Simon

Professeur à l'université Paris-Dauphine

Entretien réalisé par Jean-Hervé Lorenzi

Risques : Peut-on dire que finance et assurance sont aujourd'hui deux domaines séparés ?

Yves Simon : Parce que l'une et l'autre travaillent sur le risque, l'assurance et la finance sont beaucoup plus complémentaires que substituables et il serait ridicule, voire peu intelligent, de les opposer.

Si l'histoire de l'assurance est très ancienne, celle de la finance est beaucoup plus récente. Son origine, en tant qu'activité ayant une rigueur comparable à celle de l'assurance, remonte à 1952 avec la thèse soutenue par Harry Markowitz à l'université de Chicago sur la diversification des portefeuilles. Le théorème de Modigliani et Miller (et la théorie de l'arbitrage qui le sous-tend), l'élaboration du modèle d'équilibre des actifs financiers, la découverte des formules permettant de valoriser les options furent les autres grandes étapes du développement de la finance, marqué par les deux prix Nobel attribués à Markowitz, Miller et Sharpe et, plus récemment, à Scholes et Merton (auxquels aurait été associé Black s'il n'était décédé).

Les implications opérationnelles qui pouvaient être tirées de la diversification, de la théorie du portefeuille et du modèle d'équilibre des actifs financiers ont été assez rapidement, et sans que cela pose la moindre difficulté, prises en compte par l'assurance pour réaliser une meilleure gestion des actifs et des placements financiers.

Risques : Mais n'y a-t-il pas cependant un problème ?

Yves Simon : Les relations entre la finance et l'assurance sont devenues – de manière artificielle – plus conflictuelles avec le développement des produits dérivés.

Un produit dérivé est un instrument financier dont la valeur dépend du prix d'un autre actif (des matières premières, des devises, des actions, des titres obligataires, des dépôts à court terme, des indices boursiers)

et dont la finalité est d'offrir une couverture contre un risque (en l'occurrence, un risque de variation du prix des matières premières, du cours des devises, des taux d'intérêt, des cours boursiers...). Tant que les instruments dérivés en restèrent à ce niveau, il n'y eut pas de problème. Les compagnies d'assurance les plus dynamiques, en dépit de contraintes plus ou moins raisonnables imposées par les autorités de contrôle, utilisèrent ces instruments, nouveaux à l'époque, pour protéger la valeur de leurs actifs financiers. De la couverture, certaines sociétés sont passées à une gestion parfois dynamique de leurs risques au moyen de contrats à terme, d'options, de *swaps*, de *caps*, de *floors*..., et autres instruments plus ou moins complexes. Mais tout ceci ne touchait pas au cœur de l'activité d'assurance.

Risques : Quand les choses ont-elles changé ?

Yves Simon : Quand Richard Sandor, le principal architecte des contrats à terme de taux d'intérêt, envisagea (et réalisa, mais sans succès) d'appliquer la technique des produits dérivés au secteur de l'assurance en proposant de créer au Chicago Board of Trade des contrats à terme et des options, standardisés et négociés dans le cadre d'un marché garanti par une chambre de compensation. Avec cette innovation, il ne s'agissait plus de gérer des risques financiers, mais des risques d'assurance ou, plus exactement (et ceci est évidemment important), des risques de réassurance. L'idée n'était pas de se substituer aux sociétés d'assurance dans la collecte et la gestion des risques touchant les particuliers ou les entreprises, mais de leur offrir la possibilité de gérer leurs propres risques en les reportant (totalement ou partiellement) sur des marchés dérivés. Comme nous l'avons dit, cette tentative a échoué, mais l'idée fut reprise avec le développement d'instruments dérivés d'assurance négociés sur le marché du gré à gré... et le succès fut au rendez-vous. Le marché potentiel de ces instruments est énorme.

Risques : Alors, l'assurance a-t-elle toujours un avenir ?

Yves Simon : Une société d'assurance est une institution qui joue un rôle d'intermédiaire financier. Depuis 1965 dans le monde et 1985 en France, le rôle des banques en tant qu'agent d'intermédiation a beaucoup perdu de son lustre. La finance directe, grâce à laquelle les emprunteurs s'adressent directement aux prêteurs en émettant des titres, a pris une place prédominante par rapport à la finance indirecte, celle qui recourt au crédit et à l'intermédiation bancaire. Ce qui est vrai des institutions de crédit l'est potentiellement des sociétés d'assurance. On imagine très bien, en effet, que de très grands assurés n'aient plus besoin de s'adresser à des sociétés d'assurance s'ils peuvent trouver sur le marché financier des investisseurs prêts à assurer directement des risques industriels colossaux qui auraient été probablement divisés sous la forme de titres financiers ayant, par exemple, une valeur nominale de 500 ou 1 000 euros.

Sans aller jusqu'à cette forme extrême d'assurance directe, il n'est pas impossible d'envisager des formes intermédiaires qui auraient recours à la technique de la « titrisation ». Les sociétés d'assurance émettraient des titres et refinanceraient alors leurs risques par l'intermédiaire des marchés de capitaux.

L'assurance directe a pris depuis quelques années un nouveau visage en s'acquinant avec les instruments dérivés pour donner naissance à une nouvelle génération d'instruments : les *wheater derivatives*. Que faut-il entendre par cette expression ? Que recouvre cette nouvelle classe d'actifs ? Tout simplement des *swaps* et des options (et d'autres produits) qui permettent à ceux qui les achètent de se protéger contre des risques de température, d'enneigement, de sécheresse, de pluviosité, etc. Il n'y a pas vraiment de limite théorique ou conceptuelle... simplement des limites pratiques et de mise en œuvre.

Est-ce la fin de l'assurance traditionnelle ? Pas du tout. Pour l'instant les vendeurs de *wheater derivatives* ne sont pas des compagnies d'assurance... mais personne n'interdit qu'elles puissent le devenir dans un avenir prévisible.

Risques : Vous êtes bien optimiste ?

Yves Simon : La finance est réellement complémentaire de l'assurance. Depuis près de cinquante ans, la finance de Markowitz et de Sharpe a permis aux compagnies d'assurance de mieux gérer leurs actifs et leurs placements financiers. Depuis vingt-cinq ans, la finance de Black, Sholes et Merton a permis aux entreprises d'assurance de gérer les risques financiers de leurs placements et de mieux appréhender les risques propres à l'assurance et à la réassurance (c'est ainsi que furent découvertes beaucoup d'options implicites, cachées dans les contrats d'assurance ou dissimulées « dans les coins » du bilan). Depuis quelques années, la finance sert d'aiguillon à l'assurance en lui montrant toutes les possibilités offertes par les marchés et susceptibles d'être utilisées pour une meilleure gestion des risques.

Un exemple parmi d'autres, particulièrement représentatif de ces nouvelles possibilités, concerne les dérivés de crédit dont le développement durant ces cinq dernières années est impressionnant. Gérer le risque de défaut d'un débiteur, de contrepartie d'une banque ou le risque politique d'un pays au moyen de *swaps* et d'options ouvre des perspectives auxquelles aucun assureur ne peut être longtemps indifférent.

Risques : Et les vingt prochaines années ?

Yves Simon : Denis Kessler a souligné que les risques auxquels les particuliers et les entreprises seraient confrontés dans les années à venir seraient de plus en plus considérables, de moins en moins aléatoires, et donc de plus en plus prévisibles. Que cette analyse soit juste ne fait guère de doute..., mais elle est alors lourde de conséquences pour l'activité d'assurance. En effet, les compagnies traditionnelles assurent les particuliers et les entreprises – et réussissent à prospérer – à la condition que les risques soient aléatoires et indépendants les uns des autres, et que les assurés soient nombreux afin de faire jouer la loi des grands nombres. C'est là que l'on retrouve les marchés dérivés, et plus spécialement les premiers d'entre eux (du point de vue historique). Les marchés à terme de matières premières mis en place sous leur forme moderne par les marchands de grains de Chicago vers

1860 et par les négociants en métaux de Londres vers 1880 se sont développés parce que les compagnies d'assurances de l'époque ne pouvaient pas assumer les risques de prix, par nature indivisibles et pour lesquels la loi des grands nombres ne pouvait pas jouer.

Il sera intéressant de voir si les sociétés d'assurance pourront relever ce réel défi ou si elles devront transmettre la gestion de ces nouvelles modalités des risques à d'autres institutions au premier rang desquelles se trouvent les marchés dérivés..., à supposer que ces derniers disposent des opérateurs et de la liquidité suffisante pour les assumer.

Risques : L'assurance ne sera pas une branche de la finance ?

Yves Simon : Non, bien évidemment. La finance est toujours au service de l'économie réelle : elle optimise

le financement des entreprises ; elle facilite la gestion des portefeuilles ; elle contribue à la gestion des risques. Les deux premières fonctions ne posent guère de problèmes ou de difficultés, et personne ne trouve à y redire, mais si on y réfléchit bien, il en est de même pour la troisième. Les marchés et les produits dérivés ne peuvent pas exister en dehors ou indépendamment de marchés au comptant, de marchés réels où sont achetés et vendus des biens, des services ou des actifs (ils ne sont, en fait, que le prolongement de ces marchés). L'assurance est un formidable et volumineux marché au comptant où se négocient des services, et les sociétés d'assurance ne vont recourir aux marchés dérivés que pour améliorer ou faciliter la gestion des risques qu'elles assument – à condition, bien évidemment, que ces instruments dérivés soient adaptés aux besoins des opérateurs qui interviennent sur le marché au comptant.

Alain de Vulpian

Coprésident de Sociovision

Dominique Vastel

Directeur associé de Sociovision

Entretien réalisé par Jean-Hervé Lorenzi

Risques : En cette fin de siècle, quelles vous paraissent être les grandes évolutions en cours dans notre société ?

Alain de Vulpian et Dominique Vastel : Un processus complexe est à l'œuvre qui transforme la consommation, le travail, la façon dont chacun appréhende sa vie et la société. Nos contemporains commencent à prendre conscience que ce changement pourrait déboucher sur une civilisation profondément différente de celle que nous avons connue. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les vécus du risque en soient profondément affectés.

Risques : Quels sont les principaux changements socioculturels qui se sont produits ?

Alain de Vulpian et Dominique Vastel : Des équipes d'anthroposociologues s'attachent, parfois depuis près d'un demi-siècle, à observer les changements survenus dans différents pays occidentaux. Leur but est d'aider les entreprises et les organisations à en tirer le meilleur parti et à s'inventer un futur qui leur convienne. En embrassant dans un même regard les changements de vécu constatés dans plusieurs de ces pays – France, États-Unis, Espagne, Canada, par exemple –, les traits dominants du processus de civilisation qui s'esquissent puis s'affirment depuis le milieu des années 60 apparaissent aujourd'hui de plus en plus nettement. L'un des plus lourds de conséquences nous paraît être la rapide maturation, génération après génération, des gens dits « ordinaires ». Attentifs à leurs sensations, à leurs émotions, à leurs intuitions, ceux-ci s'attachent à les cultiver pour mieux s'insérer dans leur environnement social immédiat et s'épanouir. Mais, dans leur grande majorité, ils n'en demeurent pas moins ration-

nels et raisonnables. S'appuyant sur cette combinaison de savoir-faire affectifs, relationnels et cognitifs, ils apprennent à piloter leur vie de façon avisée, à la recherche de relations harmonieuses et de « micro-bonheurs » quotidiens. Nos équipes françaises parlent d'opportunisme stratégique, nos collègues anglosaxons d'« *adaptive navigation* ». Dans un cas comme dans l'autre, cette capacité, qui se répand dans les populations occidentales, conduit les individus à prendre leurs responsabilités, à faire face ou, comme le disent certains jeunes Français, à « assurer ».

Cette transformation des individus et l'explosion des technologies de la communication alimentent une mutation du tissu microsocial. Choissant leurs interlocuteurs et partenaires, les gens se connectent les uns aux autres, époux, amants, copains, complices, plus ou moins durablement alliés. Ils forment ainsi des réseaux enchevêtrés qui constituent déjà, à l'aube du nouveau siècle, la maille la plus solide de nos sociétés. Vibrant, passagèrement ou durablement, à l'unisson de tels ou tels individus, populations ou catégories, nos contemporains tissent des connivences en fonction de ces affinités, composent des ensembles culturels flous, mouvants et complexes qu'à Sociovision nous appelons des « philées ». La société qui se dessine ainsi est plutôt organique que mécanique ou géométrique. Elle a tendance à s'auto-organiser plutôt qu'à être organisée et commandée d'en haut. Elle est complexe, débordant d'incertitudes et d'effets pervers déclenchés par la naïveté de nombreux pouvoirs. Les situations apparaissent ainsi de plus en plus mobiles, incertaines, grosses d'aléas, mais laissent aussi apparaître des signaux d'alerte, annonceurs de tendances ou de crises.

Risques : La prise de risque pour les individus joue-t-elle un rôle central dans ces mutations ?

Alain de Vulpian et Dominique Vastel : Certains individus, plus autonomes, cherchent à ne pas se laisser enfermer dans des choix qui ne sont pas les leurs, à échapper aux conventions ambiantes. Ils tentent de comprendre ce qui leur convient, de repérer les signaux qui leur indiquent les possibilités ou les risques éventuels, avant de prendre leur décision, si possible en connaissance de cause. Ils s'efforcent d'être aussi bien informés que possible des avantages et des dangers des options qui se présentent à eux. Certains rêvent des systèmes d'information et de communication qui leur permettraient de mieux s'orienter.

Faire face à une situation donnée, prendre des risques raisonnables sont des conduites maintenant valorisées. Non seulement aux États-Unis, mais aussi, bien qu'à un moindre degré, dans des pays réputés moins audacieux comme la France ou l'Allemagne. C'est ainsi, par exemple, que l'idée de créer sa propre entreprise a le vent en poupe. La proportion de Français qui estiment plus ou moins faire partie « de ceux qui pourraient créer une entreprise ou monter leur propre affaire » est passée de 35 % en 1983 à 41 % en 1990 et à 46 % en 1999. Et le profil de ces rêveurs d'entreprise est très caractéristique de l'avance socioculturelle. Visant leur épanouissement et celui du petit cercle de leurs proches, leur vitalité les conduit à tenter de se dépasser. Bons connaisseurs des autres et de leur environnement, plutôt à l'aise dans la complexité et l'incertitude, ils sont conscients des risques qui existent. Pour ces expérimentateurs, ces « navigateurs adaptatifs », la vie est un processus qu'ils cherchent à orienter dans les directions qui leur conviennent.

La revue américaine *Time* a récemment fait sa couverture sur la prise de risque personnel. « Au seuil du nouveau millénaire, l'Amérique s'est lancée dans une orgie nationale de recherche de frissons et de prise de risque ». Et de citer pêle-mêle le succès fulgurant des sports extrêmes, l'engouement pour les placements boursiers à croissance spéculative, l'attraction des jeunes diplômés pour les aventures de la nouvelle économie ou la réapparition de pratiques sexuelles non protégées. En fait, nos collègues américains avaient senti les signes avant-coureurs de ces excès depuis le début des années 90. En France, le même mouvement s'est fait sentir en faveur d'activités et de pratiques mêlant inti-

mement plaisirs et risques. Qu'il s'agisse du ski hors piste, de la conduite rapide, du saut à l'élastique, ou encore de la consommation de tabac ou d'alcool, bon nombre de nos concitoyens prennent des risques, une façon de se sentir vivre intensément. Ils représentent aujourd'hui entre 20 et 25 % de la population française contre environ 15 % en 1979. Nos recherches ethnologiques de terrain montrent que ceux qui sont à la recherche de plaisirs et de sensations fortes prennent en fait des risques très calculés. Ils pourront éventuellement aller très loin dans la transgression des conventions, mais jamais plus loin qu'ils n'ont décidé de le faire.

Une majorité croissante de nos concitoyens sentent bien que, dans la complexité et l'incertitude qui caractérisent la phase actuelle de l'histoire, ils ne peuvent se protéger ni être protégés de tout. Le désir de protection tous azimuts cède la place à la volonté d'acquiescer la capacité personnelle de faire face à la plupart des éventualités. Même dans des pays qui en étaient aussi éloignés que la France ou l'Allemagne, cette nouvelle idée s'installe : plutôt que de nous donner une protection absolue, « on » devrait nous aider à acquiescer les armes et les savoir-faire qui nous permettront de faire face. Le soupçon pointe même qu'à trop nous protéger, on affaiblit nos capacités personnelles de riposte.

Risques : Peut-on parler d'optimisme pour le prochain siècle ?

Alain de Vulpian et Dominique Vastel : Les risques majeurs perçus par les populations occidentales ont changé de nature. On croit moins au progrès automatique qui apporterait richesse et bonheur. L'avenir ne semble pas nécessairement enchanteur. Peut-être le changement sera-t-il bénéfique pour certains et néfaste pour d'autres. Il faut demeurer vigilant.

Risques : Y a-t-il encore un rôle pour l'État ?

Alain de Vulpian et Dominique Vastel : Les grands risques qui planent au-dessus de nos têtes paraissent moins le fait de nos ennemis que de nous-mêmes. Jusqu'au milieu des années 80, dans un monde artificiellement simplifié, les risques collectifs majeurs mis en évidence par les sondages d'opinion paraissaient liés

à d'éventuelles actions maléfiques et les boucs émissaires étaient faciles à désigner. Les Soviétiques avec leurs sous-marins et leurs fusées nucléaires, les trusts ou les « 200 familles ». Aujourd'hui, dans un monde qui semble et qui est beaucoup plus complexe, les risques majeurs deviennent systémiques et nourrissent une anxiété diffuse. Il est beaucoup plus difficile d'identifier le responsable car ces risques semblent provenir de dérèglements de grands systèmes physico-bio-sociaux dans lesquels nous sommes immergés et que nous contribuons à fabriquer : sida et transfusions sanguines, pluies acides et effet de serre, accidents nucléaires (et non plus bombe atomique), vache folle, organismes génétiquement modifiés (OGM), violences urbaines. Les inquiétudes relatives à l'alimentation, même si elles peuvent parfois se cristalliser sur des boucs émissaires, reposent fondamentalement sur la crainte que la combinaison des innovations du secteur agro-alimentaire et de nos modes de vie nous empoisonne ou fasse de nous des obèses.

Ces grandes anxiétés des Occidentaux modernes concernent ce qui leur est le plus cher, c'est-à-dire leur vie, leur épanouissement, celui de leurs enfants et de leurs proches et leurs « microbonheurs » quotidiens.

Les responsables du dérèglement des grands systèmes sont difficiles à identifier. Parfois, les citoyens eux-mêmes s'en sentent coresponsables. Parfois, ils peuvent repérer, au sein de la chaîne des interactions, un élément qui paraît porter une plus grande responsabilité. Ils sont alors en mesure d'accuser ainsi l'État, l'administration, telle grande entreprise ou telle municipalité. L'identification d'un responsable puissant permet de se défaire de la coresponsabilité et justifie une demande de réparation. Là encore, la tendance des gens « ordinaires » est de projeter sur les puissants leur propre psychologie de pilotage de sa vie. On ne leur reproche pas de n'avoir pas tout planifié, de n'avoir pas

su contrôler toutes les situations. On leur reproche de ne pas avoir perçu à temps les faibles signaux qui leur auraient permis de prendre conscience du danger alors que les dérèglements du système étaient encore maîtrisables. Mais on pourrait leur reprocher tout aussi bien un principe de précaution trop systématique qui nous aurait fait passer à côté de possibilités d'innovation majeures.

Risques : L'assurance va-t-elle déborder de ses frontières actuelles ?

Alain de Vulpian et Dominique Vastel : La modernité qui s'installe en Occident constitue pour l'assurance, comme pour presque tous les secteurs, un défi et une occasion de se renouveler et probablement de s'étendre. Quelques pistes :

1. Les gens s'intéressent moins à leur argent qu'à leur vie. Ils auront probablement plus de besoins d'assistance pertinente que d'assurance compensatrice.
2. L'extrême multiplication des incertitudes et des aléas qu'apporte la modernité multipliera les occasions d'assurance et d'assistance.
3. Trouver à combiner les propositions commerciales venant des assureurs et les systèmes d'entraide et de *self-help* qui naissent à la base.
4. Remplacer la persuasion et le marketing par un dialogue individualisé et authentique avec des personnes et autonomes.

Fondateur de Cofremca en 1954, Alain de Vulpian est coprésident de Sociovision, l'organisation européenne de recherche et de conseil en anthroposociologie appliquée qui résulte de la fusion de Cofremca, Sinus et Socioconsult. Dominique Vastel est directeur associé à Sociovision.

2. Nouveaux métiers, nouvelles compétences

techniques

■ Robert Leblanc
Anticiper

■ Francis Morin
Qui fait quoi ?

■ Brunot Rousset
Architecture de la différence

■ Marianne Binst
Demain l'assurance santé

■ Nidal Kerbec • Alain Hassan
L'assistance en marche vers le futur

■ Hubert Strauss
La compétence au cœur de l'entreprise

■ Jacques Monier
Une profession engagée dans la gestion de ses mutations

■ Gérard Lobjeois
Nouveau métier : le téléacteur

ANTICIPER

Robert Leblanc

Directeur général, Siaci

Des bureaux alignés sur quatre rangs, des employés en blouse, un chef trônant à la tribune tel un maître d'école face à sa classe, des horaires fixes, tout juste le droit d'aller aux toilettes en dehors des temps de pause communs, c'était, il n'y a pas si longtemps, la vie ordinaire dans bien des services administratifs de sociétés d'assurances.

Et pourtant, cette image semble renvoyer à un passé oublié. Aussi oublié que le seront peut-être bientôt les organisations actuelles, autres que les plates-formes qui sont devenues le standard, tout au moins dans les discours. Mais qu'est-ce qu'une plate-forme, en quoi se différencie-t-elle de l'approche ordinaire ? On pressent les heures de disponibilité, l'anonymat des intervenants qui va de pair avec des horaires étendus, la standardisation des dossiers rendue nécessaire par la fin de l'individualisation, une informatique sous-jacente, plus généralement, une technologie de pointe y compris dans la gestion des files d'attente téléphoniques, l'intégration d'un éventail de services plus ouvert que dans l'approche traditionnelle des métiers, et enfin des acteurs nouveaux. Des acteurs formés à ces technologies, mais aussi prêts à travailler dans un contexte humain très différent de celui des services traditionnels, un contexte qui pourrait parfois rappeler celui d'hier, avec aussi peu de liberté, selon certains...

D'une manière générale, les métiers de l'assurance évoluent et posent la question des compétences, voire, plus largement, de l'adaptation des personnes à leur nouvel environnement professionnel. Il y aurait beaucoup à dire sur l'évolution des métiers et sur ce qui les détermine, mais on peut retenir certainement la technologie de l'information comme un facteur essentiel. Ses effets sont directs

sur la façon d'appréhender les tâches et les organisations, mais également indirects si l'on considère, comme Denis Kessler, qu'elle est à l'origine de la globalisation et de la déréglementation. Après avoir transformé les fonctions administratives, l'informatique bouleverse l'approche des opérations, voire du commerce. Non seulement les entreprises historiques se restructurent, mais on voit aussi de nouveaux acteurs faire d'une fonction autrefois prise en charge naturellement et de manière connexe à d'autres fonctions par telle ou telle catégorie traditionnelle d'acteurs leur métier propre et connaître d'impressionnants développements.

Tous ces changements posent des questions stratégiques aux dirigeants :

- Faut-il se concentrer sur son cœur de métier ou élargir son offre de services ?
- Faut-il parier sur son réseau d'agents et le remobiliser, quand on en possède un, ou penser à d'autres réseaux, et notamment investir dans Internet ?
- Faut-il garder les formes juridiques existantes ou en changer, faut-il s'opposer ou s'allier à des acteurs différents ?
- Comment se développer à l'étranger, notamment en Europe ?
- Quelle ligne directrice faut-il privilégier dans la redéfinition des organisations : métier, réseau, géographie, client ?

Or les réponses à ces questions impliquent souvent des changements lourds, mettant en cause le facteur humain. Il est bien connu que, dans nos métiers, la compétence et la motivation des hommes font l'essentiel de la différence entre acteurs comparables, les précurseurs pouvant toujours être très vite imités par les suiveurs.

Préserver la motivation au fil des restructurations et faire évoluer la compétence pour être à la hauteur de nouveaux enjeux représentent des défis majeurs. Ils sont d'autant plus sensibles que les changements s'accélèrent, alors que la matière humaine n'évolue pas vite. Une personne motivée a certainement une très grande capacité d'évolution, mais elle le fera à son rythme. Peut-on conduire le changement des organisations avec les hommes et les femmes en place, ou faut-il recruter des personnes nouvelles pour les nouveaux métiers ? À chacun sa réponse, à chacun de faire preuve de discernement, mais tous les dirigeants doivent de plus en plus anticiper : le temps perdu en amont ne se rattrape jamais en aval.

Les textes rassemblés dans ce dossier se rangent dans deux catégories : d'une part, ceux qui traitent de l'évolution des métiers, d'autre part ceux qui analysent l'évolution des compétences. Les premiers sont l'œuvre d'opérationnels, les seconds de spécialistes des ressources humaines.

Christian Morin, qui a développé une plateforme de gestion des risques simples du particulier, procède à une analyse systématique de la manière dont les différents acteurs (sociétés traditionnelles, mutuelles sans intermédiaire, assureurs directs, banques, grands intermédiaires, chalandiers) couvrent ou ne couvrent pas les quatre grandes fonctions qui consistent à concevoir le produit, le vendre, le fabriquer et l'assumer.

Bruno Rousset, fondateur d'April, nous éclaire sur sa démarche de rupture dans le domaine de la santé, puisqu'il a créé une entreprise sur le seul métier de la gestion, s'insérant entre les courtiers et agents et les sociétés d'assurances, laissant aux premiers la vente et aux seconds la prise de risque, alors que tous géraient et gèrent encore.

Marianne Binst, des AGF, présente la nouvelle plateforme de gestion santé, un exemple d'innovation au sein d'un grand organisme.

Nidal Kerbec, président d'AXA Assistance, fait le point sur ce qui change dans le métier de l'assistance.

Spécialiste des ressources humaines, acteur dans l'entreprise, Hubert Strauss nous expose sa vision du défi du relèvement des compétences. Premier « DRH de l'année » en 1997 pour le système « Compétences 2001 » qu'il a conçu et mis au point chez AXA Courtage, il approfondit cette question dans une logique favorable aux individus comme aux organisations.

Jacques Monier, directeur des affaires sociales de la FFSA, analyse les liens entre métiers et compétences et présente les initiatives de la profession pour relever le défi des compétences, au nombre desquelles l'observatoire des métiers de l'assurance.

Gérard Lobjeois, précisément directeur de cet observatoire, complète cet exposé en développant l'exemple du téléacteur.

L'ensemble de ces contributions n'épuise pas le sujet et ne constitue pas l'amorce d'un inventaire des métiers du futur, pas plus que des compétences de demain. L'anglais, l'informatique seront des exigences de plus en plus fréquentes ; mais on attendra aussi du personnel des capacités d'adaptation toujours plus importantes, le sens de l'initiative, une capacité à accueillir l'imprévu, car l'exigence croissante de qualité ira de pair avec une accélération du changement qui ne permettra pas de placer les collaborateurs dans des cadres de travail complètement définis. Le dossier pose le problème d'un ajustement à la fois urgent et lourd à réaliser et met donc en évidence la nécessité, plus que jamais, d'anticiper.

QUI FAIT QUOI ?

Francis B. Morin

Cofondateur de Moral SA

L'assurance des risques simples du particulier fait l'objet d'offres diverses de la part des assureurs traditionnels, des mutuelles sans intermédiaires, des assureurs directs, des banques, des grands intermédiaires, des chalandiers. Les quatre fonctions – concevoir, vendre, fabriquer, assumer – sont analysées dans le cadre de chacune de ces offres. Et l'on voit émerger, si ce n'est de nouveaux métiers, en tout cas de nouvelles approches et de nouvelles compétences.

Les risques simples du particulier constituent aujourd'hui le marché le plus actif de l'assurance. La concurrence y est intense, et sur une clientèle a priori éparpillée.

Vendre des assurances de particuliers est difficile : il s'agit de convaincre une personne qu'elle pourrait être maladroite, voire malchanceuse. Et ce particulier, qui admettra l'égalité avec son semblable face aux manifestations du hasard ou de la Providence quand il s'agit de la santé, la rejettera quand il sera question de sa maladresse au regard de ses biens ou dans son comportement. En conséquence, si, en santé, on a pu tarifier « simple », en accident, il a toujours fallu tarifier « compliqué », et les systèmes de gestion ont dû, très tôt, en tenir compte.

De surcroît, la vision par le particulier de son rapport contractuel avec son assureur est fondée sur une double méprise.

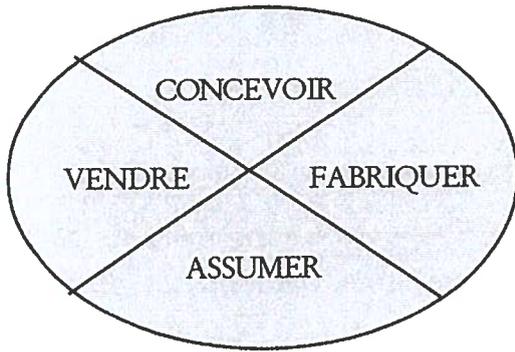
Première méprise : les objets de l'assurance – auto, logement, etc – sont pour lui d'un usage immédiat et quotidien ; il projette donc spontanément sur l'assurance qui y est associée la vision d'un rapport contractuel comparable dans sa simplicité à celui qu'il a entretenu avec ceux qui ont mis les choses en question à sa disposition ; or, l'événement objet du contrat va mettre en cause des intervenants inconnus, tant il est vrai que les dommages de l'un, quand ils ne sont pas le fruit de

sa maladresse ou de sa malchance, sont la responsabilité civile de l'autre et inversement.

Seconde méprise : la survenance de l'événement objet du contrat est un embarras, parfois un drame dans la vie du particulier ; pour l'assureur, c'est un fait de sa vie au quotidien. Le produit vendu sera donc fabriqué pour un client sûrement stressé, donc subjectif, par un fournisseur simplement professionnel, donc objectif, et sa qualité jugée avec des critères très différents selon que l'on sera client ou fournisseur – sans droit à l'erreur pour ce dernier, dans la mesure où le produit n'est pas, heureusement, d'usage constant...

L'accident du particulier conduit donc à des produits difficiles à vendre, dont l'état d'achèvement est aléatoire – « Ils le vendent, ça ! ? », dirait Coluche. Ce commerce, en apparence improbable, est un commerce de masse, le législateur tout comme le prêteur s'étant chargés de le rendre pratiquement incontournable, le premier en imposant une obligation d'assurance en matière de responsabilité civile auto, le second en recommandant fortement (le mot est faible) que les biens qu'il contribue à financer restent un gage crédible face aux aléas de la vie...

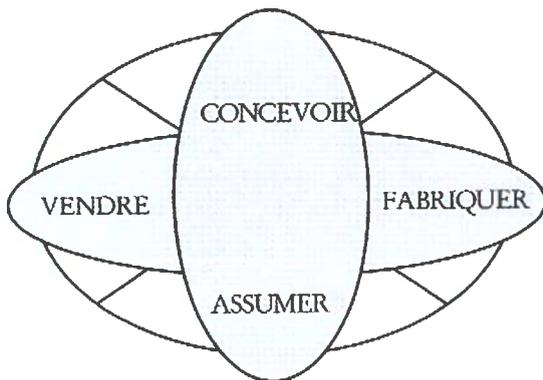
On se référera dans ce qui suit à quatre fonctions principales dans le cycle court du risque simple : concevoir le produit, le vendre, éventuellement le fabriquer, l'assumer toujours...



Ces fonctions peuvent être le fait d'intervenants divers et interchangeables.

Précisons que, pour des produits d'assurance, ce qui est vendu est virtuel ; la « fabrication » n'intervient qu'en cas de sinistre.

Le mode compagnie



Concevoir et assumer sont les deux fonctions conservées par les sociétés d'assurances.

Le vendeur – dans la plupart des cas, libéral – s'en tient à la vente, et éventuellement la fabrication, d'un produit sur lequel il a peu de réelle influence.

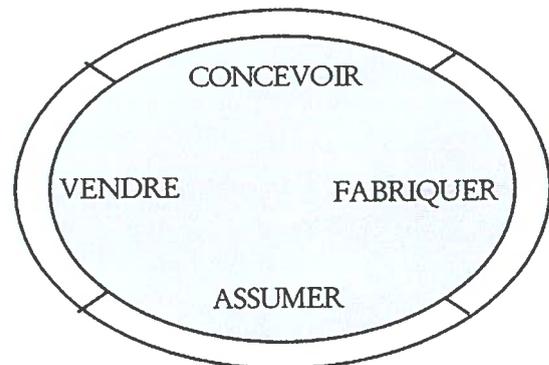
La gestion se partage donc entre l'assureur – pour ses besoins propres : statistiques, fiscalité... – et son vendeur – pour presque tout le reste : émission du contrat, collecte de la cotisation, gestion du sinistre...

Étant admis que la tâche du « vendeur libéral » n'était pas aisée, on lui réserva une position spéci-

fique selon laquelle il est désormais rémunéré sur l'ensemble de la vie économique du produit vendu, un peu comme un vendeur d'automobiles toucherait un pourcentage sur les éventuelles réparations d'un véhicule qu'il aurait vendu...

Généralement légers chez les vendeurs, faute de moyens, les systèmes informatiques sont souvent de dimensions pharaoniques chez les assureurs. Ils sont de plus mal adaptés, tant il est vrai que l'informatique compagnie se doit de traiter de tout, du particulier comme de l'industrie ou du commerce. Ces monuments supportent difficilement des épiphénomènes comme l'introduction de produits sensiblement nouveaux, l'exploitation commerciale de la base de données, ou encore l'incorporation d'un *process* commercial nouveau (*Call Center...*). Ces systèmes déclineront lentement (les bases de données existantes sont trop vastes pour être rapidement reconverties), mais sûrement (la technologie est décidément trop vieille, et les besoins nouveaux trop pressants). Ce faisant, d'autres systèmes vont apparaître, mieux intégrés, mais aussi plus spécialisés et plus adaptables à des novations dans le champ de leur spécialité. D'autres partages de la gestion pourront également voir le jour, le statut du vendeur n'étant plus nécessairement le même.

Le mode mutualiste et l'assurance directe



Tout maîtriser, telle est la devise de la mutualité : toutes les fonctions, de la conception à la fabrication, sont concentrées dans les mains de celui qui assume.

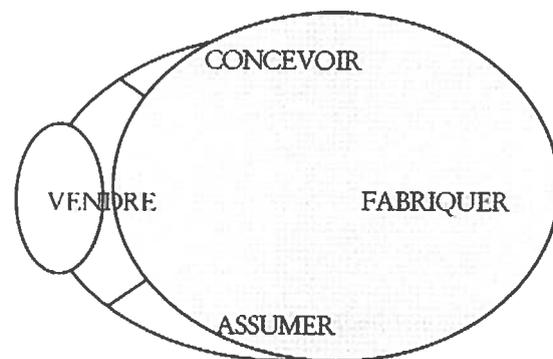
Œuvrant pour des sous-groupes de particuliers qualifiés d'adhérents ou de sociétaires, le monde mutualiste a réussi à transfigurer l'image de la vente, acte commercial s'il en fut, en un acte désintéressé au seul bénéfice desdits sous-groupes. Un sacerdoce donc, plutôt qu'un acte mercantile... Voilà comment, en lieu et place du démarchage actif du vendeur libéral, la mutualité a pu s'immobiliser derrière les comptoirs de ses délégations où l'assurable venait de lui-même. Dès lors considérablement facilitée, la vente (acte de conquête) se résumait à une adhésion (acte de soumission).

Orientés « risques simples » dès leur conception, avec la notion d'adhérent (donc de client) et destinés à traiter toute transaction, les systèmes mutualistes sont plus homogènes que ceux des compagnies classiques. Ils n'en sont pas pour autant plus flexibles, ayant conservé de leur époque d'origine une certaine lourdeur. Ils seront plus durs à abandonner que ceux des compagnies, car ils fonctionnent, le plus souvent, de manière acceptable : une bonne exploitabilité des données statistiques a donné à la mutualité une maîtrise tarifaire remarquable, à l'origine de la divergence de leur mode de tarification par rapport au modèle GTA en auto.

La démarche de l'assurance directe est aux antipodes de celle de la mutualité, et il est curieux que les modes de gestion et la philosophie des systèmes qu'elles ont engendrés soient aussi ressemblants. De la conception à la fabrication en passant par la vente, l'ensemble du *process* est pris en charge par l'assureur. Le vendeur libéral en est aussi exclu, non pour cause de mercantilisme, mais de coût d'intervention. Les systèmes sont autrement modernes, ayant été conçus *ex novo* et relativement récemment ; mais ils l'ont été autour d'un *process-produit* unique et même d'un produit unique. Les investis-

sements nécessaires pour acquérir un peu de flexibilité sur ce terrain seront difficiles à financer, l'assurance directe n'ayant pas rencontré le succès espéré. Immobilisées, les dépenses commerciales continueront de peser suffisamment lourd par leur amortissement pour que tout développement additionnel ne soit pas pesé aux balances les plus fines... Ainsi, la transposition de ces systèmes à la vente libérale paraît improbable, incapables qu'ils sont en l'état de gérer un réseau ou un *process* différent du leur...

Le mode bancaire



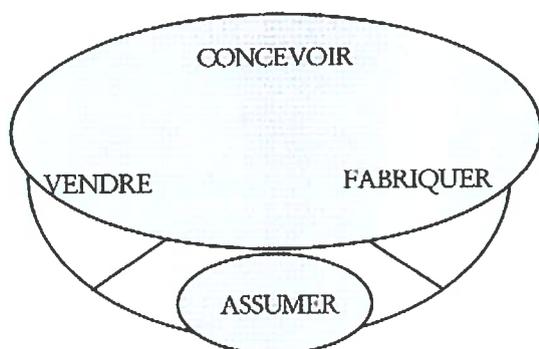
L'irruption de la « bancassurance » a conduit à une offre-produit classique par un réseau nouveau.

Le vendeur a oublié qu'il était aussi banquier, et s'en est remis pour son offre-produit aux suggestions d'intervenants établis, manquant ainsi une occasion. On peut s'interroger sur les raisons de ces choix : parce que la gestion ne pouvait suivre aisément une créativité-produit débridée ? Ou parce que l'informatique, perçue comme un problème à venir, dictait que l'on restât classique ?

Il a aussi remis toutes les fonctionnalités du cycle-produit, autres que celles liées à la vente, à ces mêmes intervenants, qui ont conservé ce qu'ils maîtrisaient : la conception et le fait d'assumer – encore que le banquier leur aura parfois fait partager cette dernière fonction.

Pour ce qui est des systèmes, on a recherché auprès de spécialistes de l'informatique connus de la banque comme de l'assureur, une version simplifiée de l'existant, mais d'inspiration identique. Pas plus qu'en matière de produits, il n'y a eu ici novation. Il s'agit simplement de sources plus récentes, donc mieux documentées.

Le mode des grands intermédiaires

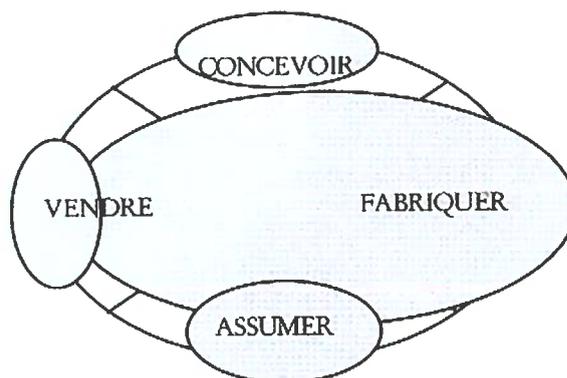


Confrontés à la mutualisation des risques simples des collaborateurs de leurs grands clients industriels, de grands intermédiaires ont suivi un chemin très semblable, concentrant entre leurs mains toutes les fonctions, à l'exception de celle qui consiste à assumer. Mais, à la différence des « bancassureurs » ou de l'assurance directe, ils n'ont pas créé d'image : ils devront, s'ils persistent, s'en remettre à d'autres, déjà présentes à l'esprit du client assurable, soit de manière immédiate, soit de manière plus indirecte, moyennant un peu de publicité d'ajustement...

On vise ici le fait que les grands intermédiaires qui ont traité du particulier en nombre, l'ont fait historiquement derrière leurs clients industriels. Or l'appartenance à un groupe n'est plus aujourd'hui une raison suffisante pour que le particulier méprise toute alternative à l'offre dudit groupe en la matière.

Les systèmes de ces grands intermédiaires sont raisonnablement contemporains, moins que ceux des assureurs directs, mais plus que ceux des assureurs traditionnels. Ils sont capables de traiter de toute demande ou presque en temps réel, mais le plus souvent uniquement sur leur structure de produit. Personne n'a, en effet, pesé sur leur offre-produit, acceptée ou rejetée, mais jamais modifiée. Ainsi, ils ont atteint un degré de perfection organisationnelle comparable à celle des assureurs directs, mais sur une offre-produit maintenant ancienne, et avec un challenge à affronter : l'évolution de la vente et la révolution Internet.

Le mode des chalandiers



Le chalandier est un intervenant économique qui dispose de flux de clientèle importants, pas nécessairement pour des raisons d'assurance. On appellera ainsi « chalandier » une caisse de retraite, un constructeur automobile, un vendeur par correspondance, une chaîne de grands magasins ou d'hypermarchés... Ils voient passer du monde, ce qu'ils vendent relève du risque simple, et ils connaissent leur clientèle. Ils entendent donc participer à la conception des produits qu'ils vendent. En fait, avec ces nouveaux intervenants, on va concevoir un peu, vendre beaucoup et oublier le reste. Assume qui veut et gère qui peut.

En effet, qui assume leur importe peu. Qui accorde encore de l'importance à celui qui assume, en dehors de quelques nostalgiques de la mutualité ? Celui qui assume, et qui accepte donc d'être dans l'ombre, exige simplement, pour maintenir ses tarifs dans le temps, que les dossiers à l'appui des souscriptions comportent ce qui lui permettra de repousser efficacement les requêtes à la limite du frauduleux.

En revanche, gérer est affaire d'importance, car un client mécontent dans un magasin, c'est plutôt contre-productif. Mais qui peut gérer ? Pas l'assureur traditionnel, souvent faute d'offre adaptée, mais aussi parce qu'il pourrait, en cas de difficulté, comme le chantait Boris Vian, menacer de « retirer tout ça ». Ni l'assureur direct, ni le grand intermédiaire, dont les outils ne se prêtent pas à ce que d'autres ont inventé. Restent les gestionnaires de *Call Centers*. Encore leur faut-il s'organiser pour émettre des conditions particulières à partir des déclarations téléphoniques, puis pour les récupérer signées, assorties de la preuve desdites déclarations et du règlement. La gestion, c'est tenir le contrat à jour lorsque la situation du risque change, qu'il soit payable comptant ou à terme (par prélèvements). C'est renouveler au terme, sans bavures, et en actualisant tous les paramètres qui ont servi à la tarification, de manière que l'ensemble du portefeuille relève au plus de deux années tarif... C'est aussi avoir les moyens de lancer la fabrication lorsqu'il le faut, et ce, toujours sans bavures, ce qui implique de mesurer l'étendue de la couverture au jour du sinistre et de la comparer à l'étendue des dégâts... C'est nommer l'expert, suivre la remise du rapport, payer le réparateur et procéder à ces dénonciations fiscales que le monde nous envie. C'est, encore, conditionner les échanges interprofessionnels comme l'IDA et l'Agira, et en intégrer automatiquement les conséquences pour en maîtriser le coût. La gestion est une vraie industrie, qui nécessite un outil informatique approprié : PC en réseau pour les devis, bases de données centralisées pour la gestion, interface en temps réel entre les deux systèmes.

Conclusion

Une époque se profile où les quatre fonctions pourront être assumées par des intervenants distincts, et où le besoin de s'adapter vite, notamment en ce qui concerne la structure des produits, mettra hors jeu les systèmes incapables d'évoluer.

On peut rêver d'un mécanisme nouveau de protection des risques de fréquence. Dans l'approche traditionnelle, ces derniers enrichissent principalement le fisc et le vendeur pressé et de passage et ajoutent du travail au gestionnaire. Ce nouveau mécanisme, lui, serait fondé sur :

- des garanties à forte franchise ;
- une épargne associée, constituée par la différence entre la cotisation correspondant aux garanties à faible franchise et celle des garanties à forte franchise ;
- une ouverture automatique de crédit « revolving », à hauteur de la forte franchise...

Mobilisable lors de la survenance d'un sinistre, cette épargne, voire son seul aliment, contribuerait en tout ou partie au financement de la part ainsi auto-assurée. Une fois le « revolving » remboursé, l'aliment retrouverait naturellement la voie de l'épargne.

Les avantages sont nombreux : en premier lieu, l'assuré est, directement et de manière très tangible, associé à la qualité du risque qu'il représente et qu'il désire assurer. L'assureur, lui, bénéficie d'une statistique qui n'est plus embrumée par une répétitivité quelquefois frauduleuse (on se souviendra des abus de l'assurance « bris de glace »). Le vendeur stabilise sa clientèle qui aurait tendance à devenir très volatile, en lui offrant un service qu'elle ne paie que si elle s'inscrit. Le gestionnaire, enfin, verrait sa mission ennoblir puisqu'il gérerait le sinistre comme l'événement déclenchant le basculement des aliments de l'épargne vers les financements du risque.

L'ère du *Risk Management* du particulier serait-elle advenue ? Et si c'était bien le cas, celle du gestionnaire aussi. Est-ce vraiment un rêve ?

ARCHITECTURE DE LA DIFFÉRENCE

Bruno Rousset

Président d'April

L'évolution des comportements de consommation d'assurance fait émerger progressivement de nouveaux besoins exprimés plus ou moins explicitement par les clients, et renvoyant tant aux garanties souscrites qu'aux modes relationnels proposés. Ce nouveau paradigme de l'assurance impose d'ores et déjà un certain nombre de rupture organisationnelles et culturelles parmi les acteurs, et qui peuvent être, selon les cas, anticipées de façon constructive ou sous-estimées puis subies. Construire la différence sur un marché en cours de banalisation suppose pourtant, plus que jamais, une capacité à imaginer une architecture moderne de compétences et de services.

Le secteur de l'assurance en France est aujourd'hui confronté à des bouleversements qui modifient en profondeur aussi bien la structure et le positionnement des acteurs que les modes de relation entretenus jusqu'ici avec les assurés. Fusions, regroupements, partenariats, émergence et développement de nouveaux canaux de distribution, pression de la Commission européenne sur l'évolution de la mutualité dans le cadre de la libre concurrence et de la libre prestation de service, ne sont que quelques-uns des symptômes de la remise en question d'un secteur qui se découvre et doit désormais s'assumer totalement pour ce qu'il est : un véritable marché de grande consommation, inscrit de surcroît dans un périmètre concurrentiel européen et mondial.

À ce titre, le marché de l'assurance se trouve soumis en permanence, comme les autres, à la sanction du vote de ses clients, même si le caractère obligatoire et la complexité technique de certains produits, le principe de préavis ou de la tacite reconduction des contrats avaient contribué jusqu'ici, peu ou prou, à entretenir l'illusion d'une récurrence mécanique des cotisations et, donc, à freiner partiellement la prise de conscience d'une

nécessaire évolution de l'offre. Parce que la concurrence croissante porte en elle son cortège de banalisations, parce que derrière chaque contrat d'assurance se cache désormais de moins en moins une personne entendant légitimement affirmer et faire respecter son libre choix et son libre arbitre, la recherche et la construction de la différenciation constituent, aujourd'hui plus que jamais, la carte maîtresse des acteurs qui s'imposeront demain sur ce marché de l'assurance. Dans ce contexte, la question des nouveaux métiers et des nouvelles compétences dont doivent se doter ces acteurs se révèle encore plus déterminante.

La banalisation de l'assurance

« Assurances : tout le monde en vend » titrait récemment un grand quotidien français. Derrière cette accroche émerge le double constat d'une banalisation effective des produits d'assurance largement induite par celle de leurs circuits de distribution. Il est à ce titre particulièrement instructif de remarquer que

la multiplication des formes de commercialisation des contrats se trouve très largement stimulée par le besoin qu'ont les circuits de distribution, au départ non spécialistes de l'assurance, de créer, dans leurs univers respectifs, de nouvelles sources de différenciation et de fidélisation de leur clientèle. Guichets des établissements financiers voici déjà quelques années, distribution alimentaire ou spécialisée, vente par correspondance et concessions automobiles plus récemment, autant de nouveaux entrants sur le marché qui entendent ainsi exploiter les potentialités de l'assurance pour étendre la palette des services proposés à leur propre clientèle, et enrichir de la sorte le contenu de leur relation avec elle. C'est donc, en quelque sorte, la banalisation d'autres secteurs d'activité qui aurait porté en germe celle de la distribution de l'assurance.

Toutefois, la banalisation intrinsèque des produits d'assurance, ou plus exactement de certains d'entre eux, se lit facilement entre les lignes de l'évolution de leur distribution. Reconnaissons-le, en effet, le potentiel d'innovations purement techniques pour des produits reposant sur des bases actuarielles qui sont par nature les mêmes pour tous les acteurs se trouve de fait nécessairement limité. Cela ne ferme bien évidemment pas la porte à d'éventuelles innovations – de nouveaux besoins émergeant naturellement avec l'évolution de la société –, mais force est de constater, au moins sur les produits d'assurance les plus génériques, que les différentiels de garanties et de prix reposent plus sur des choix financiers et des positionnements marketing tactiques ponctuels que sur de profondes et durables différenciations d'ordre technique.

Le terrain le plus fertile de l'innovation en assurance se trouve ainsi très clairement circonscrit autour des services associés aux garanties elles-mêmes, à l'instar de tous les autres marchés de grande consommation. Et cela est d'autant plus déterminant que l'assuré adopte progressivement une véritable démarche de consommateur d'assurance, attentif en permanence au rapport qualité-

prix de la prestation qui lui est proposée, aiguillonné, si nécessaire, par les multiples sollicitations concurrentes dont il est quotidiennement l'objet.

L'émergence de l'assuré-consommateur

Après avoir longtemps été un simple affilié, adhérent ou sociétaire, l'assuré est devenu un consommateur d'assurance averti et soucieux de la compétitivité de ses contrats. Il exige, comme pour l'ensemble de ses achats, une prestation à la hauteur de ses besoins et de l'investissement qu'il engage, évaluation d'autant plus difficile dans le domaine de l'assurance qu'il s'agit bien ici d'une consommation différée, une simple promesse basée sur la confiance, une promesse de surcroît payée d'avance ! Cela explique d'ailleurs très largement les incompréhensions et relations parfois conflictuelles entre assureurs et assurés, le ressentiment éventuel à l'égard de l'assureur étant à la hauteur de la confiance placée en lui, et le ressentiment pouvant être ainsi vécu comme une trahison. Cette situation souligne surtout l'impérieuse nécessité pour les deux parties d'une parfaite clarté de l'engagement de chacun. En ce sens, les assureurs ont tout à gagner à privilégier une approche la plus pédagogique possible du contenu de leurs garanties, tant il est vrai qu'en assurance plus qu'ailleurs, il est illusoire de penser pouvoir construire une offre gagnante et pérenne sur le seul terrain de la défiance.

Si l'assuré est réellement devenu un consommateur, quelles leçons peut-on tirer des évolutions constatées sur ce point dans d'autres secteurs d'activité ? Comme pour l'ensemble de ses achats, le consommateur d'assurance affirme aujourd'hui trois revendications fondamentales : le prix bien évidemment, mais aussi et surtout la rapidité des démarches et la personnalisation de la relation.

Outre un souci plus classique de pouvoir d'achat, ces aspirations renvoient très nettement à deux nouvelles dimensions fondamentales de la consommation dans son ensemble et résonnent comme deux nouveaux « luxes » dans le monde actuel : gagner du temps – sous-entendu, pour l'utiliser au mieux – et affirmer toujours plus son identité personnelle dans un contexte socio-économique perçu comme par trop déshumanisant.

Ces revendications semblent dessiner une forme de contradiction qui n'est pourtant qu'apparente. Le prix et la rapidité de gestion imposent en effet, en assurance comme ailleurs, une industrialisation maximale des processus et des traitements de masse susceptibles d'engendrer la rapidité de traitement et l'efficacité économique nécessaires. Autant de dispositions *a priori* diamétralement opposées à toute prise en considération de l'individu. Là se situe pourtant tout l'enjeu de la consommation aujourd'hui et la clef du succès pour toute entreprise : la capacité à gérer une production de masse sur mesure, c'est-à-dire à combiner l'efficacité d'un traitement industriel et la prise en compte de la spécificité des besoins et attentes de chaque personne. Le problème n'est pas obligatoirement insoluble puisque, si les technologies de l'information autorisent une gestion de masse, elles ouvrent grand également le champ des possibles en termes de personnalisation de la relation. Dans son ensemble, en effet, cette revendication de sur mesure, notamment dans les services, traduit principalement une attente et un besoin de considération dans la relation, plus qu'une volonté de totale originalité de la prestation dont le consommateur sait par ailleurs pertinemment quel en serait l'impact économique.

Au final, en assurance comme dans l'alimentaire par exemple, la revendication du sur mesure doit donc principalement s'analyser en tant qu'émergence d'un besoin de personnalisation d'une relation autour de la fourniture d'un produit standardisé. Nous n'assistons donc pas – ainsi que certains le prophétisent – à la fin de la société de consommation, mais au développement d'une relation plus qualitative et moins anonyme entre l'entreprise et

son client dans le processus de consommation. C'est en cela que les concepts de part de marché ou de part de voix chers au marketing lessivier anglo-saxon des années 60 apparaissent aujourd'hui cruellement réducteurs dans ce qu'ils véhiculent d'anonyme et d'unilatéral en matière de relation. Et si les termes « capital-clients », « fidélisation », « satisfaction clients » fleurissent à présent dans les livres de management comme au sein des entreprises, c'est bien que cette prise de conscience semble s'affirmer, en tout cas conceptuellement.

Désormais, et chacun doit donc s'en convaincre, la part de voix se révèle bien moins décisive que la part de dialogue. En matière d'assurance, c'est un euphémisme que d'affirmer qu'il reste encore du chemin à parcourir pour que ce dialogue soit totalement renoué. Pour autant, c'est bien sur ce terrain du dialogue et de la relation clients que se confrontent dorénavant toutes les formes de distribution de l'assurance, l'enjeu étant pour chacune d'entre elles d'identifier, d'affirmer et, surtout, de cultiver sa valeur ajoutée spécifique.

Multidistribution et compétences distinctives

La concurrence exacerbée entre les différentes formes de commercialisation de l'assurance a un effet constructif en poussant chacun des acteurs à analyser en permanence et en profondeur sa position concurrentielle et ses facteurs clés de succès pour l'avenir. Après le succès obtenu par des guichets d'établissements financiers « surfant » il est vrai sur la vague de l'engouement pour l'assurance vie, si la grande distribution ou la distribution spécialisée investissent maintenant le monde de l'assurance, il est plus utile de s'interroger sur l'écho rencontré par de nouvelles méthodes et d'en tirer les leçons, plutôt

que de crier au loup ou de s'arc-bouter sur les positions acquises. Quoi qu'en disent les esprits les plus chagrins, aucune forme de distribution n'est vouée à disparaître et chaque type de circuit peut trouver sa place sur le marché, pour peu qu'il développe une offre ciblée, parfaitement adaptée à son profil de clientèle, et sache s'organiser en conséquence.

Que nous apprennent en effet les expériences développées par les nouveaux entrants sur le marché de la distribution d'assurance ? Elles témoignent avant tout d'une capacité à identifier et combiner entre eux un certain nombre de savoir-faire spécifiques organisés en système : prescription, information, gestion des adhésions et des cotisations, gestion des sinistres, services connexes... En d'autres termes, ces expériences redonnent tout leur sens à la notion de spécialisation des savoir-faire et de focalisation sur le cœur de valeur ajoutée de chaque maillon de la chaîne de valeur. *A posteriori*, elles mettent en lumière la confusion des genres qui a parfois brouillé l'efficacité et l'image de réseaux traditionnels, trop souvent réduits à un rôle de gestionnaire qu'il est par nature difficile de concilier avec leur fonction première, la vente de contrats et le conseil au client.

L'expérience des nouvelles formes de distribution met ensuite en exergue, pour les produits d'assurance les plus génériques, l'atout de la simplicité et de la clarté des offres faites au consommateur. Si cette simplicité de l'offre est tout simplement déterminante pour assurer le succès de la diffusion au sein de réseaux non spécialistes, elle apporte aussi la preuve que le client en est acheteur et doit, à ce titre, être appréhendée comme un critère de réussite pour tous les circuits, là où certains besoins n'appellent pas obligatoirement les réponses les plus complexes sur le plan technique.

Sur ce marché de l'assurance comme sur d'autres, chaque réseau de vente doit faire valoir une compétence métier spécifique, une valeur ajoutée distinctive. C'est ainsi que certains circuits se spécialisent tout naturellement soit dans des produits et

domaines particuliers, soit dans des catégories de clients spécifiques. Mais il ne s'agit là que de points d'entrée et de contact avec un client, chaque réseau se devant d'exploiter ce potentiel, voire de favoriser progressivement la multidétention, dont on connaît l'importance décisive sur le taux de fidélisation.

Les compétences distinctives ne renvoient donc pas uniquement à un savoir-faire technique précis, mais tout autant à une capacité à exploiter efficacement une relation nouée avec un client dans un contexte donné. Ce n'est pas un hasard par exemple si les concessions automobiles se lancent aujourd'hui dans la vente d'assurance couplée à l'achat d'un véhicule : d'un point de vue marketing, en effet, la capacité à apporter une offre adaptée au meilleur moment en simplifiant le processus de souscription de l'assurance et en l'intégrant dans une offre globale, peut apparaître *a priori* comme un atout maître. Dans ce cas d'espèce, si les concessions automobiles, sont à même de maîtriser effectivement la notion essentielle d'événement – l'achat d'un véhicule devant être assuré –, charge à chacun des réseaux concurrents de maîtriser d'autres facteurs clefs de succès et d'affirmer d'autres compétences distinctives : relation de proximité et connaissance du client (permettant d'ailleurs le cas échéant d'anticiper l'événement), conseil, offre globale...

Avec la multidistribution, chacun des acteurs se trouve aujourd'hui contraint de s'interroger sur le cœur de sa valeur ajoutée et, consécutivement, de se spécialiser dans son domaine d'excellence (prise de risque, conception-gestion, distribution) en recherchant les partenaires les plus dynamiques dans les autres segments de la chaîne de valeur pour apporter, au final, une qualité de service optimale au client. Dans un univers de produit et de distribution banalisés, face à un consommateur de plus en plus exigeant, c'est bien de l'étendue et de la qualité du service rendu que se nourrit la nécessaire différenciation des offres concurrentes. Et, en la matière, plus la concurrence s'intensifie, plus ce besoin de différenciation s'exprime et appelle l'affirmation de stratégies et de solutions nouvelles.

Construire la différenciation

Cette évolution des enjeux auxquels se trouvent confrontés les acteurs de l'assurance dessine logiquement un nouveau paysage des compétences à développer, que la stratégie de chacun privilégie une intégration maximale de celles-ci ou, au contraire, une philosophie de partenariat au sein d'un réseau de spécialistes : on songe par exemple aux *call-centers*, dont l'émergence récente dans le monde de l'assurance traduit, si besoin est, la prise de pouvoir d'un client revendiquant simultanément disponibilité et qualité de service totales. On songe également aux compétences en matière de nouvelles technologies de l'information, les transactions Internet étant indubitablement appelées à exploser dans les métiers de souscription ou de gestion des contrats. On songe plus globalement à l'ensemble des compétences marketing nécessaires pour accompagner la mutation du marché de l'assurance vers une véritable logique client, à l'heure par exemple où le leader français du secteur déclare vouloir renoncer à son organisation par réseau pour privilégier une organisation par client. On le devine, l'essentiel des compétences nouvelles se niche dans le domaine de la relation au client, qu'il s'agisse de l'analyse de ses besoins, de la construction de solutions adaptées, ou du management des outils de gestion de cette relation.

L'association des compétences nouvelles comme de compétences plus traditionnelles au sein du secteur de l'assurance conduit également, dans le cadre de combinaisons originales, à l'émergence de métiers nouveaux. Citons simplement trois exemples avec les offres nouvelles en matière de délégation de gestion des contrats (adhésions, prestations, indemnisations...), en matière de gestion de sinistres automobiles et habitation (prise en charge globale, répa-

ration en nature...), ou les offres de services associées aux contrats d'assurances complémentaires santé (prévention, conseil médical, avis sur devis...). Ces offres apportent des solutions alternatives dans la chaîne de valeur de l'assurance, permettant généralement, par la spécialisation, voire la massification, de proposer aux acteurs les plus enclins à préférer des solutions partenariales à l'intégration totale, une plus-value qualitative et économique souvent déterminante.

On voit donc émerger des compétences nouvelles, des métiers nouveaux et donc, plus globalement, une culture nouvelle des enjeux et combinaisons stratégiques possibles au sein du secteur, tant il est vrai que l'assurance découvre depuis peu des modes de développement ayant déjà fait leurs preuves dans d'autres secteurs de grande consommation. De multiples exemples, aussi bien dans l'industrie que dans les services, nous montrent quotidiennement que la définition des compétences distinctives, la focalisation sur le cœur de métier et la capacité à s'associer avec des partenaires spécialisés dans les autres maillons de la chaîne de valeur peuvent constituer aujourd'hui autant de facteurs clefs de succès sur des marchés très concurrentiels et évoluant extrêmement rapidement. De premières expériences dans le secteur de l'assurance ont donné des résultats très positifs et fait la preuve de l'efficacité de combinaisons nouvelles entre un preneur de risques, un gestionnaire et un distributeur par exemple, avec une forte capacité à construire de la différenciation – donc de la fidélisation – par une démarche de personnalisation et de qualité totale du service apporté au client final.

Dans un contexte concurrentiel de plus en plus disputé, cette capacité à créer de la différence par association de compétences spécialisées n'en offre que plus de possibilités et de perspectives.

La débanalisation de l'assurance suppose en effet, plus que jamais, une architecture de la différence.

DEMAIN L'ASSURANCE SANTÉ

Marianne Binst

Directrice des Filières de soins aux AGF

Le métier de l'assurance santé va fondamentalement évoluer dans les années qui viennent et devenir un métier à fort contenu technique. Il ne suffira plus de rembourser selon la nomenclature de la Sécurité sociale mais de comprendre et de gérer les risques couverts par la complémentaire.

Les sociétés d'assurances sont de plus en plus nombreuses à avoir mis en place une « plate-forme santé » chargée de renseigner les clients en matière de prix ou d'orientation. Ces entreprises envisagent souvent de poursuivre leur action en développant des accords de partenariat avec certains professionnels de la santé.

Nous assistons, à mon sens, à un phénomène durable, dans lequel la France, compte tenu des spécificités de son système de santé, a pris un certain retard par rapport à de nombreux autres pays. Cette orientation nouvelle modifiera progressivement et en profondeur les métiers de l'assurance santé.

Les compétences de base pour monter ce type de plate-forme ou créer des réseaux de professionnels agréés sont doubles : elles concernent à la fois la conduite de projet et l'expertise dans les domaines concernés.

Aux AGF, l'équipe Filières de soins est constituée pour moitié par des professionnels à temps plein spécialisés en conduite de projet et pour moitié par des experts à temps partiel continuant à exercer une activité médicale ou paramédicale.

Bien entendu, beaucoup d'autres expertises sont nécessaires (informatiques, juridiques, statistiques, marketing...), mais c'est le propre de la conduite de projet que d'aller chercher ces expertises là où

elles se trouvent dans l'entreprise en fonction du sujet ou des cibles concernés.

À plus longue échéance, d'autres métiers liés à l'assurance santé vont évoluer à la suite du développement des réseaux de soins et des plates-formes de conseil et d'orientation. Ce sont, par exemple, les métiers de l'actuariat.

Pour ces métiers, il s'agissait de prévoir, à partir d'observations dans la durée, les fréquences de consommation et leurs montants et d'en déduire les tarifs, les franchises ou les forfaits permettant de préserver l'équilibre technique des contrats. À l'avenir, il faudra anticiper les modifications de consommation de nos clients et en déduire les conséquences financières. Les hypothèses techniques seront moins à chercher dans les bases « historiques » internes que sur les plates-formes téléphoniques, auprès du marketing et à l'extérieur, dans des organismes qui disposent déjà d'autres types d'études sur les consommations (Credes, IMS par exemple). L'actuariat s'appuiera sur des services techniques plus tournés vers l'aide à l'élaboration de nouvelles hypothèses statistiques et à leurs ajustements rapides en fonction des premiers constats effectués.

Les métiers du marketing et du commercial évolueront également si ces nouvelles orientations se confirment.

Le prix était central pour la vente, le service facilitait la fidélisation. À l'avenir, la vente deviendra

plus médicalisée. Elle portera sur des produits plus sophistiqués, plus « collés » au risque santé et plus indépendants de la Sécurité sociale. Le marketing devra faire un effort important pour promouvoir la dimension qualitative de ces offres et rassurer sur l'« éthique » de l'assureur dans le domaine de la santé.

La gestion, enfin, sera amenée à multiplier les liens financiers directs avec les professionnels de la santé, trouver et faire vivre des modes de rémunération plus variés que le simple paiement à l'acte. Une meilleure coordination entre gestionnaires et concepteurs de produits sera nécessaire pour permettre de choisir les options les moins complexes sur le plan de la gestion et autoriser, au final, une plus grande souplesse des chaînes de gestion et une plus grande autonomie vis-à-vis des nomenclatures de la Sécurité sociale.

C'est parce que nous croyons, aux AGF, que ces changements vont modifier durablement les

métiers de l'assurance santé que nous nous sommes engagés résolument dans cette démarche sans trop d'effets de manche ni de « coups médiatiques ».

Les différences entre les divers acteurs du marché apparaîtront sur la durée. Ces différences n'auront rien de superficiel car elles s'inscriront en profondeur dans de « nouveaux métiers ». Il sera de ce fait beaucoup plus difficile pour un nouvel acteur de rentrer sur ce marché. Il ne suffira plus en effet de copier des garanties et de les commercialiser : il faudra savoir réunir les expertises nécessaires en ce qui concerne les différents domaines de la santé, négocier avec les professionnels de la santé et faire vivre des réseaux agréés de qualité, convaincre les clients du bien-fondé des arguments médicaux qui sous-tendent les nouvelles garanties. Bref, le métier d'assureur dans la sphère de la santé redeviendra un métier à fort contenu technique.

L'ASSISTANCE EN MARCHÉ

VERS LE FUTUR

Nidal Kerbec • Alain Hassan

Président-directeur général

Directeur médical international

Axa Assistance

Depuis la naissance de l'assistance, destinée à l'origine aux vacanciers en difficulté, ce concept n'a cessé de se développer et le marché, lui-même, est en croissance constante. L'assistance vient maintenant en aide aux personnes dans tous les aspects de leur vie personnelle, qu'elles soient en panne de véhicule ou malades, en voyage comme à leur domicile. De nouveaux métiers ont ainsi vu le jour qui anticipent les besoins du monde moderne.

Les sociétés d'assistance sont nées dans les années 60, au début du grand boom touristique. C'est en 1959, alors que l'Espagne s'ouvrait au tourisme de masse et que les autorités espagnoles non préparées, étaient incapables de faire face à un tel afflux de vacanciers, qu'une société juridique espagnole proposa pour la première fois une aide juridique et financière. En effet, lors d'un sinistre automobile, la législation du pays prévoyait la garde à vue des intéressés jusqu'à ce qu'un juge statue sur les responsabilités... Cette procédure n'était guère favorable à la promotion des plages espagnoles, et il a fallu qu'un nouveau concept vienne en aide aux touristes et au tourisme : ce fut la naissance de l'assistance internationale.

L'idée continua à se développer et s'étendit, quelques années plus tard, en France principalement, à l'assistance aux personnes, puis à celle des véhicules. Depuis cette époque, les sociétés d'assistance ont étoffé leurs activités selon différents axes : celui de la territorialité, d'une part, avec à la fois la suppression de la franchise kilométrique et l'exten-

sion des couvertures au monde entier ; celui des garanties, d'autre part, avec des offres de plus en plus étendues, allant du dépannage automobile au rapatriement sanitaire, en passant par l'assistance au domicile et le conseil médical par téléphone. Mais c'est aussi dans les activités nationales que ces grandes sociétés d'assistance ont développé leur croissance, à l'instar de la firme danoise Falke.

Avec un chiffre d'affaires de plus de 2,2 milliards de francs, AXA Assistance est un organisme d'assistance internationale qui possède un réseau de 37 centrales d'alarme à travers le monde employant plus de 2 400 personnes.

Le marché de l'assistance

Le marché mondial de l'assistance représente quelque 15 milliards de francs de cotisations (dont 10 milliards environ pour la seule région Europe-Moyen-Orient-Afrique) sans tenir compte des automobile-

clubs. AXA Assistance détient 15 % des parts de ce marché mondial, initialement développé autour des métiers du voyage, puis de l'assurance.

Le monde de la distribution est dominé par les entreprises d'assurances, les voyagistes, les émetteurs de cartes de crédit et les constructeurs automobiles. En France, on considère qu'une famille peut être couverte par plus de trois contrats d'assistance adossés à sa société d'assurances, à sa carte de crédit ou au prêt consenti lors de l'achat de sa voiture.

Le marché est caractérisé, en Europe, par une grande maturité et une concurrence importante et, en Amérique du Nord, par la domination des automobile-clubs et des organisations à vocation médicale. En Amérique du Sud, on assiste à une croissance et à une intensité concurrentielle fortes et, dans la zone Asie-Pacifique, les perspectives de développement résident dans l'assistance automobile (comme au Japon par exemple) et l'assistance médicale santé.

Les métiers de l'assistance

La segmentation la plus commune des métiers de l'assistance comprend l'assistance voyage, avec une forte dimension médicale et internationale, l'assistance automobile et l'assistance habitation, dont l'orientation est technique et nationale, ainsi que l'assistance aux personnes à leur domicile.

L'assistance voyage

Mexique, Kenya ou Thaïlande, mais aussi Grèce, Espagne ou France : autant de destinations de vacances idéales. Mais quand arrive un incident, que ce soit en Amérique du Sud ou en

France, on est toujours trop loin de chez soi... Aussi, parce que nul n'est à l'abri d'une mésaventure, l'« assistant » met à la disposition de ses clients un service d'assistance prêt à intervenir à tout moment dans le monde entier.

En cas d'accident ou de maladie, mais aussi pour obtenir un renseignement médical (par exemple l'équivalence d'un médicament n'existant pas dans le pays visité), le client ou une personne de son entourage peut appeler sa centrale d'alarme, accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, où un médecin lui répondra.

Le médecin régulateur, véritable pivot de cette organisation fait partie d'une équipe de médecins assumant une permanence sur place. Il prend contact avec les interlocuteurs locaux (médecins généralistes, spécialistes, médecins hospitaliers, etc.), avec, pour objectif, d'évaluer l'état clinique du malade, la qualité de la prestation médicale locale grâce aux bases de données politiques, sociales et médicales, et rapatrier, si nécessaire, le malade sur son lieu de domicile. La décision de transport ou de rapatriement est prise avec un seul souci : assurer la sécurité du patient. Ainsi, par exemple, dans un pays aux structures médicales de qualité, un malade ou un blessé pourra ne pas être immédiatement transporté, si le transfert risque d'engager son pronostic vital. Cette attitude ne sera évidemment pas la même lorsque le patient se trouve dans une zone faiblement ou non médicalisée. C'est là que le rôle du médecin régulateur prend toute son importance. Il n'est pas seulement un « *desk doctor* », mais il participe également au transport médicalisé. La majorité de ces médecins régulateurs sont urgentistes, issus des SAMU ou d'autres services d'urgence, et sont donc habilités à prendre des décisions efficaces et rapides.

Le choix du moyen de transport est large et adapté à chaque cas : véhicule sanitaire léger, ambulance, avion, voire avion sanitaire. Ce dernier n'est pas la panacée ; pour les longues distances, notamment, et grâce à un réseau international de

centrales d'alarme dont l'assistance est indispensable au fonctionnement cohérent des interventions dans le monde, il existe des accords avec la plupart des compagnies aériennes permettant d'installer confortablement une civière et le matériel médical dans un espace plus important que celui d'un avion sanitaire. Les raisons du choix de tel ou tel moyen de transport répondent à trois critères précis : sécurité du malade, rapidité du transport, meilleur confort possible.

Les médecins transporteurs bénéficient d'une autonomie d'action importante. Les informations médicales ayant conduit à la décision d'un moyen technique de rapatriement étant, le plus souvent, transmises par téléphone, à l'arrivée, la réalité peut parfois se révéler sensiblement différente de l'évaluation initiale, d'autant plus que l'état du malade a pu entre-temps s'aggraver. C'est pour cela qu'un médecin transporteur assumant un rapatriement sanitaire a toute autorité pour modifier et proposer un autre mode de transport. Il est seul juge de la situation.

Mais le rôle de l'assistance ne se limite pas au rapatriement sanitaire. L'« assistant » est amené, par exemple, à fournir des médicaments dont l'équivalence n'existe pas, à envoyer des lunettes, etc.

L'assistance médicale est en perpétuelle évolution. Nouvelles techniques, nouvelles pathologies, nouveaux traitements, les médecins d'AXA Assistance, comme ceux des grands opérateurs de la place, se forment en permanence, et participent, en anticipant, à l'évolution du concept de l'assistance.

L'assistance aux véhicules

L'assistance aux véhicules a elle aussi considérablement évolué depuis l'époque, dans les années 30, où le *Guide Michelin* fournissait aux aventuriers de l'automobile un carnet contenant les

adresses des garages situés le long de la Nationale 7... Elle est, aujourd'hui, généralement incluse dans le portefeuille de la majorité des sociétés d'assurances et offre un ensemble de services incluant dépannage, remorquage, envoi de pièces détachées, mission d'experts, assistance aux passagers, rapatriement de véhicules...

En cas d'accident, mais aussi de panne, l'assuré se verra proposer toute une gamme de services lui permettant de sauvegarder sa mobilité, y compris, dans beaucoup de contrats, la mise à disposition d'un véhicule de remplacement. Le dépannage sur place a progressivement remplacé le simple remorquage, grâce à un réseau de prestataires disposant de véritables camions-ateliers, même si le problème survient au domicile.

Les nouveaux métiers

Les « assistants » sont maintenant présents sur le marché de la gestion de sinistres récurrents (petits sinistres habitation et automobile) et sur celui des services liés à la santé. Les produits d'assistance sont majoritairement proposés en inclusion dans un contrat d'assurance, à l'exception par exemple de certains produits liés au voyage ou au séjour à l'étranger, ou de l'extension de garantie pour les constructeurs automobiles.

D'autres pratiques, dites de diversification, se sont développées à partir de la fin des années 80, avec par exemple la téléassistance, les services spécifiques liés aux porteurs de cartes de crédit, la maintenance automobile, la détection des véhicules volés, le *health managed care*, la réparation directe des dommages habitation...

La télésurveillance permet la détection des pannes d'équipement (chaudières, ascenseurs) ou des tentatives d'intrusion dans les immeubles d'habitation et de bureaux, par transmission automa-

tique. Elle autorise l'intervention des services publics concernés (pompiers, police) et l'envoi d'un compte rendu de l'intervention au gardien de l'immeuble et au syndic.

La téléassistance rend possible la transmission automatique des appels à la centrale d'alarme, grâce à un dispositif d'appel sans fil. La reconnaissance de l'appelant et la liaison téléphone-informatique (CTI) autorisent la connexion de la centrale au fichier client, en respectant la protection des données. C'est un produit destiné essentiellement aux personnes âgées ou isolées et aux handicapés. En cas de nécessité, il est possible d'envoyer un médecin, une infirmière, une ambulance, un service public.

La maintenance automobile prend en charge les opérations d'entretien des véhicules neufs ou d'occasion, avec un service d'informations aux propriétaires de véhicules, prise de rendez-vous chez le concessionnaire, gestion de la facturation, et rapport au constructeur, à l'importateur ou au loueur automobile.

Les services bancaires proposent la prise en charge, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, des opérations d'opposition concernant les cartes bancaires ou les téléphones cellulaires (restitution de code, gestion des bases de données, information de la banque, gestion des appels en dehors des horaires de bureau). Ces services sont destinés aux émetteurs de cartes et aux opérateurs de téléphonie.

La réparation en nature des sinistres habitation commence à se développer en Europe. Là encore, l'assureur et l'assuré y trouveront leur compte. L'assuré, quel que soit le problème, n'a qu'un seul numéro de téléphone à composer, celui de sa société d'assistance et, en cas de dommage à son domicile, il lui suffit d'un appel pour qu'un réparateur lui soit envoyé sans avoir besoin de l'avis préalable d'un expert ni de faire l'avance du montant des travaux. L'assureur, quant à lui, sera intéressé par la réduction des frais qu'il prend en charge, notamment par la gestion d'un réseau

national d'artisans recrutés et contrôlés grâce aux volumes qui leur sont apportés.

Le *health managed care* constitue, depuis quelques années, une activité à part entière et un nouveau volet de services proposé aux sociétés clientes. Les coûts d'une médecine de plus en plus efficace, à laquelle a recours un nombre croissant de personnes, sont en progression rapide. Leur contrôle a été institué aux États-Unis il y a plusieurs années. La notion de « *managed care* » renvoie à toutes les formes de suivi et de contrôle des prestations de soins et de leur financement, dans le but d'optimiser leur qualité et d'en réduire le coût. Plus spécifiquement, le terme désigne les principaux opérateurs de cette approche et leurs outils d'intervention. Sa mise en œuvre repose sur un système d'information, une optimisation de la qualité des soins au meilleur coût, des procédures de financement spécifiques, le regroupement de la fonction d'assureur avec celle de prestataire, une rémunération des offreurs de soins détachée de leur volume d'activités et la mise en place de la fonction de *gate keeper* exercée par le médecin régulateur. La santé, première industrie au monde, fait partie des grands domaines où nous pouvons mettre à disposition notre savoir-faire, et proposer aux clients des assureurs santé l'évaluation médicale à distance, le triage des malades par l'utilisation d'un système expert reposant sur des algorithmes médicaux et l'orientation vers le spécialiste approprié, la gestion des frais médicaux au travers de filières de soins, le suivi de traitements lourds à domicile ou l'information sur les traitements, dans un double objectif de qualité et de contrôle des coûts.

Tous ces nouveaux concepts utilisent les structures et le *core-business* de la société d'assistance qui est un centre d'appels utilisant des systèmes experts et disposant de ressources humaines spécialisées (médecins, infirmières et téléopérateurs par exemple) qui s'appuient sur des réseaux de prestataires spécifiques à chaque produit et fournissent une prestation en nature.

Les tendances du marché de l'assistance

L'assistance est perçue comme un élément de service qui permet de différencier ou d'enrichir une offre, mais aussi, et de plus en plus, comme un outil de fidélisation, les opérateurs grand public cherchant à renforcer la relation avec leurs clients dans ce but.

Dans le même temps, on observe une forte augmentation des fréquences d'utilisation des services (doublement pour l'assistance automobile au cours des cinq dernières années). La maturité des marchés et le développement de l'utilisation de téléphones cellulaires en sont les causes principales. La concurrence joue sur plusieurs registres : celui de la tarification, celui de la qualité des services, ainsi que sur la capacité d'innovation.

Ayant eu depuis leur origine à s'intéresser au domaine médical, les sociétés d'assistance abordent le marché de la santé armés d'une expérience de la relation téléphonique avec les assurés, de la gestion de réseaux de soins d'urgence, du suivi à distance de l'évolution d'une maladie ou de dommages corporels liés à un accident, et du contrôle des coûts. C'est ainsi que les savoir-faire de l'assistance (gestion de *call-centers*, de réseaux de prestataires et de réparation directe) sont également utilisés dans la mise

en place d'opération de type « *customer relationship management* ».

La concentration des sociétés d'assistance se poursuit et reste liée pour l'essentiel au mouvement de regroupement des organismes d'assurances.

La globalisation de la demande se fait sentir particulièrement dans le domaine de l'assistance pour les constructeurs automobiles et pour les émetteurs de cartes de crédit qui souhaitent harmoniser leurs offres clients.

La politique de qualité

Les enquêtes de satisfaction systématiques sont réalisées auprès des principaux clients. Grâce à la mise en place de chartes ou de procédures qualité spécifiques, les processus de normalisation et de certification ISO 9000 ont pu être élaborés.

La diversification résultant de l'élargissement de la gamme de services assure une croissance et un dynamisme innovateur qui vient à l'appui des produits d'assistance traditionnelle.

L'internationalisation, enfin, permet d'exporter les expériences des pays matures vers les nouveaux marchés et de rester à l'écoute des besoins spécifiques de chaque pays.

LA COMPÉTENCE AU CŒUR DE L'ENTREPRISE

Hubert Strauss

*Directeur de la gestion des ressources humaines
d'AXA France Assurance*

L'auteur qui a conçu et développé un dispositif innovant de formation (Compétences 2001) explique sa vision de la compétence et propose une méthode pour accompagner la nécessaire évolution des compétences des collaborateurs.

Si la mondialisation de l'économie est presque devenue un lieu commun, ses effets n'ont pas fini d'influencer significativement et durablement la vie des entreprises. Sous les effets conjugués de la recherche du leadership mondial, de la création de valeurs et des nouvelles technologies, les entreprises vivent d'importantes mutations imposées par un environnement de plus en plus incertain, changeant et complexe.

Elles doivent en permanence s'adapter et se remettre en cause. Ces évolutions se répercutent sur l'organisation du travail, l'évolution professionnelle, le volume de l'emploi, le contenu des métiers et, d'une manière plus générale, nos modes de gestion des ressources humaines.

Dans un monde qui bouge sans cesse, de plus en plus vite, la seule manière pour une entreprise d'être durablement compétitive est de savoir identifier très tôt les occasions d'un développement rentable, d'acquérir les savoir-faire nécessaires pour s'adapter la première à la nouvelle donne. Cela suppose que les salariés et l'entreprise s'engagent dans une démarche de progrès afin de faire évoluer la compétence individuelle et collective.

Identifier les compétences

■ Définir la compétence

Bien qu'il existe de très nombreuses définitions de la compétence, variant d'un auteur à l'autre au gré des ambiguïtés du concept, j'en retiendrai deux.

La première est étymologique : « compétence » vient du latin *competere* qui peut se traduire par « rechercher à obtenir ensemble ». Cette définition induit clairement un résultat collectif.

La seconde a été donnée par le Medef dans les cahiers *Objectifs Compétences* : « La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, de savoir-faire et d'expériences s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre, en situation professionnelle, à partir de laquelle elle est observable, mesurable et validable. » Cette définition implique l'action individuelle du salarié qui est une valeur absolue, et la performance, qui est une valeur relative.

Sans prétendre clore le débat sur la définition de la compétence, j'ai tendance à penser que l'on

ne peut considérer comme « compétence » que ce qui peut à la fois « se nommer » et « se reconnaître » ou, en d'autres termes, « s'évaluer » et « se rétribuer » individuellement et collectivement au sein de l'équipe, de l'entreprise, voire de la nation.

■ Identifier les composantes

Il est très généralement admis que le concept de compétences recouvre deux domaines distincts.

◆ *Les compétences techniques et professionnelles*

Ce type de compétences allie les savoirs et les savoir-faire (théoriques, techniques et méthodologiques) liés à la réalisation de l'activité.

◆ *Les compétences relationnelles et comportementales*

Elles sont de toute évidence plus difficiles à cerner sur le plan conceptuel. La difficulté à les cerner, à les nommer et à les objectiver les rendent, *a priori*, plus difficilement acceptables par les partenaires sociaux.

La notion américaine de « *competency* », issue notamment des travaux de McBer, recouvre les caractéristiques individuelles sous-jacentes qui déterminent une performance efficace ou supérieure.

Ce domaine de compétences, intimement lié à l'homme, me semble faire référence aux trois niveaux de son cerveau :

- ses caractéristiques physiologiques (l'inné) : les sens, les réflexes... ;
- ses caractéristiques socio-éducatives (l'acquis) : les valeurs, les aspirations, l'image de soi... ;
- ses caractéristiques cognitives (l'appris).

Ce qui différencie l'acquis de l'appris est, à mon avis, l'horizon temporel nécessaire pour percevoir une évolution (de l'ordre de un à deux ans pour l'appris et de trois à cinq ans pour l'acquis) et les moyens pour y parvenir.

Dans la mesure où l'on admet que la compétence est à la fois individuelle et collective, je rajouterai personnellement une troisième composante.

◆ *Les compétences managériales*

Ce domaine de compétences recouvre à la fois la capacité de l'organisation et du management à intégrer et à mettre en œuvre, l'éthique, la philosophie et le style de management de l'entreprise qui relève du domaine de l'appris et la capacité des managers à faire travailler ensemble des collaborateurs, à les entraîner et à les motiver en vue d'un objectif prédéterminé qui relève plus de l'inné et de l'acquis.

■ Resituer la compétence de manière cohérente dans des contextes différents

◆ *Contexte stratégique*

La compétence est indissociable de la stratégie de l'entreprise. Dans les années 80, les hommes des ressources humaines, las de mettre en œuvre des plans sociaux à répétition ont été parmi les premiers à se préoccuper des compétences en développant, sous l'égide d'éminents organismes, le concept de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC).

Les outils employés dans le cadre de cette démarche n'ont pas résisté à l'épreuve des faits, faute d'avoir suffisamment intégré les préoccupations de l'entreprise et de ses dirigeants.

Serge de Witt, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers, considère « qu'avant même d'être une préoccupation humaniste de responsables de ressources humaines, la question des compétences est un problème de stratégie et d'organisation ; elle devrait être traitée au niveau d'une direction générale ».

C'est ce que font de plus en plus d'entreprises, la principale difficulté résidant, à mon sens, dans l'organisation de la perception claire par le corps social d'un continuum entre la stratégie, la structure et l'organisation du travail et la politique ressources humaines.

◆ *Contexte organisationnel*

La compétence est indissociable de l'organisation. « La logique compétence, en donnant plus de

sens au travail réalisé, en impliquant chacun davantage dans le travail qu'il effectue, en sollicitant l'initiative, la créativité et l'autonomie, s'appuie sur une conception totalement opposée au modèle taylorien de division du travail et de simplification des tâches », note Serge de Witt.

Par ailleurs, Yves Lichtenberger, cité par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions du travail souligne que « la compétence met en jeu non seulement les savoirs mais aussi les pouvoirs du salarié, c'est-à-dire les moyens qui lui sont donnés pour réaliser son travail ».

Nos modes d'organisation doivent donc être capables à la fois d'induire une évolution des compétences et de s'adapter à l'évolution des compétences des collaborateurs et des équipes. Nos mentalités vont avoir du mal à s'adapter à cette nouvelle logique qui tient sa force du partage de l'information et non de sa rétention.

◆ Contexte ressources humaines

La compétence est indissociable d'une politique RH globale. La logique de compétence, en influençant significativement la contribution des hommes et des équipes conduit nécessairement à une évolution non moins significative des modes de rétribution et de reconnaissance. Elle impose une cohérence d'ensemble.

Cette mise en cohérence individuelle et collective implique, me semble-t-il, d'appréhender les quatre facteurs clefs de l'adéquation individu/poste au travers d'une même méthode, à savoir :

- caractériser les exigences du métier exercé (ou du poste occupé) et les compétences nécessaires au métier d'aujourd'hui et de demain ;
- identifier les compétences maîtrisées par le collaborateur aujourd'hui et demain ;
- comparer les exigences du métier avec les compétences mises en œuvre par le salarié et mesurer l'écart au travers de la démarche d'évaluation des compétences déployées et d'appréciation de la performance individuelle ;
- mettre en place les moyens nécessaires pour combler l'écart par une démarche pédagogique adaptée.

Mettre en œuvre les compétences

■ L'entreprise apprenante

Né aux États-Unis au début des années 90, le concept d'entreprise apprenante ou *learning organization* entend répondre à un monde incertain, changeant et complexe par une démarche individuelle et collective de progrès. Depuis cette date, de nombreuses organisations en Europe se sont à leur tour préoccupées du management de la compétence.

Selon Manfred Mark, conseiller du CNPF pour la Commission progrès des entreprises (1997), l'entreprise devient apprenante dans la mesure où elle accroît, simultanément, sa capacité à diffuser et à formaliser le savoir.

Si le développement de l'Internet, des nouvelles technologies de l'information et leurs applications à l'entreprise, *via* les Intranets (réseaux privés internes) et les Extranets (réseaux privés externes), a considérablement augmenté, la capacité des entreprises à diffuser de l'information, leur capacité à formaliser le savoir et son partage n'a que peu évolué. Aujourd'hui, toutes les entreprises possèdent leur site WEB, demain toutes leurs directions auront leur Intranet.

En m'appuyant sur l'expérience d'AXA Courtage qui a installé un dispositif innovant d'accompagnement de l'évolution des compétences de ses collaborateurs, fondé sur une formalisation et une diffusion des compétences, je voudrais dégager quelques points essentiels de la mise en œuvre des compétences dans l'entreprise.

■ Définir une méthode et formaliser les compétences

Le choix de la méthode d'appréhension des compétences me paraît fondamental pour garantir d'une part la pertinence de la démarche au regard de la stratégie de l'entreprise et de son organisation

et, d'autre part, la cohérence avec les quatre facteurs clefs de l'adéquation homme/métier.

Par ailleurs, la formalisation des compétences dans des référentiels métiers doit rester opérationnelle pour être comprise de tous, exploitée par tous et facilement réactualisable. Le choix de la maille d'analyse est à ce titre déterminant. Une maille d'analyse trop grosse, généralement utilisée par la GPEC, ne sera pas suffisamment discriminante et la démarche perdra en efficacité. Une maille d'analyse trop fine, employée habituellement en formation, aboutira au repérage d'un nombre trop important

de compétences et la démarche perdra en lisibilité.

La méthode des unités de compétences capitalisables développée par AXA Courtage pour les compétences techniques et professionnelles semble adaptée à cette double problématique. Elle consiste à identifier les compétences critiques et à les hiérarchiser de manière à spécifier la complexité, la profondeur du champ et le degré de maîtrise.

Au sein d'AXA Courtage, les compétences techniques et professionnelles sont repérées dans une matrice comprenant sept compétences et cinq niveaux d'exigences.

Niveaux d'exigence								
5								
4								
3								
2								
1								
		1	2	3	4	5	6	7

Compétence

Dans le cadre du dispositif Compétences 2001, à chaque unité de compétence correspondent trois fonctionnalités :

- une description opérationnelle de ce que recouvre l'unité de compétence en termes d'activités ;
- un diagnostic d'autopositionnement grâce auquel les collaborateurs peuvent prendre conscience, au travers d'une quarantaine de questions, de ce qu'ils maîtrisent et de le mettre en relation avec ce qu'ils devraient maîtriser ;
- un ensemble de services en ligne permettant aux collaborateurs de combler l'écart éventuel (documentation contextualisée, didacticiels, réseau de sachants, stages de formation pédagogiques).

Exploitée pour les compétences techniques et professionnelles au sein d'AXA Courtage, cette approche, à l'exception des services en ligne, s'est révélée également pertinente en ce qui concerne les compétences relationnelles et comportementales des métiers de la fonction commerciale et les compétences managériales.

L'évolution des compétences relationnelles et comportementales relève *a priori* de démarches pédagogiques différentes dans leur mode d'acquisition et dans la durée, telles que le *coaching* et la

mise en situation professionnelle.

La formalisation et la hiérarchisation des comportements professionnels observables induit, comme pour les compétences techniques et professionnelles, une prise de conscience génératrice d'une mise en mouvement et d'une responsabilisation du collaborateur.

Le recours à des entretiens d'appréciation construits selon cette méthode permet au collaborateur et au manager de partager une vision commune du pourquoi de la performance dans le cadre d'une coappréciation plus que d'un jugement et modifie ainsi, au cœur même de l'entreprise, la relation de travail.

Enfin, une homothétie parfaite entre formation et appréciation des performances assure le manager de pouvoir vérifier la mise en œuvre, en situation de travail, des compétences acquises et de les reconnaître.

Dans ces conditions, la compétence peut alors se nommer et se reconnaître, s'évaluer et se rémunérer. C'est fondamental pour que cette démarche de progrès bénéficie à l'entreprise et à ses collaborateurs et que la logique de compétence rime avec la logique du gagnant/gagnant.

UNE PROFESSION ENGAGÉE DANS LA GESTION DE SES MUTATIONS

Jacques Monier

Délégué général adjoint, directeur des affaires sociales de la FFSA

Au-delà de l'interrogation sur l'apparition réelle de nouveaux métiers et de nouvelles compétences, la résurgence ou l'émergence actuelles de ces concepts s'inscrivent dans une problématique de profond changement. Elles constituent la voie de passage d'une logique de production à une logique de service qu'impose la pression concurrentielle et que rend possible l'évolution technologique. Dans une organisation du travail centrée sur le client, les conséquences qui en découlent peuvent être considérables et invitent à donner une première place aux investissements dans le capital humain.

Une première question simple me vient à l'esprit : ne conviendrait-il pas d'ajouter deux points d'interrogation au titre de ce dossier, le premier après « métiers », le second après « compétences » ? En d'autres termes, l'assurance développe-t-elle aujourd'hui de nouveaux métiers ? Suscite-t-elle un besoin de compétences nouvelles ? Ou, encore, nos métiers se transforment-ils de telle sorte qu'ils appellent de nouvelles compétences ? Ne pourrait-on plutôt dire que l'émergence de compétences qualifiées, à tort ou à raison, de « nouvelles », en transforme l'exercice ? Autant de questions qui méritent d'être posées et approfondies, en prenant quelque recul sur les concepts en vogue.

Mais, en amont de ce questionnement, qu'entend-on par « métiers » ? Qui saura fournir, en quelques minutes, une définition du terme de « compétences » ? Pour la plupart d'entre nous, un assez dense brouillard sémantique entoure en fait ces concepts, brouillard qui semble d'ailleurs ne pas être totalement dissipé pour les sociologues du

travail eux-mêmes. En revanche, la répétition du mot « nouvelles » affirme avec force la présence d'un contexte de changement, terme qui fait peur et attire à la fois. Qu'allons-nous en effet trouver derrière le miroir ?

Ma modeste ambition, ici, sera d'essayer de montrer comment la résurgence ou l'émergence des concepts associés de métiers et de compétences traduisent une volonté de gestion intelligente du changement sous l'angle de l'organisation du travail. Car cette problématique transcende, à mon avis, la question de savoir s'il y a ou non de nouveaux métiers faisant appel ou non à de nouvelles compétences.

Elle sera aussi d'exposer comment, au niveau de notre branche d'activité, l'organisation professionnelle s'efforce de contribuer à cette évolution.

Il appartiendra aux auteurs des autres articles de ce numéro de nous faire partager, grâce à leur expérience de terrain, leur vision plus directement opérationnelle sur les évolutions qu'ils constatent ou qu'ils encouragent.

Changement de logique

Commençons par quelques définitions. Les « bons auteurs » d'aujourd'hui nous disent que par métiers, il faut entendre « l'ensemble des activités professionnelles qui concourent à la production d'un bien ou d'un service et regroupées selon des caractéristiques communes ». Quant aux compétences, ce seraient les « combinaisons multiples de savoirs, savoir-faire et savoir-être acquis par une personne qui aboutissent à l'exécution optimale d'une activité professionnelle donnée ».

Au moment où j'écris ces lignes, AXA vient d'engager une réflexion stratégique fondée sur une logique « clients ». Cette initiative me paraît traduire les conséquences convergentes d'un certain nombre d'évolutions très fortes. L'une des principales est l'accroissement de la pression concurrentielle dans un marché marqué, dès à présent, par les phénomènes de concentration auxquels nous assistons et, à moyen terme – les concentrations étant destinées au moins en partie à l'anticiper –, par la logique économique de la monnaie unique.

Par ailleurs, la révolution technologique, en fournissant au client d'innombrables outils d'information et de communication, rend impérieuse la nécessité de chercher à le fidéliser par la qualité de la relation et l'efficacité du service. De même, en automatisant une part croissante des processus de traitement (émission des contrats, règlement des sinistres...) et en développant les systèmes dits « experts », elle aboutit – peut-être paradoxalement – à organiser des situations de travail où il est fait de plus en plus appel à l'intelligence des acteurs, c'est-à-dire à leur capacité de porter un diagnostic sur une situation pour en tirer les décisions appropriées à leur propre niveau.

En quoi ces évolutions nous conduisent-elles d'une logique de production à une logique de service ?

Dans la logique de production inspirée par les organisations de type industriel (modèle dit « taylorien » ou « fordiste »), la mesure de la performance du travail est essentiellement fondée sur le nombre de contrats vendus, de polices émises, de sinistres réglés... dans un temps donné. L'organisation du travail s'attache à obtenir par la division des tâches la plus grande efficacité possible dans chacun des registres d'activité où celle-ci est isolément quantifiable. Les résultats s'apprécient en nombre de mots/minute, de dossiers « ouverts » ou de dossiers « réglés ».

Il existe autant de sous-ensembles d'activités qu'il est possible d'en concevoir autour d'une même qualification de base. Très segmentée et hiérarchisée (chaque sous-ensemble appelant sa conduite par un « chef »), l'organisation du travail est lente en termes de prises de décisions et d'exécution de celles-ci, assez peu réactive et donc peu adaptable. Elle est, sans en avoir conscience elle-même, peu soucieuse des attentes et préoccupations du consommateur final dont la très grande majorité des maillons de la chaîne – je parle ici des traitements dits « de masse » – n'a qu'une perception abstraite ou en tout cas très distanciée.

Il n'est pas surprenant que, dans ce type de fonctionnement, le critère déterminant dans l'échelle des valeurs professionnelles soit la durée de la formation jugée nécessaire pour « exécuter » les tâches confiées. L'outil de mesure de la valeur du travail est d'ailleurs, très logiquement, le temps consacré à l'exercice de l'activité sur le lieu de travail, au poste de travail.

Face, notamment, aux évolutions fortes mentionnées plus haut, d'autres types d'organisation se font jour. La pression concurrentielle les impose et la technologie les rend possibles. La résurgence du concept de métier et l'émergence de celui de compétences sont la formalisation, me semble-t-il, de modes d'organisation du travail et d'expression de ses finalités qui viennent peu à peu repousser le modèle taylorien.

L'accent mis sur le mot « métier » répond au besoin de revenir aux situations concrètes d'exercice des activités professionnelles, de les appréhender

dans leur réalité vécue au-delà des contenus théoriques « décrits » ou « prescrits » (pour reprendre les termes des sociologues de l'organisation), souvent réducteurs du rôle de l'« exécutant ».

Dans cette démarche, la nouveauté du métier est parfois réelle. Le plus souvent, il s'agira d'une nouvelle manière de le concevoir, d'en organiser l'exercice autour de sa finalité ultime, de façon à le valoriser. Tant il est vrai que le mot même est culturellement chargé du contenu affectif du « bien faire son métier », du souvenir des corps de métiers. Ce même mouvement d'idées se retrouve dans l'usage accru aujourd'hui des concepts d'apprenti, de maître d'apprentissage, de compagnonnage... qui, à tort ou à raison, servent de véhicules à la recherche de la qualité du travail.

Quant à l'émergence du thème des compétences, elle traduit incontestablement, face à la compétition accrue dans la relation au client, la nécessité, à tous les niveaux, d'intégrer les besoins de celui-ci dans les modes opératoires. Il est clair qu'avec l'automatisation, dont nous ne percevons pour l'instant que les prémices, le travail de pure exécution tend à disparaître.

Ainsi, le travail humain se concentre progressivement sur les activités qui, sans demander obligatoirement une forte technicité, comportent une part de résolution de problèmes et de décision faisant appel à l'initiative. La mobilisation des compétences au niveau de l'individu traduit, dans les activités de services notamment, le besoin, plus largement reconnu aujourd'hui, de « faire de l'initiative et de la créativité des salariés une source de performance(s), y compris dans les activités d'exécution¹ ».

Cette approche de formes d'organisation du travail appuyées sur la mobilisation optimale des « savoirs, savoir-faire et savoir-être » des salariés plutôt que sur la division du travail en tâches élémentaires n'est naturellement pas nouvelle. Centrée sur la personne ou sur le groupe (l'équipe de travail), elle a donné lieu, dans le passé, à des expérimentations restées le plus souvent modestes ou sans lendemain, quand il ne s'agissait pas de sacrifier à des

modes rapidement imputées à un idéalisme rêveur (équipes polyvalentes, cercles de qualité...).

Bien entendu, il est possible de soutenir la thèse inverse, c'est-à-dire celle selon laquelle l'automatisation des processus de travail aboutit à des formes de déqualification. Ceux qui portent ce jugement s'attachent à montrer, par exemple, que le poste de travail du téléacteur incorpore désormais des tâches primaires qui, dans les formes antérieures d'organisation, étaient dévolues à des employés moins qualifiés.

Ce débat me paraît assez vain. L'important n'est-il pas que, grâce aux nouvelles technologies, ce même opérateur puisse désormais gérer toutes les facettes de sa relation plus directe avec l'intermédiaire ou le client ?

C'est pourquoi l'association des concepts de métiers et de compétences est à mon avis essentielle dans cette démarche : le concept de métier invite à resituer les éléments réels, vécus, concrets, de la situation de travail et celui de compétences à identifier l'ensemble des connaissances, aptitudes et savoir-faire qu'appelle, chez l'opérateur, pour les mobiliser ensemble, l'accomplissement de la mission qui lui est confiée.

Au total, mais peut-être suis-je trop optimiste, cette démarche donne la priorité aux capacités individuelles et collectives d'intelligence des situations. En quelque sorte, elle donne la priorité à « l'homme au travail » sur « le travail de l'homme ». Elle a, me semble-t-il, des conséquences importantes sur les politiques de recrutement, de gestion des carrières, de formation et de gestion du temps.

La contribution de l'organisation professionnelle

Il faut revenir à la fin des années 80 quand s'ouvrent la réflexion, puis la négociation sur la nouvelle convention collective nationale du travail. Les présidents et directeurs généraux

souhaitent trouver, dans la modernisation du dispositif professionnel de relations de travail, l'atténuation des rigidités salariales héritées des conventions des années 50. Les directeurs des ressources humaines, quant à eux, ont conscience que le système de classification représente un élément crucial du débat.

En effet, comme cela a été déjà été exposé dans cette revue², la classification n'est pas seulement le support du système de rémunérations minimales, elle est aussi, fondamentalement, l'expression d'un système de valeurs professionnelles.

Je me bornerai à rappeler ici que le nouveau système de classification, introduit dans la convention collective du 27 mai 1992, fait délibérément le choix de substituer une multiplicité de critères à un critère presque unique, celui de la durée de la formation nécessaire pour exercer une activité. Qu'y trouvons-nous, sinon des valeurs professionnelles qui font l'interface entre les exigences des métiers à exercer et les compétences à mobiliser chez les salariés ? Ce sont :

- l'autonomie, définie comme « la plus ou moins grande liberté d'action accordée dans l'exercice de la fonction pour en définir les objectifs, les atteindre et en contrôler la réalisation... ». Il est précisé aussi que « le concept d'autonomie intègre également le fait que la fonction considérée comporte la nécessité plus ou moins fréquente d'avoir à prendre très rapidement des décisions ou faire des choix répondant à des situations imprévisibles et appelant une solution d'urgence » ;
- la conception/résolution de problèmes, critère qui « fait référence à la mise en œuvre, dans toute fonction, des démarches de réflexion nécessaires pour comprendre son environnement, traiter et interpréter les informations disponibles, anticiper, le cas échéant, voire innover, afin d'apporter les solutions appropriées à la réalisation des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs » ;
- la dimension relationnelle, autre critère qui « concerne les différents types de situations rela-

tionnelles, notamment hiérarchiques et commerciales... [qui] s'exercent avec des interlocuteurs de proximités différentes, de niveaux différents, de natures différentes... [et] correspondent à des finalités distinctes : communiquer, former, coopérer, négocier et convaincre, juger » ;

– la contribution où il s'agit « d'apprécier l'influence de la fonction sur la marche, les résultats et l'image de l'entreprise ». Ce critère doit permettre de prendre en compte « la portée plus ou moins large et plus ou moins durable des propositions, décisions et actions impliquées par la fonction ».

Bien entendu, dans cette panoplie, le critère de formation-expérience n'est pas oublié. Il « s'apprécie à partir de l'étendue et/ou du niveau des connaissances requises, qualifications et savoir-faire nécessaires... [qui] peuvent être acquis soit dans le cadre du système éducatif, soit par des actions de formation continue, soit par la pratique professionnelle ».

On voit bien que l'un des objectifs de cette nouvelle classification est de véhiculer, pour les reconnaître publiquement en tant que telles et les faire si possible essaimer, des valeurs professionnelles qui, pour beaucoup d'entre elles, ne faisaient pas vraiment partie de la culture de la profession.

Sachant que son application imposait aux entreprises de décrire toutes les fonctions, c'est-à-dire, en pratique, tous les métiers exercés dans l'entreprise, pour pouvoir les passer au crible de ces critères, nous amorçons ainsi la piste de la détection des compétences, techniques mais aussi comportementales, attendues d'une personne dans l'exercice de son métier.

La conception et la mise en œuvre de cette classification ont donc constitué, au début des années 90, un outil d'accompagnement, voire de conduite, de changements culturels importants. Cet outil a contribué à préparer le terrain.

Un second volet de l'action professionnelle à souligner ici est la création de l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance prévu par la Convention collective de 1992, destiné à mettre à

la disposition de la profession un ensemble d'outils d'information et de réflexion axé sur les métiers. À ce titre, il assume la gestion et l'exploitation d'une base de données sociales unique en son genre puisqu'elle permet d'analyser les caractéristiques individuelles d'une population de près de 110 000 salariés à l'aide, notamment, d'une typologie en 16 familles et 18 sous-familles de métiers élaborée à cette fin.

Bien entendu, cette typologie devra au fil du temps être adaptée aux évolutions constatées dans les organisations. Elle est aussi appelée à jouer un rôle dans l'appréciation de ces évolutions. Elle est naturellement centrée sur une approche « métiers » et ne doit être en rien confondue, comme on est parfois tenté de le faire, avec un système de classification au sens où ce mot est utilisé dans les conventions collectives.

Outil de travail exceptionnel dont la base de données est désormais accessible directement dans les entreprises grâce à un réseau sécurisé Extranet baptisé Radamess. Elle a permis, par exemple, une première analyse de la situation démographique par familles de métiers de la population des salariés des sociétés d'assurances dans une recherche sur la problématique vieillissement/renouvellement de cette population.

Par ailleurs, l'Observatoire élabore, chaque année, en s'appuyant sur le concours de professionnels concernés, des études monographiques sur les caractéristiques et les évolutions en cours de certains métiers.

Ont déjà été publiées des études concernant : les téléacteurs, les inspecteurs régleurs, les métiers de la santé, ceux de la formation, et du secrétariat-assistanat. Le programme de travail de l'année 1999 est consacré aux métiers de l'actuariat et des études statistiques ainsi qu'à ceux de la souscription des grands risques d'entreprises, des PME et des collectivités (parution au 1er semestre 2000).

Enfin, l'Observatoire de l'évolution des métiers constitue pour la profession un centre de réflexion

sur les implications possibles pour les métiers et les compétences de scénarios macro-économiques d'évolution de l'assurance à moyen terme, avec l'ambition de bâtir des outils permanents de veille prospective. Il est trop tôt aujourd'hui pour aller au-delà dans l'information sur le chantier en cours à ce sujet.

La troisième dimension de l'action menée au niveau professionnel est constituée par le travail conduit sous l'impulsion de la FFSA en matière, précisément, de gestion par les compétences. Engagée en 1997 dans le cadre de la préparation des Journées de Deauville organisées par le Medef, cette démarche a consisté tout d'abord en une réflexion, au sein d'un groupe de travail constitué de professionnels des ressources humaines, sur les fondements et les enjeux de cette gestion par les compétences.

Cette réflexion visait à valider, à partir de l'expérience concrète, l'idée, somme toute peu originale, mais aussi trop peu traduite dans le concret, que « le premier capital de l'entreprise sera de moins en moins ses machines ou ses procédures, mais ses hommes et leurs capacités, individuellement et collectivement, à faire évoluer l'organisation et à mieux satisfaire les clients ». L'objectif étant « d'inventer de nouveaux modes de gestion fondés sur le développement et la mobilisation des compétences ».

Le groupe de travail a ensuite réalisé une enquête au printemps 1998, puis organisé à la FFSA, en juin de la même année, une réunion d'information et d'échanges qui a réuni plus de cent professionnels des ressources humaines de l'assurance. Cette réunion, qui présentait les réflexions du groupe et un état des lieux quant au développement des pratiques axées sur la gestion des compétences au sein de la profession, a également permis de publier les résultats de l'enquête effectuée auprès des entreprises sur l'état actuel de ces pratiques et sur leurs attentes en la matière à l'égard de leur organisation professionnelle.

Parmi ces attentes, figure majoritairement la mise à disposition des entreprises d'un guide méthodologique. Ce guide, prochainement disponible, visera à fournir aux entreprises :

- l'analyse des étapes à respecter dans la mise en œuvre d'une démarche de gestion des compétences ;
- des conseils pratiques pour la mener à bien ;
- la méthodologie d'établissement des différents outils nécessaires.

Telles sont, à ce jour, les actions conduites pour accompagner au niveau professionnel ce qui, tout au moins en ce qui concerne les traitements dits « de masse », constituera vraisemblablement, dans les années à venir, une lame de fond dans la réforme de l'organisation du travail.

Il est possible qu'elle balaie largement nombre de concepts qui ont prévalu dans le développement de la société industrielle et que nos organisations ont seulement transposé à leur niveau, y compris pendant les premières décennies de la révolution informatique.

Ma conviction personnelle est que cette évolution peut et devrait se faire en redonnant, à tous les niveaux, la première place dans les entreprises aux investissements dans le capital humain.

Notes

1. Lichtenberger, Y., « Compétence, organisation du travail et confrontation sociale », *Formation-Emploi*, n° 67, numéro spécial, juillet-septembre 1999.

2. *Risques*, n° 14, avril-juin 1993.

3. *Extrait des travaux préparatoires aux Journées de Deauville.*

NOUVEAU MÉTIER : LE TÉLÉACTEUR

Gérard Lobjeois

Secrétaire général de l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance

Quels sont les facteurs susceptibles de faire évoluer les métiers de l'assurance ? Quelles sont les conséquences à prévoir en termes de qualifications et de besoins de formations ? Comment améliorer la connaissance et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ? L'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance a pour mission d'éclairer la profession sur ces différentes questions. L'analyse de l'émergence des plateformes téléphoniques et des téléacteurs est un exemple qui illustre la transformation de la notion de métiers et de professionnalisme dans un secteur confronté aux lois de la concurrence, aux nouvelles technologies de l'information et, demain, à l'euro.

Créé en 1996 sous l'égide de la Fédération française des sociétés d'assurances et du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances, l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance est une structure permanente de veille sociale qui conçoit et met en œuvre des outils (indicateurs, enquêtes, groupes de travail) permettant le suivi et l'anticipation de l'évolution économique et sociale de la profession. Ses travaux sont à la disposition des sociétés et mutuelles d'assurances, des organismes d'employeurs et de salariés du secteur, ainsi que des organismes professionnels liés à l'emploi, à la formation et à l'enseignement.

Chaque année, l'Observatoire conduit des études portant sur des métiers en évolution, qu'il s'agisse de métiers en voie de disparition, en transformation ou en émergence. L'étude qui a été menée sur les téléacteurs s'inscrit dans une logique de développement.

L'émergence de la téléactivité

Le mode distinctif d'activité des téléacteurs constitue ce que l'on peut sensément nommer la téléactivité. Sa particularité réside dans l'établissement d'une relation à distance (télé-) avec des interlocuteurs (client externe ou interne à l'entreprise) en recourant à des outils télématiques tels que le couplage du téléphone et de l'ordinateur. Ce couplage permet un traitement immédiat de l'information, donc sans intermédiaire, et en temps réel, c'est-à-dire en temps nécessaire à l'aboutissement de la procédure automatisée. Il permet également l'enclenchement de procédures connexes telles que l'émission de courrier, l'envoi d'ordres, les paiements... ou bien encore, dans certaines industries, la gestion des stocks. La prestation de service, de quelque ordre qu'elle soit, devient ainsi synonyme à la fois de rapidité, marque de la qualité du service pour le client ou l'utilisateur, et de gain de productivité, en gommant le travail intermédiaire, pour le prestataire.

La téléactivité est un mode d'activité déjà relativement ancien dans certains secteurs tels que la vente par correspondance avec la commande sur catalogue, les transports avec la réservation en direct ou l'assistance avec l'organisation de la prise en charge à distance. Elle s'est aussi largement développée avec les campagnes de marketing direct dans l'ensemble des secteurs d'activités. Depuis plusieurs années, se sont créées des sociétés spécialisées en télémarketing organisant, en sous-traitance, des campagnes de promotion-vente auprès de prospects. L'émergence de la téléactivité est plus récente dans les secteurs financiers, les banques et les assurances. En ce qui concerne ces dernières, la partie la plus visible correspond au mode de vente directe, à l'assurance sans guichet. Cependant, cette organisation du travail ne concerne les entreprises qui se créent directement sous cette forme de distribution, mais plus largement à terme, toutes les entreprises dans le cadre de la réflexion sur l'organisation et la diversification des réseaux de distribution.

Les plates-formes téléphoniques

Le travail des téléacteurs est organisé en plate-forme ou en plateau, termes semble-t-il employés indifféremment par les professionnels du domaine. Plusieurs plateaux peuvent travailler simultanément d'une manière polyvalente sur des traitements, des produits ou des services. Les plates-formes téléphoniques mises en place dans les entreprises d'assurances ont des vocations diverses :

- l'accueil et le renseignement de la clientèle ;
- l'assistance et le conseil à la souscription ou au renouvellement des contrats ;
- la gestion des sinistres ;
- la prise en charge totale de la relation clients

(souscription, production et transformation des contrats, gestion des sinistres).

La création d'une plate-forme téléphonique peut se faire *ex nihilo* en concomitance avec la constitution même de l'entreprise ou bien s'intégrer dans des structures existantes. Dans une même entreprise, différents plateaux peuvent être créés simultanément ou successivement en relation avec le développement de ses activités et du mode d'organisation qu'elle se choisit.

La structure organisationnelle de l'entreprise

Au cours de la dernière décennie, sous l'effet de la concurrence et de l'ouverture du marché, certaines entreprises d'assurances, en particulier étrangères, ont cherché à se développer sur le marché français, sans avoir forcément les moyens d'investir dans la constitution de réseaux de distribution traditionnels faisant appel à des agents ou à des courtiers. Elles n'ont pas envisagé non plus d'investir, comme l'ont fait un certain nombre de mutuelles, dans la constitution de réseaux de bureaux employant des salariés, c'est-à-dire de points d'accueil pour leurs sociétaires. Recherchant un moindre coût, elles ont alors emprunté le mode de vente directe par téléphone, mode de vente nouveau en France mais qui rencontre un grand succès outre-Atlantique et chez nos voisins européens, en Angleterre comme en Allemagne. Ce mode de distribution n'est pas réservé aux seuls nouveaux opérateurs et des entreprises traditionnelles ont cherché, par là, une diversification à travers des modes de distribution différents permettant d'assurer une meilleure couverture du marché.

Les facteurs d'évolution des téléacteurs

La partie la plus visible des dispositifs de plates-formes téléphoniques correspond au mode de vente directe de l'assurance. Ce mode de distribution connaît un fort développement en Angleterre avec la société Direct Line, qui est devenue en quelques années un des principaux opérateurs en assurances de dommages des particuliers, tout particulièrement en assurance automobile. À partir des divers témoignages qu'il a pu recueillir, le groupe de travail constitué par l'Observatoire s'est montré réservé quant au développement que pourrait connaître la vente directe en France dans les dix prochaines années. Les entreprises de vente directe implantées en France, comme leurs homologues au niveau bancaire, ne devraient pas connaître une progression importante, semble-t-il, ni en termes d'activité commerciale ni en matière de rentabilité.

En revanche, les plates-formes téléphoniques seront très vraisemblablement amenées à se généraliser au sein des sociétés d'assurances classiques, compagnies à réseaux et mutuelles sans intermédiaire. C'est au travers de la maîtrise de ces dispositifs que ces entreprises pourront ou non relever le défi de la concurrence des autres modes de distribution.

Cependant, pour l'ensemble des compagnies d'assurances, l'impact que pourra avoir la généralisation du multimédia est à prendre en compte. Les entreprises ne manqueront pas d'investir dans l'utilisation des réseaux Internet, Intranet et autres qui iront en se développant, de même que se poursuivra l'automatisation toujours plus poussée des tâches à l'aide des moyens informatiques : courrier électronique, numérisation, transmission des images, etc. Dans le contexte du commerce électronique, certains emplois de téléacteurs deviennent

ainsi superflus. Le client naviguera dans une galerie d'assurances sur Internet. Seul subsistera un service SVP (plate-forme de renseignement, de conseil) permettant l'accès à une information plus adaptée. Cette perspective d'évolution devrait avoir un impact moindre sur les activités d'après-vente.

L'environnement multimédia – et Internet en particulier – n'entraînera-t-il pas des modifications dans les habitudes et les comportements des clients ? L'actuelle attitude réservée des Français vis-à-vis de la vente directe demeurera-t-elle la même ?

Enfin, qu'en sera-t-il des frontières déjà floues entre les secteurs d'activités classiques, l'assurance, la banque et l'assistance ? L'« assurassistance », prestation en nature et en temps réel et non plus seulement prestation financière et différée, ne va-t-elle pas s'ajouter progressivement à la « bancassurance » ? L'état d'esprit de service, de réactivité à la demande du client, qu'implique la « téléprestation » ne va-t-il pas contaminer ou irriguer progressivement l'ensemble de l'organisation des entreprises d'assurances ? Autant d'interrogations portant à la réflexion.

Quoi qu'il en soit, il est indubitable que les dispositifs en plates-formes téléphoniques vont se développer dans un proche avenir. Mais la question qui se pose est celle de savoir quels seront leurs missions et leurs modes d'organisation.

Il n'existe pas d'organisation type des plates-formes. Elles sont inachevées au sens où elles sont en évolution permanente. Mais cela ne constitue-t-il pas l'avantage même de cette forme d'organisation du travail ? Les téléacteurs ont des profils quasi similaires et des modes opératoires communs mais qui s'exercent dans des situations différentes selon la nature de l'emploi d'accueil ou de gestion. La réaffectation relativement aisée du personnel permet une très grande souplesse dans l'attribution des missions aux différentes plates-formes en fonction du développement de l'activité de l'entreprise. Sur une même plate-forme, le passage d'une activité monoproduit à une activité multiproduits se

trouve ainsi facilité. Le transfert du personnel d'une plate-forme souscription-production, une fois les objectifs commerciaux atteints, vers une plate-forme de gestion des contrats (transformation, modification des garanties) et/ou des sinistres est relativement aisé. N'est-ce pas ainsi que ce mode d'organisation du travail aura de fortes chances de perdurer, mais sous des formes qui justement évolueront en permanence ?

C'est en mettant en évidence la souplesse intrinsèque de ce mode d'organisation que l'on peut semble-t-il répondre à la question que se posait le groupe de travail, sur la pérennité des plates-formes téléphoniques, à savoir : « Les plates-formes téléphoniques sont des organisations et des méthodes de travail induites par le marché, les clients. Qu'en sera-t-il du retournement de tendance du marché ? Les clients sont « volatiles » et porteurs de contradictions. Est-ce le prélude à de nouveaux modes de réponse ? » Pourquoi ne pas répondre : sans nul doute. Les plates-formes téléphoniques ne sont qu'une forme parmi d'autres de l'organisation du travail et, bien évidemment, comme toujours, une forme inachevée. Elles prennent place dans le mouvement de diversification des canaux de distribution et de communication, selon la volonté engagée par les entreprises d'une maîtrise optimum du coût d'intermédiation.

Le travail sur plate-forme téléphonique est-il le présage du télétravail ? Le téléacteur établit, avec ses interlocuteurs, une relation à distance, à l'aide d'outils télématiques. Le télétravail consiste en une activité exercée à distance, à l'aide des mêmes outils, mais hors des locaux de l'entreprise. Très peu développé en France, si ce n'est de manière expérimentale ou dans des cas très ponctuels, à l'inverse de certains de nos voisins européens, notamment les Scandinaves, le télétravail n'a pas constitué une piste de réflexion pour les groupes de travail. Cependant, la question est à poser, ne serait-ce que parce que cette perspective a été évoquée et argumentée lors des entretiens très ouverts menés

auprès d'un certain nombre de représentants d'entreprises utilisant la téléactivité. Pour un représentant du secteur de l'assistance où les téléacteurs existent depuis vingt ans, la question prospective à prendre en compte par un observatoire des métiers est celle du télétravail : « Dans l'assistance où la maîtrise des coûts est une préoccupation fondamentale, le téléacteur qui reste chez lui est une perspective intéressante. » Le télétravail permettrait d'économiser des mètres carrés de surface de bureaux, de « brancher » des téléacteurs supplémentaires quand le besoin s'en ferait sentir sans avoir à recruter du personnel temporaire.

Les avantages incontestables du télétravail sont bien connus. Les zones diversifiées ou à fiscalité réduite du territoire français pourraient être mises à profit pour accueillir les entreprises dont les activités ne nécessitent pas d'être situées au centre des grandes métropoles. Le télétravail peut également apporter une amélioration des conditions de vie de certains salariés en permettant le rapprochement des familles. Il comporte toutefois des inconvénients liés à l'organisation de la vie privée et de la vie professionnelle dans un même espace, mais aussi au risque de désocialisation des salariés.

L'identité du téléacteur

Téléacteur, est-ce un métier ? Telle a été la question récurrente jalonnant les réflexions des groupes de travail. Question à laquelle, individuellement, les participants ont répondu de manière très contrastée, voire contradictoire.

« Téléacteur, ce n'est pas un métier. Le téléphone concerne l'ensemble des métiers de l'assurance. Le téléphone accentue la vision « client » et oblige le salarié à plus d'autonomie et de responsabilité dans son travail. En tant qu'outil, le téléphone prend la même ampleur que l'informatique

dans l'organisation, le management, l'acquisition et l'utilisation du savoir, la capacité d'évolution et de remise en cause permanente. »

« Le métier de téléacteur est né d'un nouveau positionnement du client. Il existe plusieurs métiers dans la fonction de téléacteur. C'est une nouvelle façon d'exercer différents métiers. C'est un métier qui exige réactivité et sens du relationnel, en complément des connaissances requises pour l'exercice de la fonction. »

« C'est une nouvelle donnée professionnelle. C'est un nouveau métier. C'est un vrai métier. Cela ne s'improvise pas : il y a une organisation technique et humaine, des objectifs de qualité du service. Cela nécessite des qualités particulières : le sens du commercial et la capacité de communication. »

« Plus qu'un métier, le téléacteur c'est la conjonction d'un savoir-être associé à de la technologie pour délivrer un service, qui dans son contenu et sa forme, est attendu par le client. Sont attendus des impacts très forts sur l'environnement des secteurs, des services, sur les femmes et les hommes qui ne sont pas encore touchés par cette dimension comportementale et technologique. Le management en est complètement différent : plus quotidien, plus pilote, plus axé sur la qualité. »

Le métier, c'est effectivement ce qui ne s'improvise pas et ce qui nécessite des compétences particulières, c'est-à-dire distinctives.

La notion de métier est une notion transversale à un secteur d'activité, à l'ensemble des secteurs. Les emplois « flous » repérés par leurs appellations approximatives ou, en d'autres termes, les emplois « maison » aux intitulés *ad hoc* sont inopérants pour la constitution d'une identité professionnelle

et sociale. Ils conduisent à faire de chaque salarié un anonyme dans un collectif à fonction purement économique. Ils brouillent la référence au marché du travail. Si l'emploi joue un rôle déterminant dans la rémunération et la place dans la hiérarchie professionnelle, le métier, seul, confère une identité sociale dans la division du travail et la stratification des statuts. Le métier est le produit d'une codification sociale.

Avec beaucoup de sagacité, l'un de nos interlocuteurs faisait remarquer qu'il s'agissait en fait de savoir si nous étions des « assureurs au téléphone ou des téléacteurs qui vendent aujourd'hui de l'assurance et demain autre chose ». En d'autres termes, devons-nous nous considérer comme des téléacteurs ou des professionnels de l'assurance ? « J'ai l'impression, ajoutait-il, que c'est l'assurance qui va évoluer. Je pense que l'assurance que l'on a connue où les salariés étaient des superprofessionnels mais pas du tout communicants, fait partie du passé même si c'est encore souvent la réalité d'aujourd'hui. Du coup, le professionnalisme n'est pas forcément dans la technique, mais dans l'approche commerciale, dans la qualité du service rendu, dans la réponse à l'impératif de satisfaction du client. »

Il s'agit là de pistes de construction d'une identité professionnelle et sociale du téléacteur. Face au développement rapide et multiforme des plates-formes téléphoniques (*call-centers*), notamment en matière de gestion des sinistres, des conséquences importantes interféreront sur l'évolution des métiers de la famille « gestion des contrats ». L'Observatoire entend donc bien poursuivre, dans le cadre de sa mission, l'analyse prospective et dynamique de l'évolution des téléacteurs dans l'assurance.

3. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités

■ Pierre Picard

De nouveaux défis pour les assureurs

■ Pierre Jacquet

La difficulté de prévenir les crises financières

■ Jean-Paul Betbèze

Comment les banques vivront-elles désormais avec le risque ?

■ Jean-François Boulier • François Longin

Risques extrêmes sur les marchés financiers

■ Jacques Allègre

Demain, quelle assurance pour les grands risques industriels ?

■ Daniel Zadjenweber

L'assurabilité des risques catastrophiques

■ Pierre Pestieau

Assurance sociale et intégration économique

■ Gilbert Cette

Réorganiser les aides publiques aux personnes âgées dépendantes ?

■ Pierre-André Chiappori

Tests génétiques et assurance : une analyse économique

■ Jean-Christophe Galloux

Le risque biologique

■ Christophe Radé

Brefs propos spéculatifs sur la réforme de la responsabilité médicale

■ Patrick Lagadec

Risques et responsabilité collective : des ruptures à penser et à conduire

DE NOUVEAUX DÉFIS POUR LES ASSUREURS

Pierre Picard

*Professeur à l'université Paris X-Nanterre, Thema
Chaire FFSA d'économie de l'assurance*

Le prochain siècle s'ouvrira dans un contexte marqué par de nouvelles exigences en matière de protection contre les risques économiques, mais aussi par des évolutions majeures et irréversibles rendant parfois caduques les solutions héritées du passé. Les mécanismes traditionnels de partage de risque associés à des institutions aussi diverses que la famille, l'État, l'entreprise ou la commune, ont en effet été fragilisés par les multiples ruptures qu'ont connues nos sociétés contemporaines. À l'éclatement de la cellule familiale, qui est pourtant le lieu privilégié d'une solidarité entre générations et le mode le plus ancien de la mutualisation des risques, s'est ajoutée la crise de l'État-providence et notamment celle de l'assurance sociale. La fin du paternalisme industriel s'est faite au profit de relations salariales où la codification des droits de l'employeur et de l'employé l'a définitivement emporté sur des formes plus implicites de gestion des risques. Enfin, l'anonymat des mégalo-poles est tel que, face à lui, le partage des risques dans les collectivités villageoises indiennes qu'analysait Robert Townsend¹ semble devoir être rangé au rang de curiosité pour explorateurs d'un autre monde.

Comment imaginer, au moins pour la décennie à venir, ce que seront les transformations majeures des mécanismes économiques et financiers de partage des risques et le rôle que l'assurance est appelée à y jouer ?

Quatre facteurs devraient avoir une importance majeure qui constituent autant de défis pour les assureurs. Le premier se rapporte à l'intégration internationale des activités économiques ou à ce qu'il est convenu d'appeler la mondialisation. Ainsi que le note Jacques Blondeau, c'est elle qui, associée à la fluidité extrême de nos réseaux d'information, transforme la présence de quelques molécules de benzène dans des bouteilles d'eau minérale en un sinistre industriel à l'échelle internationale. Mais l'élargissement des marchés est aussi une chance dans la mesure où il permet une meilleure mutualisation des risques, comme en témoigne l'activité des réassureurs qui s'effectue traditionnellement et depuis longtemps au niveau mondial.

Le deuxième facteur concerne la protection sociale. Si, comme l'écrit Pierre Pestieau, l'intégration économique internationale tend précisément à réduire à la portion congrue l'autonomie des politiques sociales des États, il est d'autant plus important d'accroître leur efficacité. Il convient également de réfléchir aux modalités de gestion des risques sociaux (maladie, vieillissement...) auxquelles les assureurs peuvent efficacement prêter leur concours.

Le troisième facteur a trait aux grands risques. En effet, l'intégration internationale peut se révéler un mécanisme aggravant qui démultiplie l'impact d'un choc initial. Un autre aspect de cette question concerne le rôle de courroie de transmission des marchés financiers car ceux-ci donnent une dimen-

sion immédiatement mondiale à ce qui naguère aurait pu conserver le caractère d'une crise financière plus ou moins localisée. La croissance économique elle-même conduit à aggraver les conséquences de sinistres tels que les catastrophes naturelles, en accroissant très significativement les dommages, comme le montre Daniel Zajdenweber à propos des ouragans sur la côte est des États-Unis.

Cette exigence d'une protection contre des risques majeurs rejoint le quatrième facteur qui touche les problèmes de responsabilité. Un double mouvement converge en effet pour leur donner une place de choix dans l'agenda des gestionnaires de risques, et tout particulièrement des assureurs. En premier lieu, le progrès scientifique conduit à s'interroger sur les fondements de règles de droit autrefois bien établies. C'est le cas notamment pour la responsabilité thérapeutique : la complexité croissante des actes médicaux, surtout en milieu hospitalier, tend en effet à substituer une responsabilité de plein droit du médecin ou de l'établissement hospitalier au principe traditionnel de responsabilité pour faute. La même évolution existe dans le domaine de la responsabilité liée aux produits défectueux. Cette évolution est par ailleurs renforcée par le souci de faciliter l'indemnisation des victimes. L'exemple nord-américain montre à quelles évolutions incontrôlables ces principes peuvent conduire, mais il est certain qu'ils placent les assureurs en première ligne en ce qui concerne la gestion de ces nouveaux risques de responsabilité.

Une autre sélection ou une autre classification seraient certainement possibles, mais l'intégration internationale, la protection sociale, les grands risques et les questions de responsabilité comptent certainement parmi les principaux problèmes auxquels les gestionnaires de risques seront confrontés au cours de la prochaine décennie et les

articles rassemblés ci-après en éclairent certains aspects.

Dans ce contexte, le rôle des assureurs ne peut qu'être affecté par de profondes mutations. Si l'évolution des structures sera sans doute marquée par la poursuite des mouvements de concentrations du fait notamment des économies d'échelle qu'autorise l'intégration internationale des activités², les trois autres facteurs suggèrent au contraire qu'il y a place pour une spécialisation accrue, dans des domaines où le savoir-faire et la compétence deviennent des vertus cardinales. C'est le cas pour la gestion des grands risques industriels, comme l'exprime Jacques Allègre, mais la même remarque est valable pour les nouveaux risques de responsabilité ou certains risques sociaux. L'exemple américain est à cet égard éclairant puisque l'assurance traditionnelle y côtoie des formes originales de gestion collective du risque comme les groupes d'affinité et les diverses formes du *managed care*.

Enfin, on ne peut ignorer que ces trois chantiers relatifs à la protection sociale, aux grands risques et aux nouveaux problèmes de responsabilité ont essentiellement une dimension collective. Ils se situent au cœur des débats actuels les plus fondamentaux comme la place respective du public et du privé dans la gestion des risques sociaux ou les politiques de prévention et de réglementation s'agissant de risques collectifs tels que la sécurité alimentaire. Il s'agit indubitablement de questions essentielles pour l'avenir de nos sociétés, dans lesquelles les assureurs auront évidemment un rôle important à jouer.

Notes

1. Robert Townsend, « Risk and insurance in village India », *Econometrica*, n° 62, mai 1994. Voir aussi Pierre-André Chiappori, *Risques et Assurance*, Flammarion, coll. « Dominos », 1997.
2. Voir dans *Risques*, n° 37, les articles consacrés aux concentrations dans l'assurance.

LA DIFFICULTÉ DE PRÉVENIR LES CRISES FINANCIÈRES

Pierre Jacquet

Directeur adjoint, Institut français des relations internationales

Cet article évoque quelques caractéristiques du risque financier international à la lumière des crises financières récentes : rigidités excessives des politiques de change, aléa moral généralisé, insuffisance du contrôle et de la supervision des systèmes bancaires et financiers, et persistance d'un excès quasi systématique d'optimisme des investisseurs que les seuls dysfonctionnements des marchés ne permettent pas d'expliquer complètement.

Les vingt dernières années ont été lourdes de crises monétaires et financières graves, dont les répercussions ont menacé la stabilité du système bancaire et financier mondial, mais aussi la croissance internationale. La mondialisation économique et financière internationalise la notion de risque financier. Certes, les crises sont un mode de gestion « normal » des systèmes capitalistes ; cependant la gravité des événements récents amène à considérer que le risque financier international est très mal connu et maîtrisé. Pour les investisseurs et les institutions financières comme pour les gouvernements de tous les pays ou les institutions multilatérales, une meilleure appréhension de ce risque paraît aujourd'hui essentielle.

Il est tentant de voir dans chaque crise un événement particulier, répondant à des caractéristiques spécifiques et dû à des enchaînements uniques. Pourtant, l'histoire financière est faite d'une succession de périodes d'enthousiasme excessif suivies de désillusion tout aussi excessive (Kindleberger, 1978). Cette constatation suggère que les marchés financiers sont le siège de dysfonctionnements profonds qui donnent à l'enchaînement des crises

un caractère quelque peu systématique, au-delà des spécificités propres à chacune d'elles. Sans doute aura-t-on du mal à rompre durablement un tel enchaînement, mais cela n'empêche pas de mettre en évidence quelques-unes de ses manifestations, afin de chercher à diminuer la probabilité, la fréquence et l'ampleur des crises à venir.

Le rôle des régimes de change

Une des premières leçons à tirer des crises des années 90 porte sur les dangers de la rigidité excessive des changes. Les régimes de taux de change fixes, dans les pays en voie de développement comme dans les pays industrialisés, se traduisent tôt ou tard par un face à face entre les autorités monétaires et les marchés. Le souci de crédibilité conduit les autorités monétaires à faire du taux de change un véritable symbole de leur détermination et à le défendre de façon beaucoup trop rigide. Tôt ou

tard, elles y épuisent les réserves de change et la crise est souvent inévitable.

L'excès de rigidité ne se juge pas simplement par rapport aux « fondamentaux ». Dans de nombreux cas, notamment lorsque la fixation du change a servi d'ancrage nominal à la désinflation, le taux de change devient surévalué. L'attaque spéculative sanctionne alors une situation de déséquilibre jugée coûteuse pour l'économie, et l'impossibilité de défendre une parité surévaluée avec des réserves de changes dont le volume est donné¹. Dans d'autres cas² cependant, les « fondamentaux » paraissent sains, le niveau du taux de change n'est pas un problème en soi, mais la spéculation porte sur la capacité des autorités monétaires à continuer à défendre le change s'il est attaqué (par une hausse des taux d'intérêt), alors que la situation économique peut en souffrir. Ainsi, les attaques spéculatives sur le franc en 1992-1993 étaient dues aux doutes portant sur la capacité de l'économie à supporter les coûts, en termes de taux d'intérêt, de la défense de la parité franc/mark. Ce type de crise, qui met en jeu de façon déterminante les anticipations des investisseurs et leurs croyances sur les modifications à venir des politiques économiques, peut être auto-réalisatrice : la spéculation se produit parce que la défense de la parité, si elle n'est pas déraisonnable, coûte cher à l'économie. De ce fait, rendant cette défense encore plus onéreuse, elle peut conduire les gouvernements à abandonner la partie.

L'expérience des années 90 suggère que la prévention des crises requiert des politiques de change adaptées. Elle a conduit à l'émergence d'un consensus qui ne laisse de place, pour les pays industrialisés et les pays émergents, qu'aux solutions polaires à l'exclusion des formules intermédiaires : soit la flexibilité des changes – recommandée par une majorité – soit, au contraire, la « dollarisation » ou la mise en place d'une « caisse d'émission » (en anglais, *currency board*), forme extrême de fixation du change dans laquelle la banque

centrale limite la création monétaire à la contrepartie de l'accumulation de réserves. Ce consensus, cependant, est à la fois trop restrictif et trop imprécis (Bergsten, Davanne et Jacquet, 1999). On peut encore, dans les pays émergents, gérer des systèmes intermédiaires de taux de change stables mais ajustables, à condition d'utiliser la politique monétaire à bon escient, sans faire de la parité de référence un objectif trop rigide, et en pratiquant de façon routinière des ajustements de parité qui permettent de suivre les « fondamentaux ». Pour les pays industrialisés, le consensus est muet – tant sur la coordination des politiques économiques que sur la gestion de la flexibilité des changes. Le sujet est complexe, les contraintes politiques sont énormes. Mais des petits pas, modestes et pragmatiques, peuvent considérablement améliorer la situation. En tout état de cause, il est important, à l'avenir, d'éviter de maintenir un guichet ouvert pour défendre des parités de change inadaptées.

Aléa moral généralisé

L'aléa moral est omniprésent dans les relations financières internationales. Dans les années 70, l'idée que le risque souverain n'existait pas – « les États ne font pas faillite » – a été source d'un aléa moral conduisant à un excès de prêts aux pays en voie de développement, et qui porte en partie la responsabilité de la crise de la dette des années 80. Dans les années 90, les crises financières renvoient également à trois formes d'aléa moral qui ont pu contribuer à la montée de risques non maîtrisés.

La première tient à la méconnaissance du risque de change et souligne donc, à nouveau, l'un des méfaits possibles des régimes de taux de change fixe : les investisseurs étrangers analysent le risque qu'ils prennent en raisonnant à taux de change constant, ce qui conduit à des excès d'entrées de

capitaux. Soit ils prennent le risque de change en le sous-estimant ; soit ils s'en croient protégés lorsqu'ils le reportent sur l'emprunteur – un peu comme les banques, qui, dans les années 70, avaient reporté le risque de taux sur l'emprunteur en généralisant les prêts à taux variables et ont découvert un peu tard qu'elles n'avaient fait que le transférer sur le risque d'insolvabilité des pays auxquels elles prêtaient. En Thaïlande et dans les autres pays d'Asie, notamment, les investisseurs n'ont pas correctement pris en compte l'accumulation des risques supportés par les institutions financières locales : risque de transformation (dépôts étrangers à court terme en prêts locaux à long terme), risque de change (dépôts en devise pour ressources en monnaie locale), risque de crédit (abondance de liquidités due aux entrées de capitaux, conduisant à davantage de laxisme dans le choix des emprunteurs). Ainsi, lorsque le baht a été dévalué, le 2 juillet 1997, le système bancaire thaïlandais s'est trouvé au bord de la faillite.

Pour certains (Krugman, 1998), la crise asiatique doit beaucoup à l'excès d'endettement des institutions financières locales du fait de la seconde forme d'aléa moral. Celle-ci, traditionnelle, concerne l'existence d'une garantie implicite des banques par les pouvoirs publics. La réponse doit être trouvée dans la qualité du contrôle bancaire et de l'environnement prudentiel. Or l'un et l'autre, plus particulièrement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays développés, sont notoirement insuffisants.

La troisième forme repose sur l'idée que la communauté internationale, par le biais notamment du Fonds monétaire international mais aussi du G7, viendront au secours de pays connaissant des difficultés de paiement. Cet aléa moral joue théoriquement dans deux directions : il n'incite pas les pays qui s'endettent à surveiller correctement leur niveau d'endettement et encourage les prêteurs internationaux à bâcler l'analyse de risques, puisqu'ils disposent d'une sorte de garantie implicite de

remboursement. Si l'on reprend la crise russe de 1998, par exemple, il était clair depuis plusieurs mois que les concours à la Russie relevaient largement d'une rationalité politique et que l'Occident n'était pas prêt à la laisser tomber. Le FMI et la communauté internationale, croyait-on, réagiraient immédiatement à toute crise, ce qui permettrait de prêter sans trop d'inquiétude. C'est peut-être l'une des raisons qui explique pourquoi les investisseurs, qui ne pouvaient ignorer les problèmes budgétaires du pays, ont continué d'accumuler des titres de dette publique malgré les risques de crise.

Transparence

Le renforcement de la transparence est devenu le mot d'ordre de tout débat sur l'architecture financière internationale (voir notamment G22, 1998). Il est en effet normal et légitime de tenter d'expliquer les erreurs d'appréciation des risques par l'insuffisance de l'information disponible ou par la manipulation de cette information. Des pays et des systèmes dont on vantait le succès peuvent du jour au lendemain être critiqués pour leur opacité.

Les progrès considérables de l'ingénierie financière ajoutent une dimension nouvelle à la notion d'information : l'innovation permet de décomposer le risque en plusieurs composantes et d'échanger chacune d'entre elles sur les marchés. Elle conduit de ce fait à une complexification croissante des transactions financières et des canaux de prise de risque, sans compter les problèmes considérables de suivi et d'analyse des risques que cela pose aux autorités de réglementation et de supervision, qu'elles soient publiques ou privées.

En fait, il serait naïf de croire que les crises financières récentes sont dues essentiellement à une insuffisance de transparence et d'information. Ce

serait confondre l'information et le traitement de l'information. L'expérience passée suggère en effet que l'information disponible est souvent mal interprétée, voire ignorée. Contrairement à ce qui est souvent dit, les signaux d'alerte existent la plupart du temps mais ne sont pas observés. En fait, tant l'information disponible que les signaux possibles laissent suffisamment d'incertitude pour qu'au final tout se passe bien : les investisseurs souffrent d'un biais optimiste sur lequel nous reviendrons.

Cela étant, de meilleures collecte, qualité, diffusion et analyse de l'information ne peuvent que contribuer à diminuer l'incidence de situations de crise aussi graves que celles que nous venons de connaître. La crise asiatique a révélé, entre autres, l'insuffisance de l'attention portée aux bilans bancaires, aux positions prises hors bilan, et, surtout, aux opérations à court terme en devises. Elle a mis l'accent sur la nécessité de développer l'analyse de *value at risk*, c'est-à-dire l'évaluation des portefeuilles d'actifs suivant différents scénarios de risques. C'est une tâche dans laquelle la communauté internationale doit maintenant s'engager avec résolution.

Supervision et politiques prudentielles

Les questions de réglementation et de supervision se posent avec acuité dans les pays en voie de développement, qui ont souvent payé cher une ouverture financière salubre à long terme, mais mal gérée dans le court terme. Elles se posent aussi dans les pays industrialisés, dont les secteurs bancaires ont souffert de stratégies inadaptées et de contrôle des risques parfois déficient.

On se trouve alors face à des défis majeurs.

Premier défi : la complexité. Les risques finan-

ciers sont maintenant décomposés en éléments unitaires et répartis sur un grand nombre d'agents. Mesurer le risque pris par une institution individuelle apparaît déjà comme un exploit ; mesurer un risque collectif semble insurmontable.

Second défi : l'organisation entre une centralisation indispensable pour rassembler l'information et établir les connexions nécessaires, et une décentralisation essentielle du fait de la complexité. Au sein de l'Union monétaire européenne, par exemple, l'articulation entre le rôle de la banque centrale européenne et celui des autorités de réglementations nationales n'a pas encore été vraiment précisée.

Troisième défi : le niveau géographique de cette réglementation et de cette supervision. L'internationalisation des institutions financières suggère que le territoire national n'est plus l'horizon approprié ; pourtant si l'on en sort, se posent immédiatement les problèmes de conflits et de répartition des compétences. En Europe, la création du marché unique a introduit en matière bancaire, la reconnaissance mutuelle et le contrôle par le pays d'origine. Au niveau international, le problème reste entier. Sa solution passe par une coopération accrue et davantage d'efforts pour définir des normes internationales minimales en matière de divulgation et de circulation de l'information, mais aussi de respect de critères de solvabilité – un important travail reste à réaliser sur ce dernier point.

Si les pays industrialisés ont encore beaucoup de progrès à faire, la tâche essentielle consiste à aider les pays en voie de développement à se doter d'institutions de régulation et de contrôle bancaire et financier efficaces (Bryant, 1999). La BRI semble être le lieu institutionnel le plus approprié pour faire évoluer les normes et obligations financières et bancaires internationales, poursuivant ainsi les travaux qu'elle a déjà engagés au sein du Comité de Réglementation Bancaire (qui a « produit » le fameux ratio de solvabilité bancaire, dit *ratio Cooke*,

en cours de réexamen). La tâche est considérable, et l'on peut prévoir que les avancées, si importantes qu'elles soient, ne se feront qu'à petits pas.

Excès d'optimisme

Richard Levich (1998, p. 6) propose une analogie intéressante entre la finance et la circulation automobile. Nul ne remet en cause l'intérêt du déplacement automobile en soi. Cependant, la vitesse excessive ou les erreurs de conduite sont parfois à l'origine d'accidents, et les conducteurs imprudents mettent en danger la vie des passagers ou des autres conducteurs, même si ces derniers sont prudents et avisés. Par ailleurs, l'extension permanente du parc automobile diminue souvent l'intérêt de l'usage de la voiture, et entraîne nombre d'effets externes : dégradation de l'environnement, danger de bruit et de fatigue pour la population... D'où la nécessité d'un code de la route, d'un contrôle efficace et d'une organisation des déplacements, sans oublier une bonne compréhension des risques pris de la part des conducteurs. Or on sait combien, sur ce dernier point, le comportement des usagers laisse à désirer.

En matière financière aussi, les effets externes existent, les dysfonctionnements de marché sont connus. Il faut des règles, des normes et des procédures de contrôles, des gendarmes, des pompiers et des ambulanciers. Mais l'analogie entre la finance et la conduite automobile peut être portée bien au-delà : l'un des « puzzles » de l'étude du risque lié à l'usage de l'automobile tient à l'excès d'optimisme dont font preuve les conducteurs au volant, comme si « les accidents n'arrivaient qu'aux autres ». Or, cet excès d'optimisme paraît caractériser aussi le comportement collectif des investisseurs. En effet, même en tenant compte des aspects évoqués plus haut, le puzzle demeure. Pourquoi les investisseurs

semblent-ils méconnaître ainsi des risques fondamentalement visibles ? L'argument de l'aléa moral n'est pas entièrement convaincant pour expliquer leur aveuglement : ils savent bien que le sauvetage, lorsqu'il intervient, se produit avec un délai et implique des pertes et des coûts, pendant une période transitoire difficile et chahutée. De même, le conducteur automobile risque sa vie, que ne lui rendra pas l'assurance la plus efficace. Sans doute y a-t-il là un trait fondamental du comportement humain.

En matière financière, le phénomène d'excès d'optimisme renvoie à une autre explication, fondée sur l'absence de coordination entre investisseurs. En fait, dans de nombreux cas, les crises apparaissent prévisibles... après coup. C'était le cas de la crise russe, largement annoncée, ou encore de la crise brésilienne. C'était aussi, assez largement, le cas de celle qui a secoué le Système monétaire européen en 1992-1993. Et pourtant, rien n'a été fait pour prévenir ces crises ou limiter leur impact ; aussi une certaine modestie s'impose-t-elle vis-à-vis des « solutions » proposées. En l'occurrence, un investisseur individuel peut très bien apprécier correctement le risque pris, et estimer à 100 % la probabilité d'un retournement. Pour autant, il ne saura pas dater ce retournement (qui dépend notamment de l'attitude des autres), et il aurait tort de se retirer trop tôt (il pourrait alors être pénalisé par ses actionnaires). Dès lors, chacun maintient sa position dans l'espoir d'être le premier à se désengager en cas de crise. Ce comportement moutonnier accentue l'ampleur des crises lorsqu'elles se produisent.

Quelle que soit l'explication qu'on en donne, l'excès d'optimisme joue aussi un rôle important dans le phénomène de contagion des crises. Goldstein (1998) considère ainsi que l'extension de la crise thaïlandaise et sa diffusion aux autres pays de la zone ne sont guère explicables par les canaux traditionnels de l'interdépendance économique entre pays. Pour lui, cette crise a joué le rôle d'un

signal d'alarme, un *wake-up call*, qui a soudain réveillé des investisseurs jusqu'alors insouciant des risques pris.

Conclusion

Les crises des années 90 ont mis en évidence la nécessité de mieux appréhender le risque financier international. Les marchés financiers, tout comme les politiques de réglementation et de supervision, sont le siège de dysfonctionnements importants, liés à des phénomènes d'asymétrie d'information, de sélection adverse, d'aléa moral. La dimension internationale ajoute un degré supplémentaire de complexité et d'amplification du risque.

Les efforts entrepris pour mieux maîtriser ce problème sont récents, et correspondent à une période d'apprentissage de la mondialisation financière. Il n'est donc guère surprenant que la coopération internationale en la matière n'en soit qu'au stade des balbutiements : le rôle respectif des institutions multilatérales – dont le FMI – reste à préciser, tout comme leurs modalités d'action. Cet article vise à souligner l'utilité d'une surveillance multilatérale portant autant sur la collecte et le traitement de l'information que sur le respect de normes prudentielles minimales et sur les politiques de change.

Il ne faut cependant pas trop compter sur la prévention des crises. D'ailleurs, par définition, on ne peut jamais vraiment savoir si elle a fonctionné. Les vingt prochaines années nous réservent probablement d'autres surprises désagréables. Nous n'avons pas abordé la gestion des crises, qui restera une tâche importante de la communauté interna-

tionale, car elle met en jeu, en première ligne, l'action du Fonds monétaire international, la définition des conditions, et le besoin d'un prêteur mondial en dernier ressort – que le FMI n'est pas. Autant de sujets qui doivent accompagner toute réflexion sur le risque financier international.

Bibliographie

Bergsten, C.-F., Davanne, O. et Jacquet, P. (1999), « Pour une gestion conjointe de la flexibilité des changes », in *Architecture financière internationale*, Rapport au Conseil d'Analyse Économique, n° 18, Paris, Documentation Française.

Bryant, R. (1999), « Standards and Prudential Oversight for an Integrating World Financial System », présenté à la conférence de la Tokyo Club Foundation for Global Studies au Royal Institute of International Affairs, Londres, 28 octobre.

Kindleberger, C.-P. (1978), *Manias, Panics and Crashes. A History of Financial Crises*, New York : Basic Books.

Krugman, P. (1979), « A model of balance of payments crises », *Journal of Money, Credit, and Banking* 11 : 311-325.

Krugman, P. (1998), « What happened to Asia », disponible sur Internet : <http://web.mit.edu/krugman/www>

Levich, R.-M. (1998), *International Financial Markets. Prices and Policies*, New York : Irwin/McGraw-Hill.

Goldstein, M. (1998), *The Asian Financial Crisis : Causes, Cures, and Systemic Implications*, Policy Analyses in International Economics 55, Washington D.C. : Institute for International Economics.

Groupe des 22 (G22) (1998), Report of the Working Group on Transparency and Accountability, disponible sur Internet : <http://www.bis.org/publ/othp01.htm>

Obstfeld, M. (1984), « The logic of currency crises », *Cahiers Économiques et Monétaires* 43 : 189-213.

Notes

1. On parle alors de « crises de première génération », dont l'analyse remonte à Krugman (1979).

2. Les crises dites de « deuxième génération », voir Obstfeld (1984).

COMMENT LES BANQUES VIVRONT-ELLES DÉSORMAIS AVEC LE RISQUE ?

Jean-Paul Betbèze

Directeur de la stratégie, chef économiste du groupe Crédit lyonnais

L'évolution du métier de banquier conduit à une amélioration constante de l'analyse de ses risques. La capacité, désormais, de mieux apprécier les risques de crédit par rapport aux types de clients, de mieux les réduire en fonction de garanties ou de contrats, et de mieux les tarifer, va de pair avec une attitude interne de recensement, contrôle et gestion des divers autres risques. Cette politique, coûteuse, sera rentabilisée par la double capacité de la banque de fonctionner avec moins de capital ou de vendre les risques qu'elle aura mieux étalonnés. Le problème de la nature des risques pris, gaussiens ou non, restera sans doute entier... mais un « second best » vaut mieux qu'un « first nothing »!

Il est classique de dire que le risque est le métier des banques, puis de passer à autre chose, l'essentiel ayant été dit. De fait, on peut toujours considérer que l'intérêt demandé, au-delà du taux courant, autrement dit le *spread*, est le prix de ce risque, censé couvrir le coût d'un éventuel sinistre. On peut même ajouter, afin d'être complet, que c'est l'art du bon banquier que de calculer au mieux ce prix, l'apanage du grand banquier que de résister aux pressions pour fixer des *spreads* valables sur la durée effective du contrat, et celui du très grand banquier que de refuser les opérations vraiment risquées que promeut la mode. Fin de la démonstration. Il est toutefois permis de s'interroger de manière un peu plus approfondie sur la manière dont les banques seront, dans l'avenir, conduites à vivre avec le risque car on est ici en présence d'évolutions profondes et durables.

Pour ceux qui veulent continuer

Pour le banquier soucieux de gérer ses risques, il s'agit d'abord d'estimer les provisions constituées, ou mieux encore les pertes prévisibles, afin de calculer un résultat net. Il est intéressant ensuite de relier ce résultat aux fonds propres de l'entreprise bancaire et d'obtenir ainsi un taux de profit net des capitaux engagés. Vient alors le domaine de la gestion proprement dite, avec l'idée d'accroître ce taux de profit :

- par l'augmentation du chiffre d'affaires, via les intérêts perçus ;
- par la diminution des frais de la banque ;
- par la réduction du coût des sinistres, ce qui implique à la fois une sélection des dossiers plus rigoureuse et une meilleure gestion des recouvrements ;

bien sûr à ce stade que se dessine la principale difficulté, celle de vendre au client un ensemble de prestations tarifées, pour lesquelles il peut toujours être tenté de demander un prix plus favorable, comparable à celui offert dans une logique de banque à l'acte. La banque relationnelle est celle des menus aux prix ajustés, renouvelables certes à intervalles donnés, et non pas celle de la discussion constante du prix des plats à la carte et encore moins celle de la modification du prix des menus sous prétexte que le restaurant voisin entreprend une campagne sur le prix d'un plat ! Si l'analyse est facile, la mise en œuvre l'est beaucoup moins.

Le problème des moyens

L'allocation précise des moyens à un univers bancaire qui ne cesse d'éclater conduit en fait à les faire évoluer selon trois catégories : celle des moyens catégoriels, celle des moyens associatifs et celle des moyens assuranciers.

Les moyens catégoriels seront ceux alloués à chaque type de banque, plus précisément à chaque catégorie de clientèle à l'intérieur de chaque type de banque (banque de personnes, de professionnels, d'entreprises...). Il ne s'agit pas de la « banque éclatée » – dissociant une partie à risque de crédit d'une partie sans risque de crédit, comme dans une proposition américaine des années 80 –, mais de banques présentant des profils de risques identifiables, des organisations données de produits (*bundling*), avec des allocations de moyens.

Les moyens associatifs deviendront de plus en plus nécessaires dans une banque qui doit se spécialiser toujours davantage. Il s'agit en fait de contrer la logique dissociative qu'impliquent les moyens catégoriels. Cela correspond d'abord à des logiques de messageries, puis de gestion des projets, des *task*

forces et autres modes d'organisation de nature *groupware*. Les fichiers clients jouent ici un rôle essentiel avec leurs caractéristiques et leurs logiques de comptabilité analytique, par clients, produits et régions, en liaison nécessaire avec la logique comptable officielle. La comptabilité de gestion ne doit pas devenir autonome de la comptabilité sociale.

Les moyens assuranciers seront, à ce stade, de plus en plus développés. Ils concernent bien sûr les risques de crédit déjà évoqués, mais avec l'idée nouvelle que l'on peut désormais mieux connaître les risques statistiques et que l'on est plus à même de raffiner l'analyse dans la discussion avec le client, de cerner les risques spécifiques, d'améliorer les garanties, et donc de fonctionner à la fois à partir de bases de données (*datawarehouse*) et de logiques adaptées.

Il est toutefois impossible de gérer aussi aisément tous les risques, que ce soit dans la relation client, dans les activités de marché ou dans les portefeuilles de crédit. C'est pourquoi les banques devront étalonner les risques d'entreprises sur le passé (méthode Raroc) ou les risques de marché, ainsi que sur des séquences passées (méthode VaR). Elles devront s'efforcer de mettre en évidence des covariances entre ces divers actifs et tenter d'en optimiser la composition. Cette stratégie représente un progrès considérable, où le risque s'individualise et se montre au vendeur de crédit, puis s'agrège et se combine dans des logiques de portefeuille, au niveau de la direction financière.

Mais les risques ne sont pas tous liés au crédit ni régis par des lois aussi polies que celle de Gauss. L'entreprise bancaire devra ainsi faire le recensement de ses risques, en étudiant par exemple les risques opérationnels, les risques liés au départ de tel ou tel homme clef, les risques concernant la réputation, le blanchiment... Elle devra évaluer le coût potentiel de chacun de ces risques, mais aussi les moyens de les contrer et leur coût. Il lui faudra alors décider de sa politique d'investissement, et donc d'économie de capital de garantie.

La plus grande difficulté naîtra cependant des risques non gaussiens que prend en charge la firme bancaire. Les grands risques de marché, les risques pays, les risques systémiques... obéissent en fait à des ruptures pour lesquelles ni la probabilité d'occurrence ni les conditions de protection moyennes n'ont grand sens. Implicitement, les approches Raroc et VaR se fondent sur une vision gaussienne de l'univers, où les catastrophes se produisent très rarement, où les queues de distribution sont assez fines, ce qui n'est malheureusement pas si sûr. Comme la théorie des fractales a encore l'élégance de dessins géométriques ou l'inquiétante opacité de tests de Rorschach, elle est au bord de la vérité, mais n'aide pas vraiment. Le manieur de paradoxes pourrait alors dire que le nouveau type de risque que prend la firme bancaire est lié aux conséquences de la loi approchée du risque qu'elle a intégrée, ce qui est faux. À tous les niveaux de l'analyse, des correctifs sont pris, et le juge de paix de Bâle a indiqué qu'il exigerait au moins le triple du capital économique que ce que donnent les calculs internes qu'il aura validés. Les esprits sont plus au

courant. Ajoutons à cela les programmes internes de recensement, de contrôle et de suivi, avec l'idée qu'il faudra être de plus en plus sûr de ce que l'on fait pour accroître vraiment la rentabilité du capital – et que le mieux sera alors de vendre des actifs, la qualité de leur choix et de leur étalonnage étant un excellent argument pour le marché.

Le concept de banque-assurance prend donc une nouvelle acception. Comment les banques vivront-elles désormais avec le risque ? Deux réponses sont possibles. De plus en plus mal, si elles ne s'accordent pas les moyens de le mesurer, de l'étudier, de le comprendre et de le gérer, auquel cas elles seront de moins en moins nombreuses ! De façon de plus en plus sûre si elles réalisent ces investissements de mesure et de formation. Leur croissance sera bridée si elles ne convainquent pas les marchés du bien fondé de leur stratégie en utilisant moins de capital et en vendant des produits au risque étalonné ; elle sera forte si elles gèrent systématiquement leurs activités comme autant de couples rendement-risque à optimiser.

RISQUES EXTRÊMES SUR LES MARCHÉS FINANCIERS

Jean-François Boulier • François Longin

Directeur général de Sinopia Asset Management

Directeur de la Recherche et de l'Innovation du Groupe CCF

et professeur de Finance à l'Essec

Les risques extrêmes sur les marchés financiers se manifestent sous la forme de krachs boursiers, crises de change, effondrements des marchés obligataires... Cet article montre que, même si ces événements ont pendant longtemps été considérés comme anormaux, leur comportement statistique peut être appréhendé grâce à la théorie des valeurs extrêmes.

Krachs, faillites, banqueroutes : l'homme de la rue continuera longtemps à associer banquiers et financiers à ces catastrophes économiques dont ils sont les premiers témoins et les éventuelles victimes. Sont-ils pour autant la cause de ces risques qu'ils analysent et « manipulent », comme les chimistes mélangent dans leurs éprouvettes des produits détonants ? Ce débat a longtemps agité les esprits, parfois très avertis, à propos des produits dérivés. Options, *futures* et autres *swaps* plus ou moins exotiques auraient-ils pu engendrer davantage de risques dans les marchés financiers ? Parmi les causes avancées du krach de Wall Street en 1987 par de très sérieuses commissions d'experts, on trouve en effet les stratégies d'assurance de portefeuille, c'est-à-dire l'utilisation d'option de vente. De plus, l'écart de prix entre le *future SP 500* et le panier de valeurs composant l'indice s'est très fortement creusé le lundi noir, comme si le *future* avait diaboliquement accéléré la chute du marché... Le remède serait-il pire que le mal ? Au fond, répondre de façon approfondie à la question ne peut s'envisager sans s'interroger sur la nature des risques financiers, sur une mesure objective de ceux-ci et

sur une gestion prudente, notamment des expositions à ces risques.

Mis à part leurs excès ou leurs errements, les banquiers ne sont pas la cause des risques financiers, ce serait leur donner un trop grand pouvoir. L'incertitude financière a d'abord des racines dans l'économie, sous toutes ses composantes : macro-économique – la politique monétaire par exemple – micro-économique – au niveau de la gestion financière de l'entreprise – et enfin à l'échelle sectorielle par la compétition entre les entreprises. L'innovation technologique, la situation politique, les catastrophes naturelles et bien d'autres facteurs encore créent de l'instabilité dans ce domaine. Que celle-ci se répercute dans les prix des actifs et les contrats financiers est un signe de bon fonctionnement des marchés. Les prix sont d'ailleurs d'autant plus volatiles que les risques fondamentaux des actifs sont importants : de quelques pour-cent pour les obligations à quelque 10 à 15 % pour les devises ; de 20 à 30 % pour les actions à beaucoup plus pour certaines matières premières et pour des petites valeurs.

Mais les risques attachés aux actifs ne sont pas tous appréciés des investisseurs ou des émetteurs :

ainsi le risque de change peut-il s'avérer indésirable pour un investisseur obligataire qui voit la volatilité de son placement plus que doubler lorsqu'il investit dans un titre émis d'une autre zone monétaire que la sienne. Les financiers ont inventé des contrats dérivés (le change à terme par exemple) pour ré-allouer les risques entre les acteurs sans nécessairement les forcer à modifier leurs portefeuilles.

L'extraordinaire foisonnement des contrats dérivés, que ce soit en volume (la Banque des Règlements Internationaux évalue leur montant à 75 000 milliards de dollars) ou en diversité (chaque mois voit naître et mourir plusieurs nouveaux produits), atteste de l'engouement des utilisateurs, financiers ou non financiers. Mal compris, ces instruments nouveaux ont pu provoquer des dégâts à la mesure de leur grande efficacité – ils ont en effet de très forts effets de leviers.

La volatilité des marchés n'est-elle que le reflet des incertitudes économiques ? En fait non. Probablement guère plus d'un tiers de la variabilité observée est imputable à la fluctuation des résultats économiques. D'où vient le reste ? Tout d'abord des besoins de liquidités des différents acteurs. Les déséquilibres d'offre et de demande créent de la variabilité – d'autant plus, d'ailleurs, que les marchés sont étroits et peu liquides. Ensuite, les flux qu'anticipent les investisseurs peuvent évoluer au fur et à mesure que le temps passe et que les informations sont rendues publiques.

Ainsi les cours boursiers varient-ils en fonction des anticipations des résultats des entreprises et de leur croissance future. Enfin, notion plus financière, les primes de risque des différents risques sont loin d'être constantes dans le temps. En bref, l'analyse détaillée de ceux-ci, tout comme leur mesure, est devenue un véritable enjeu de gestion.

Le Comité de Bâle a instauré une discipline de maîtrise des risques financiers de marché qui prend acte, d'une part de l'utilité du développement des marchés financiers et de leurs dérivés, d'autre part du besoin de limiter l'exposition prise par les diffé-

rents acteurs – les banques en l'occurrence – à une certaine proportion de leurs fonds propres. L'analyse des risques de marché part du constat que se succèdent des périodes calmes durant lesquelles offre et demande s'équilibrent et des périodes de crise, caractérisées par un comportement « moutonnier » des acteurs. Ainsi, la vente des titres russes avant que la Russie ne fasse défaut a provoqué la crise de l'été 98 et la disparition de la liquidité du marché. Bien quantifier les conséquences financières des risques associés aux positions prises par les banques dans ces deux types de périodes est l'objectif des *Value at Risk* (VaR) et des *stress tests* calculés par les modèles internes. Estimer des pertes potentielles (à un certain niveau de probabilité) est évidemment plus aisé (et plus précis) au cours des périodes calmes. Savoir décrire le comportement des prix en situation de crise – plus rare par nature – nécessite plus de « bagage méthodologique ». Le but de cet article est précisément de présenter la théorie des valeurs extrêmes et son application à la maîtrise des risques des marchés financiers. Le succès de la mise en place des modèles internes ayant pour but de mesurer avec des méthodes statistiques les risques de marché, va imposer bien d'autres développements en matière de risques de crédit dans les banques et de risques économiques de toutes sortes dans les entreprises non financières.

La théorie des valeurs extrêmes

La théorie des valeurs extrêmes expliquée ici permet de décrire le comportement statistique des grands chocs observés sur les marchés financiers. Cette théorie est utilisée depuis longtemps dans de nombreux domaines (construction des ponts, établissement des dimensions des immeubles dans les pays à risque sismique, résistance des matériaux, etc.).

■ Un résultat exact

Supposons que la variation du prix des actifs (leur rentabilité) puisse être mesurée par une variable aléatoire notée r . Notons F_r la fonction de répartition associée et (l, u) son support. Considérant n réalisations r_1, r_2, \dots, r_n , les extrêmes sont définis comme les maxima et les minima. Le maximum noté Y_n correspond à la plus haute rentabilité observée sur les périodes 1, 2, ..., n . De même, le minimum, Z_n , correspond à la plus basse rentabilité. Si les variables r_1, r_2, \dots, r_n sont statistiquement indépendantes et de même loi (hypothèse de la marche aléatoire)¹, la loi exacte du maximum notée F_{Y_n} évaluée au point x s'exprime simplement en fonction de la loi de la variable parente F_r , définie par :

$$[1] F_{Y_n}(x) = [F_r(x)]^n.$$

Cette formule exprime que la probabilité p^{ext} d'observer un mouvement extrême du marché d'amplitude inférieure à x est égale à la probabilité p d'observer un mouvement du marché sur une période de base d'amplitude inférieure à x , à la puissance n . Autrement dit, les deux probabilités sont reliées par la formule : $p^{ext} = p^n$.

La loi du maximum dépend essentiellement des propriétés de la loi de la variable parente pour de grandes valeurs de x ; en effet, pour de faibles valeurs, l'influence de $F_r(x)$ décroît rapidement avec n . De la formule [1], on déduit que la loi limite de Y_n , obtenue en faisant tendre n vers l'infini, est nulle pour les valeurs de x inférieures à la borne supérieure du support de la loi de r , u , et égale à l'unité pour les valeurs de x plus grandes que u . C'est donc une loi dégénérée. La formule exacte de la loi du maximum n'est donc pas très intéressante. De plus, en pratique, la loi de la variable parente (la rentabilité calculée pour une fréquence donnée comme la journée, la semaine ou le mois) n'est pas connue avec précision : il n'existe ni théorie statistique, ni théorie financière, ni modèle écono-

mique qui spécifie la loi statistique des rentabilités de manière convaincante. De ce fait, si cette loi n'est pas connue, la loi exacte du maximum ne l'est pas non plus. Pour cette raison, le comportement asymptotique du maximum Y_n est donc étudié.

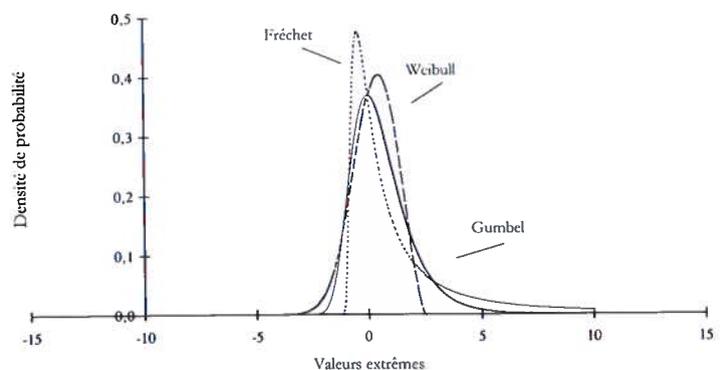
■ Un résultat limite : le théorème des valeurs extrêmes

Pour trouver une loi limite d'intérêt (non dégénérée), la variable aléatoire Y_n est transformée de telle sorte que la loi limite de la nouvelle variable ne soit pas dégénérée. La transformation la plus simple est l'opération dite « de standardisation ». La variable Y_n est ajustée avec un paramètre d'échelle a_n (supposé positif) et un paramètre de localisation β_n . En supposant l'existence d'une telle séquence de coefficients a_n, β_n , le théorème des valeurs extrêmes spécifie la forme de la loi limite lorsque la variable n tend vers l'infini. On obtient la relation suivante :

$$[2] F_Y(y) = \exp \left[-(1-\tau \cdot y)^{\frac{1}{\tau}} \right]$$

où le paramètre τ , appelé indice de queue, détermine le type de loi : $\tau < 0$ correspond au type Fréchet, $\tau > 0$ au type Weibull, et le cas limite $\tau = 0$ au type Gumbel, $(1-\tau)^{1/\tau}$ étant interprété comme e^{-y} . La loi de Gumbel peut être considérée comme une loi de transition entre les lois de Fréchet et de Weibull. Les trois lois sont représentées sur la figure 1.

Figure 1
Lois d'extrêmes : Fréchet, Gumbel et Weibull



D'après la valeur de l'indice de queue τ , la distribution d'extrêmes sera une loi de Fréchet ($\tau < 0$), une loi de Gumbel ($\tau = 0$) ou une loi de Weibull ($\tau > 0$). La distribution des rentabilités extrêmes est de type Fréchet si la distribution des rentabilités présente une queue épaisse (décroissance en fonction puissance), de type Gumbel si la distribution des rentabilités présente une queue fine (décroissance en fonction exponentielle), et de type Weibull si la distribution des rentabilités n'a pas de queue (les rentabilités et donc les rentabilités extrêmes sont bornées).

La queue de la distribution F_r est soit décroissante de façon exponentielle (Gumbel), soit décroissante comme une fonction puissance (Fréchet), soit bornée (Weibull). Dans le premier et le troisième cas, tous les moments de la loi de r sont bien définis. Dans le deuxième cas, la loi de r présente des queues épaisses (*fat-tailed distribution*) comme pour les lois de Student et les lois Pareto-stables.

Les paramètres d'échelle a_n et de localisation β_n dépendent de la longueur de la période de sélection, n , et représentent respectivement la dispersion et la taille « moyenne » des extrêmes (le paramètre de localisation β_n tend de façon asymptotique vers la valeur modale de la distribution). L'indice de queue τ et les coefficients de standardisation a_n et β_n peuvent être différents pour les lois du maximum et du minimum.

Le théorème des valeurs extrêmes donne un résultat intéressant car il est d'une portée générale : quelle que soit la loi de la variable parente, la loi limite des extrêmes a toujours la même forme. Les lois des extrêmes pour deux processus parents différents se distinguent par les valeurs de l'indice de queue et des paramètres d'échelle et de localisation.

L'étude empirique pour le marché français des actions réalisée par Boulrier, Dalaud et Longin (1997) montre que la valeur estimée de l'indice de queue se situe entre -0,20 et -0,40. La loi des rentabilités extrêmes est donc de type Fréchet. Des

résultats semblables sont obtenus pour le marché américain des actions (voir Longin [1996]).

Applications pour les institutions financières

Plusieurs applications de la théorie des valeurs extrêmes sont particulièrement pertinentes pour les institutions financières : le calcul de la *Value at Risk* (VaR), celui de la charge en fonds propres et celui de la définition de scénarios de stress pour couvrir les risques de marché.

■ Le concept de VaR

Il s'est imposé comme standard pour mesurer les risques de marché. La VaR d'une position de marché est un nombre censé mesurer et résumer le risque encouru sur cette position. Elle est définie comme la perte potentielle maximale pour une probabilité fixée sur une période donnée (usuellement 99 % et 10 jours). Les risques considérés sont généralement ceux liés aux fluctuations des taux d'intérêt, du cours de change des monnaies, du prix des actions et du cours des matières premières.

Si le concept de VaR est aujourd'hui reconnu comme un instrument incontournable pour la gestion des risques dans le secteur bancaire, son application pratique présente une certaine diversité. De nombreuses méthodes de calcul sont ainsi développées dans les banques. Elles peuvent être regroupées en trois catégories : les méthodes historiques, les méthodes de simulation de Monte Carlo et les méthodes de variance covariance utilisant la loi normale. Chacune prend difficilement en compte les extrêmes des marchés financiers. Par exemple, la méthode historique utilise souvent une période trop courte et trop récente (6 mois ou un an) pour tenir compte des conditions de crise rencontrées

dans un passé plus lointain. Les méthodes paramétriques de simulation de Monte Carlo ou de variance covariance spécifient des distributions comme la loi normale dont le poids des extrêmes est souvent sous-estimé.

■ L'apport des valeurs extrêmes

La théorie des valeurs extrêmes peut être utilisée pour élaborer des scénarios de stress cohérents avec les risques financiers passés, ou calculer une VaR qui tienne compte de ces valeurs extrêmes. Par exemple pour une position longue, la VaR calculée d'après la théorie des valeurs extrêmes qui peut être utilisée dans un scénario de stress (voir Boulrier, Brabant, Dalaud et Dieu [1997] et Longin [1999] pour des détails) est donnée par :

$$[3] -\beta_n^{\min} + \frac{\alpha_n^{\min}}{\tau_n^{\min}} \cdot \left[1 - (-\text{Log}(1-p^{\text{ext}}))^{\tau_n^{\min}} \right].$$

Empiriquement, pour une position longue sur le marché français, la VaR est égale à 11,08 % calculée par la méthode historique, et à 10,19 % calculée par la méthode des valeurs extrêmes ; ces chiffres sont d'ailleurs proches du niveau de capital de 12 % préconisé par la réglementation (4 % de risque spécifique et 8 % de risque global pour un portefeuille liquide). En appliquant la formule donnée par le Comité de Bâle ou la Commission européenne (3 fois la VaR), nous trouvons des niveaux de fonds propres de 33,24 % pour la méthode historique et de 30,57 % pour la méthode des valeurs extrêmes. La méthode standard, proposée par les régulateurs, recommande un montant forfaitaire de 12 % qui, dans le cas du marché boursier français, est moins contraignant.

Conclusion

La théorie des valeurs extrêmes permet d'appréhender les risques extrêmes sur les marchés financiers et, plus précisément, de modéliser le comportement statistique des événements extrêmes en finance. Il est important d'en saisir la portée et les limites. Grâce à elle, les institutions financières peuvent calculer et gérer ce type de risques engendrés par des événements qui leur sont largement extérieurs. L'application de la VaR ou de scénarios de stress aux positions de marchés aide notamment à connaître et à limiter l'effet de ces événements sur le résultat des institutions financières. En revanche, cette théorie ne permet pas de prévoir les événements extrêmes et encore moins d'influer sur leur cours.

Bibliographie

- Boulrier, J.-F., Brabant, A., Dalaud, R. et Dieu, A.-L. (1997), « Risque de marché : vue de profil », *Revue Quants* 28, Crédit Commercial de France.
- Boulrier, J.-F., Dalaud, A. et Longin, F. (1998), « Application de la théorie des valeurs extrêmes aux marchés financiers » *Banque et Marchés*.
- Longin, F. (1995), « La théorie des valeurs extrêmes : présentation et premières applications en finance » *Journal de la Société Statistique de Paris*.
- Longin, F. (1999), « From value at risk to stress testing : the extreme value approach » *Journal of Banking and Finance*.

Note

1. Des extensions du théorème de base (processus corrélés, mélanges de distributions, processus Garch...) montrent que les hypothèses d'indépendance et d'identité de la loi parente ne sont pas cruciales.

DEMAIN, QUELLE ASSURANCE POUR LES GRANDS RISQUES INDUSTRIELS ?

Jacques Allègre
Président de Racelec

Les mouvements actuels de concentration conduisent à s'interroger sur l'évolution du rôle de l'assurance dans la couverture des risques industriels. L'assurance des grandes entreprises se réduira vraisemblablement de plus en plus aux risques de catastrophes. C'est en fait la capacité des assureurs à offrir des services et un savoir-faire spécifique qui sera l'élément le plus déterminant de cette évolution.

L'évolution du monde des affaires se caractérise, entre autres, par des fusions d'entreprises dont la taille initiale permettait de penser qu'elles demeureraient indépendantes. En ce qui concerne l'industrie, l'été 1999 aura été marqué par des opérations gigantesques dans la banque, l'énergie, la grande distribution. L'unité de compte en chiffre d'affaires est la dizaine de milliards de dollars (ou d'euros) !

On notera que le chiffre d'affaires cumulé des deux groupes pétroliers (Elf et Total Fina) qui viennent de fusionner représente plus de 40 % du chiffre d'affaires total de l'assurance française en 1998 (441 milliards de francs/1 020 milliards de francs). Sans préjuger de la politique décidée par le nouveau géant, on peut néanmoins penser que des questions vont se poser quant à ses rapports avec l'assurance.

Dans le même temps, les compagnies d'assurance ont aussi ouvert un vaste chantier de restructuration. Ainsi le chiffre d'affaires mondial du premier groupe français est désormais voisin de 400 milliards de francs. Toutefois, il convient de noter qu'environ 50 % de l'activité de l'assurance relève de l'assurance vie, branche spécifique avec ses

garanties propres, et qu'à l'intérieur des autres 50 %, la partie concernant les grands risques industriels (ou les risques des grandes entreprises industrielles) ne représente que quelques pour cent.

Ces comparaisons peuvent être discutées, mais d'autres approches par les bénéficiaires ou les actifs ne permettraient pas d'éviter de se poser la question de l'apport réel de l'assurance au traitement des grands risques industriels. Faut-il en conclure qu'à l'avenir, il n'y a plus de place pour l'assurance dans ce secteur ? Rappelons que cette question, que l'on se propose d'examiner ici, ne se pose pas pour les entreprises de taille plus modeste – en particulier les petites et moyennes entreprises. Le transfert de risques reste pour ces dernières un outil de gestion indispensable.

La situation actuelle

Dans un article de février 1997, la revue anglaise *Reinsurance* donnait la liste suivante des scénarios catastrophes retenue par les Lloyds :

- « – un important tremblement de terre dans la région de Los Angeles conduisant à des dommages assurés de 50 milliards de dollars ;
- des dommages assurés de 50 milliards de dollars causés par un ouragan frappant la côte Nord-Est des Etats-Unis ;
- des dommages assurés de 10 milliards de livres (16,9 milliards de dollars) suite à des tempêtes ou des inondations en Europe ;
- un tremblement de terre dans la région de Tokyo provoquant des dommages assurés de 8 milliards de dollars ;
- une collision entre un pétrolier géant et un paquebot de croisière au large des côtes de Floride causant 500 morts et des pertes financières nécessitant le recours aux membres de « International Group of protection and indemnity clubs » ;
- la perte d'une importante plate-forme dans la mer du Nord tel que Piper Alpha donnant lieu à des dommages matériels, nécessitant l'enlèvement de l'épave et la fermeture du puit, entraînant des poursuites en responsabilité et des pertes de revenus ;
- une collision entre deux 747 sur une grande ville américaine causant des demandes d'indemnisation en responsabilité de 1 milliard de dollar pour chaque avion,
- tout autre sinistre causant des dommages dépassant 10 % des cotisations d'assurance du « Syndicat ».

Les souscripteurs devaient également évaluer les conséquences de la réalisation des deux sinistres les plus graves la même année. »

Cette évaluation est intéressante, car elle souligne la place prépondérante des catastrophes naturelles et celle, modeste, des autres risques. Une autre statistique publiée en 1997 par la revue *Business Insurance* fait apparaître qu'au cours des vingt dernières années, parmi les vingt catastrophes assurées les plus considérables, deux seulement concernent des installations industrielles ; la plus importante, celle de l'explosion de la plate-forme Piper Alpha, étant estimée à 2,7 milliards de dollars. On remarquera également que le seul acci-

dent nucléaire survenu dans le monde occidental – Three Mile Island aux États-Unis – est absent de cette liste. Enfin, pour terminer cette énumération, notons que les sinistres assurés pendant la phase de construction du tunnel sous la Manche se sont élevés à 400 millions de francs.

Il apparaît donc que les grands risques industriels comptent pour une part modeste dans les sinistres majeurs pris en charge par l'assurance, loin derrière les catastrophes naturelles, même si celles-ci, bien évidemment, n'épargnent pas les biens des grandes entreprises.

Cette situation s'explique par le fait que les grandes entreprises développent toutes une politique de prévention active et efficace qui va au-delà des mesures imposées par les textes législatifs ou réglementaires. Assez curieusement d'ailleurs, il n'y a pas de statistiques publiées sur le coût de cette politique !

La maîtrise des risques et la puissance financière de ces entreprises font qu'elles se sont dotées depuis longtemps de structures de transfert de risques au niveau, soit de l'entreprise elle-même, soit d'une branche d'activité : captives d'assurance et/ou de réassurance, mutuelles etc. Le transfert de risque se limite alors essentiellement aux risques de catastrophe, dont la couverture, d'un coût très élevé mais d'une probabilité non moins faible, a attiré une masse importante de capitaux, contribuant ainsi à favoriser la baisse des cotisations. Cette baisse a été amplifiée par la concurrence entre grands réseaux d'intermédiaires, en l'absence de réseaux commerciaux propres des compagnies d'assurance pour ce type de garanties.

À court terme, cette situation est très profitable aux assurés, mais il est permis de s'interroger sur sa pérennité. N'y a-t-il pas là un risque de voir disparaître un jour toute capacité disponible sur le marché ? Par ailleurs, on peut se demander si les entreprises concernées ne trouveraient pas des solutions alternatives, pour un coût comparable à celui de l'assurance.

Un autre acteur a en effet surgi : le monde des banques et de la finance. Sa puissance est sans commune mesure avec celle de l'assurance : aux États-Unis, les fonds propres des compagnies d'assurance et de réassurance sont de 220 milliards de dollars, quand le marché des capitaux représente 19 000 milliards de dollars. Ce sont les réassureurs qui ont d'abord eu recours aux techniques financières, en utilisant notamment la titrisation des risques par émission d'obligations à un taux supérieur à celui du marché, mais dont le paiement des coupons ou le remboursement du principal sont subordonnés à la réalisation d'une condition déterminée à l'avance : survenance d'un événement localisé et d'une ampleur mesurable, dépassement de seuil par un indice de sinistralité établi de façon indépendante, dépassement de seuil par le cumul des sinistres. Par ailleurs, divers contrats financiers permettent aujourd'hui de se couvrir contre les effets du climat sur le résultat d'une entreprise, d'autres fournissent une protection conjointe contre des aléas techniques et financiers¹.

Dans un proche avenir, les grandes entreprises ayant la capacité de jouer le rôle de leur propre assureur se tourneront vers ces techniques pour couvrir leurs risques majeurs. Elles disposent d'un avantage : leurs équipes de directions financières ont déjà une bonne connaissance des instruments à utiliser, ceux-ci servant déjà à couvrir d'autres risques. Quant au coût, on peut pronostiquer des baisses importantes avec la mise au point de nouveaux produits, la création de nouveaux marchés et l'apparition de nouveaux acteurs. Par exemple, la dérégulation du marché de l'énergie en Europe entraînera certainement le développement des produits de couverture des aléas climatiques (voir *Les Échos* du 23 septembre 1999).

Les développements précédents concernent essentiellement, au sens très large des termes, les risques matériels du patrimoine global des entreprises et de leurs actionnaires. Les risques causés par les grandes entreprises et qui affectent des tiers, leurs

clients notamment, appelés ici par simplification le « risque de responsabilité civile », méritent quelques remarques particulières. Il convient notamment de distinguer le besoin en capacité d'une part, le service d'indemnisation des dommages d'autre part.

Sur le premier point, on relèvera deux chiffres : en 1996, le sinistre le plus important réglé par les assureurs RC s'est élevé à 200 millions de francs (voir *L'Argus* du 7 février 1997). L'indemnisation des tiers à l'extérieur de la raffinerie de la Méde, à la suite du sinistre de 1992, s'est élevée à 19,40 millions de francs (voir *L'Assurance Française*, mai 1996).

On retrouve ici les données déjà évoquées à propos des dommages aux biens : le règlement des sinistres courants ne doit pas poser de problèmes financiers aux grandes entreprises industrielles. Le recours à l'assurance est donc limité à la couverture de risques catastrophes. Mais il convient de noter que les capacités d'assurance peuvent se révéler insuffisantes pour couvrir cette catégorie de risques. On rappellera à ce sujet que 17 % seulement des dommages dus aux catastrophes naturelles en 1998 ont été pris en charge par l'assurance (15 milliards de dollars sur un total de 90 milliards de dollars). On peut penser qu'un ratio du même ordre de grandeur se retrouverait à la suite d'une catastrophe industrielle.

L'apport de l'assureur semble donc être moins du côté de la garantie financière que du service rendu en matière d'indemnisation des victimes. Dans ce domaine, les assureurs disposent en effet de réseaux de professionnels compétents et d'un savoir-faire spécifique. Il est de l'intérêt des entreprises industrielles de l'utiliser, d'autant que l'interface d'un assureur leur évite d'être en première ligne face aux victimes, qui sont aussi parfois leurs clients. Ajoutons que le recours aux assureurs permet également de mieux contenir les frais d'expertises divers liés aux sinistres (experts, avocats, etc.).

Les grandes entreprises et leurs assureurs doivent donc trouver une solution pour échapper aux contradictions de la situation actuelle :

concurrence entre divers modes de couverture des risques catastrophiques (assurance ou finance), réduction du montant des cotisations et nécessité de recourir aux services des assureurs pour gérer les sinistres.

Esquissons à présent quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

L'avenir

En premier lieu, les grands risques industriels sont appelés à changer de nature. Les pertes économiques résultant (ou non) d'accidents seront plus importantes que les dommages matériels eux-mêmes. Par exemple, la dépendance des entreprises vis-à-vis des réseaux d'information à tous les stades de leur activité constitue un nouveau risque majeur. En effet, la gestion des moyens de transfert des informations, de certains fichiers ou bases de données, échappe au contrôle d'une seule entreprise, ce qui soulève une autre question relative à la prévention des risques. Qui peut raisonnablement l'assumer ? Une fausse piste consisterait à penser qu'il reposerait entièrement sur l'exploitant du réseau d'information.

Dans ce domaine précis, les assureurs ont un rôle majeur à jouer compte tenu de leurs interventions dans les multiples secteurs de la vie économique. Une méthodologie d'analyse, d'évaluation, de maîtrise des risques, expérimentée dans un secteur d'activité, peut aider à résoudre des problèmes de même nature dans un autre secteur. Il en est de même de l'expérience tirée du règlement des sinistres. Avant l'assurance, l'offre de services des assureurs – et certains d'entre eux commencent d'ailleurs à développer cette approche – doit donc porter sur les moyens de gestion des risques.

Les conséquences de la perte d'image d'une grande entreprise industrielle suite à un accident

ont, à l'avenir, toutes les chances d'être plus graves que les dommages matériels directs. Plusieurs exemples récents l'ont déjà démontré, et ce phénomène ne peut que s'accroître avec le développement du consumérisme. Pour ce risque également, l'offre des assureurs doit porter principalement sur l'analyse et les conclusions à tirer de la gestion de sinistres similaires, l'aide à apporter à l'entreprise au moment de la crise, ou mieux, au préalable, pour l'établissement de plans de crise.

Un autre champ est apparu, celui de la protection des résultats de l'entreprise et donc des revenus des actionnaires. Pour l'instant, les produits offerts concernent la couverture des aléas climatiques – essentiellement sur le marché américain. Comme il a été indiqué précédemment, ces produits ont d'abord été conçus pour et par les réassureurs pour se protéger des conséquences de catastrophes naturelles. Le marché, pour l'instant restreint, tend néanmoins à se développer. Le point clef de ces couvertures est la bonne définition du mécanisme de déclenchement : cela suppose des études techniques lourdes, mais dont les principes sont connus des assureurs. La compétition avec le monde financier est donc pour eux loin d'être perdue – à condition que les investissements en moyens humains nécessaires soient réalisés. Aux États-Unis, certains assureurs envisagent aujourd'hui d'aller plus loin et d'offrir des protections contre tous les aléas pouvant affecter les résultats d'une entreprise, dans le cadre d'un programme global couvrant tous les risques.

Les assureurs étant des investisseurs importants, pourquoi ne participeraient-ils pas à côté des banques au financement des projets des grands industriels ? Il semblerait qu'un grand réassureur se soit engagé dans cette voie pour le financement de projets de production d'électricité à partir de turbine à gaz.

Si on ajoute à ceci le rôle des assureurs dans la gestion du risque « responsabilité civile », il apparaît que les demandes des grands industriels vis-à-vis de l'assurance vont s'orienter à l'avenir autant

vers la fourniture de services que celle de capacité. L'organisation de l'assurance devra donc s'adapter. Bien entendu, les produits classiques (tous risques constructions, exploitations, responsabilité civile) ne disparaîtront pas du jour au lendemain, mais devront évoluer à leur tour. Ainsi, certains assureurs américains commencent à offrir la garantie du *functional replacement*, c'est-à-dire par exemple en cas de sinistre total, le remplacement d'une installation ancienne de production d'électricité par une installation nouvelle, du type turbine à gaz.

Cet effort d'adaptation devra être partagé avec les grands industriels. Cela suppose un dialogue plus étroit entre les protagonistes. L'assureur sera davantage un partenaire qu'un fournisseur choisi seulement sur appel d'offres et dont on change fréquemment. Entre acteurs de même niveau, ceci n'est pas impossible à réaliser.

En outre, au sein des grandes entreprises, il conviendra de faire dialoguer entre eux les principaux gestionnaires de risques (financiers, stratégiques, opérationnels, accidentels) et d'arbitrer entre les divers types de couvertures, avec ce que ceci suppose de compétition entre assurance et finance.

Enfin, un autre domaine doit être cité : celui de la protection sociale (prévoyance et retraite). Même s'il n'est pas propre aux grandes entreprises, les assureurs vont désormais y jouer un rôle majeur. En France, on peut penser que l'évolution sera lente, mais elle est inéluctable. Ces questions se posent déjà pour les multinationales qui ont du personnel placé sous des régimes sociaux locaux différents. Ce secteur est donc appelé à avoir un développement important, et son chiffre d'affaires à dépasser largement celui des risques industriels.

En conclusion, dans les rapports assurance-grande industrie, les techniques changeront, les hommes aussi, mais les deux acteurs continueront à jouer ensemble car leur rupture totale n'est pas envisageable.

Les réflexions exprimées ci-après engagent exclusivement la responsabilité de leur auteur ; elles doivent être prises comme telles et ne constituent en aucune façon l'exposé d'une doctrine. Racelec (Risques Assurance Conseil Électricité) est la filiale de courtage d'assurance du groupe Électricité de France. Elle travaille exclusivement pour ce groupe industriel.

Note

1. Voir le numéro spécial de la revue *Assurer* de septembre 1999.

L'ASSURABILITÉ

DES RISQUES CATASTROPHIQUES

Daniel Zajdenweber

Professeur de sciences économiques

Université Paris-X-Nanterre et Thema (CNRS)

La croissance exponentielle des dommages causés par les catastrophes naturelles est un défi pour les assureurs et les réassureurs. En ce qui concerne le phénomène naturel le plus coûteux et le plus fréquent, à savoir les ouragans sur la côte Est des États-Unis, nous montrons que l'essentiel de la croissance des dommages n'est pas dû à une aggravation des conditions climatiques, mais à la croissance économique et à la concentration des richesses dans des régions très peuplées. Enfin, nous proposons une estimation des dommages maximaux potentiels séculaires.

Les ouragans sont les catastrophes naturelles les plus coûteuses et les plus fréquentes aux États-Unis. Globalement, depuis 1925, ceux de la côte Est ont coûté plus de 339 milliards en dommages totaux redressés (BTFFDR [1995] ; Pielke et Landsea [1997]), soit en moyenne près de 4,8 milliards par an ou encore 3 milliards par ouragan touchant la côte Est, du Texas à la Caroline du Nord et même parfois au-delà. Le nombre moyen annuel de ce type de cataclysme se formant sur l'Atlantique nord s'élève à 5,2 (Crutcher et Quayle [1994]), parmi lesquels environ un tiers touche le continent (1,6 par an exactement). De fait, entre 1925 et 1995, ce fut le cas de 114 d'entre eux¹, dont 100 ont coûté plus de 1 million en dégâts matériels (en dollar constant, valeur 1995). Et parmi ceux-ci, 38 ont coûté plus de 1,5 milliard et 19 plus de 5 milliards². L'analyse des dommages matériels en valeur courante montre qu'ils croissent de façon exponentielle depuis une trentaine d'années, avec le record d'« Andrew » (30 milliards de dommages totaux en 1992), tandis que le nombre d'ouragans frappant le continent (avec ou sans dommage matériel) varie entre 0 et 6 par an.

Ces données brutes suscitent trois questions angoissantes pour les habitants des régions menacées et pour leurs assureurs : les ouragans deviennent-ils plus violents ? Sont-ils de plus en plus fréquents ? Quels sont les dommages futurs à craindre ? Les deux premières questions posent le problème, très débattu actuellement, d'un changement de régime climatique lié à un éventuel « réchauffement » tendanciel de la planète. Ce changement peut affecter la fréquence et/ou la violence des ouragans. Nous analyserons leur fréquence dans une première partie, car elle ne pose qu'un problème climatique. En revanche, la violence n'est pas seulement un phénomène climatique : elle ne peut être valablement mesurée qu'après normalisation des dommages. Cette tâche difficile implique de corriger tous les dommages connus depuis le début du siècle, d'une part des effets de la croissance de la population, d'autre part de la croissance de sa richesse immobilière – et dans une moindre mesure mobilière – et, enfin, du changement de valeur du dollar, le tout, année par année, comté par comté. Par exemple, le sud-est de la Floride, en gros la région de Miami-Fort Lauderdale, a vu sa population multipliée par

30 depuis 1926 (source : US Bureau of census), tandis que le dollar perdait environ 90 % de sa valeur en pouvoir d'achat. Fort heureusement, ce « travail de bénédictin » a été entrepris et réalisé par deux scientifiques, respectivement du *National Center for Atmospheric Research* et du *Noaa* : R. A. Pielke Jr. et C. W. Landsea [1997]. Leurs travaux, disponibles sur Internet, sont abordés dans une deuxième partie, où ils serviront pour la recherche d'une éventuelle tendance dans la violence ou la gravité des ouragans, analysée dans notre troisième partie. Ils nous seront également utiles pour estimer les dommages maximums potentiels auxquels la population de la côte Est peut s'attendre dans les années à venir – ceux-ci seront estimés dans notre dernière partie.

Fréquence annuelle des ouragans (1925-1995)

Au cours de ces quelque 70 ans, le nombre annuel d'ouragans touchant le continent a varié entre 0 (14 années) et 6 (en 1985) avec deux autres années exceptionnelles : 1964 et 1933 (respectivement 4 et 5 ouragans). Le tableau 1 résume toute la distribution des fréquences annuelles des ouragans, qui obéit à une loi de Poisson d'espérance $\lambda = 114/71 = 1,6$. Le test d'adéquation du χ^2 avec 3 degrés de liberté donne un résultat significatif : $\chi^2 = 5,46$ (valeur critique : 7,82). N est le nombre annuel, « Théo. » signifie fréquence théorique et « Réelle », fréquence observée³.

Tableau 1

N	Théo.	Réelle
0	14,26	14
1	22,89	26
2	18,37	14
3	9,83	15
4	3,94	1
5	1,27	1
6	0,34	1

Toutefois, malgré le résultat du test du χ^2 , des différences sensibles apparaissent entre les fréquences théoriques et les fréquences réelles. Certaines fréquences réelles sont trop faibles, d'autres trop fortes. En fait, ces différences sont dues à des fluctuations d'échantillonnage inévitables avec un petit nombre de données (114 observations pour 7 classes). Une simulation de plusieurs tirages aléatoires, effectuée avec la même distribution de Poisson d'espérance 1,6, donne quelques cas semblables à ceux du tableau 1. La conséquence essentielle de la distribution poissonnienne des fréquences annuelles est que les ouragans touchant la côte Est des États-Unis, quels que soient leurs dommages, sont indépendants les uns des autres. Il n'y a donc pas de corrélation qui les ferait survenir par paquets, avec des périodes fastes alternant avec des périodes néfastes. Nous verrons qu'il est possible d'affiner cette analyse en tenant compte des montants normalisés des dommages, objet de notre deuxième partie.

Normalisation des dommages

En corrigeant tous les préjudices, assurés ou non, comté par comté, causés par les 114 ouragans ayant frappé la côte Est depuis 1925, Pielke et Landsea (*op. cit.*) ont contribué de façon décisive à l'évaluation de la gravité des ouragans. Ils font apparaître trois résultats essentiels. Premièrement, la distribution temporelle des magnitudes selon l'échelle de Saffir-Simpson (1 à 5, en violence croissante selon la vitesse du vent cyclonique) ne présente aucune tendance, ni aucune corrélation. Deuxièmement, les dommages normalisés ne font plus apparaître la moindre tendance. La pente de la droite des moindres carrés, ajustée sur les 71 dommages annuels normalisés, a pour valeur 0 (D. Zajdenweber [1999]). La normalisation des dommages révèle ainsi que leur croissance exponentielle est due uniquement à la croissance de la

population urbaine et à la croissance économique, mais aussi qu'il y a eu par le passé plusieurs ouragans au moins aussi ruineux qu'Andrew en 1992.

De fait, troisième résultat de la normalisation, l'ouragan le plus catastrophique n'est plus Andrew, mais un anonyme de 1926 qui coûta à plus du double : 72,3 milliards (105 millions en valeur brute).

Fréquence annuelle des dommages

Disposant des dommages normalisés, il est maintenant possible d'évaluer leurs fréquences annuelles et, en cas d'indépendance, de déterminer aisément la distribution des sinistres de type « ouragan ». Nous avons choisi deux seuils d'analyse : 1 million, qui est le plus petit dommage normalisé recensé, et 1,5 milliard, qui correspond aux 38 ouragans catastrophiques entre 1925 et 1995. Les tableaux 2 et 3 sont éloquentes, l'ajustement à une distribution de Poisson y est excellent. Il y a, en moyenne, $100/71 = 1,41$ ouragan par an coûtant au moins 1 million et un peu plus d'1 ouragan sur 2 par an coûtant au moins 1,5 milliard.

Les assureurs peuvent être tranquilisés – du moins en partie – : au niveau agrégé de la côte Est, il n'y a pas de corrélation entre les dommages causés, quels que soient leur montant. Les préjudices sont le résultat d'un tirage purement aléa-

toire ; leur tendance croissante disparaît quand on les normalise et l'apparente augmentation de la fréquence annuelle des ouragans (surtout les catastrophiques) est le résultat bien connu des probabilistes : l'absence de corrélation ne signifie pas absence de regroupement fortuit.

Distribution des probabilités des dommages

Puisque les dommages sont indépendants les uns des autres, la distribution statistique peut être ajustée et ses paramètres estimés sans qu'il soit nécessaire de modifier la structure des données normalisées. En fait, comme ce sont les dommages catastrophiques qui préoccupent les habitants et leurs assureurs, nous nous intéressons surtout à la queue de distribution, car c'est elle qui détermine la valeur extrême des préjudices à craindre. Combinée avec la fréquence des dommages catastrophiques, elle permet d'évaluer le montant de ces derniers.

L'article de Pielke et Landsea est complété dans l'une de ses annexes par trois ouragans catastrophiques, dont les dommages normalisés excèdent 5 milliards. Datés de 1900 à 1924, ils ne font pas partie de leur base de données publiée. De même, deux ouragans de type catastrophique, avec des dommages supérieurs à 5 milliards, ont frappé la

		$\lambda = 1,41$	
	N	Théo.	Réelle
	0	17,36	16
	1	24,45	26
	2	17,22	17
	3	8,08	9
	4	2,85	2
	5	0,80	1
$\chi^2 = 0,214$			
(valeur critique : 5,99 ; 3 degrés de liberté)			

		$\lambda = 0,54$	
	N	Théo.	Réelle
	0	41,38	40
	1	22,34	24
	2	6,03	7
$\chi^2 = 0,325$			
(valeur critique : 3,84 ; 1 degré de liberté)			

côte Est depuis la parution de leur article. Nous disposons donc d'un échantillon de 24 ouragans désastreux couvrant la période 1900-1998. Le tableau 4 en donne les montants normalisés des dommages, en milliards de dollars, classés par montant décroissant, et leurs années.

Tableau 4

Dommmages	Années
72,3	1926
33,1	1992
26,6	1900
22,6	1915
16,9	1944
16,6	1938
13,8	1928
12,4	1965
12,0	1960
10,9	1969
10,7	1972
10,2	1955
9,4	1989
9,1	1954
8,3	1947
7,1	1961
7,0	1954
6,5	1944
6,3	1945
6,3	1979
5,8	1949
5,6	1919
5,3	1996
5,0	1998

La distribution théorique qui ajuste le mieux cette queue de distribution est la loi dite « de Pareto », bien connue des réassureurs qui y sont souvent confrontés dans l'évaluation des risques catastrophiques (H. Schmitter et P. Bütikofer [1998] ; D. Zajdenweber [1999]). Sa courbe de fréquence cumulée a pour équation : $F(x)=Cx^{-\alpha}$.

C : constante de normalisation correspondant à la plus petite valeur recensée, 5 milliards.

α : exposant caractéristique.

L'estimation de α donne une valeur très faible : $\alpha=1,2$ (D. Zajdenweber [1999]). Propriété remarquable de la loi de Pareto, la variance est infinie lorsque α est inférieur à 2. Dans ce cas, la queue de distribution est si longue que la variance n'est plus définie.

En combinant la distribution des tailles des dommages donnée par la loi de Pareto, avec le nombre annuel moyen d'ouragan(s), dont les dommages excèdent 5 milliards (un tous les quatre ans en moyenne), on obtient la valeur de l'ouragan

catastrophique séculaire. Il correspond à celui de 1926 : 73 milliards. Quant à l'ouragan le plus dommageable, susceptible de se produire un jour au cours des deux prochains siècles, sa valeur estimée en extrapolant la loi de Pareto s'élève à 144 milliards (D. Zajdenweber [1999]). Il serait plus coûteux que l'ouragan Andrew (force 4), si celui-ci avait frappé Miami et non pas « seulement » ses environs (dont les dommages potentiels totaux ont été évalués à 100 milliards). Il correspond en fait à un ouragan de force 5, comme Camille en 1969, si celui-ci avait frappé une grande agglomération du Texas (Houston-Galveston) ou l'est de la Floride (Miami-Fort Lauderdale) ou encore l'ouest de ce même État (Tampa-Clearwater-St-Petersburg).

Conclusion

La croissance exponentielle des dommages causés par les ouragans sur la côte Est des États-Unis est due uniquement à la croissance de la population urbaine et à la croissance économique. La normalisation des données brutes ne laisse aucun doute à cet égard, tandis que l'analyse de la fréquence annuelle des ouragans et de leur force ne permet pas de déceler un éventuel changement de régime dû à une modification climatique durable, comme le « réchauffement global » de la planète. Ces résultats ne veulent pas dire qu'un changement n'est pas en train de s'effectuer. Ils signifient seulement que l'analyse des données passées, depuis le début du XX^e siècle, ne sont pas suffisantes pour en démontrer l'existence. En revanche, ces mêmes données révèlent que les pires catastrophes potentielles sont au moins deux fois plus coûteuses qu'Andrew. L'ouragan séculaire coûte 73 milliards et il a été effectivement observé en 1926, tandis que sur une période de deux siècles il pourrait atteindre 144 milliards.

N.B. : Les sommes et montants indiqués sont en dollars américains.

Bibliographie

BTFFDR (Bipartisan Task Force on Funding Disaster Relief, 1995), « Federal Disaster Assistance », *US Senate*, 104-4.

Crutcher et Quayle, 1994, cités par Michel Hontarrède et France-L. Galli (1998), « Tempêtes tropicales et ouragans », *Revue du Palais de la Découverte*, 256, 29-42.

Roger A. Pielke et Christopher W. Landsea (1997), « Normalized hurricane damages in the United States : 1925-1995 ». *Mimeo et Internet*.

Hans Schmitter et Peter Bütikofer (1998), « Estimating property excess of loss premiums by means of the Pareto model ». *Swiss Reinsurance Company*.

Daniel Zajdenweber (1999), « Économie des extrêmes », *Flammarion*, à paraître.

Notes

1. *Nous ne traitons que des ouragans. Les tempêtes tropicales, qui sont aussi nombreuses, occasionnent des dommages beaucoup plus faibles. Le critère de distinction est très précis : l'ouragan est formé dès que la vitesse du vent cyclonique dépasse 118 km/h, chiffre qui correspond à la formation de « l'œil ».*

2. *Nous ne traitons que des dommages matériels. En effet, les morts ou disparus et les blessés, sans être en nombre négligeable, ne sont, heureusement, plus aussi nombreux que par le passé, grâce à une meilleure organisation des procédures d'alerte et d'évacuation préventive.*

3. *De même, le nombre d'années ayant subi au moins un ouragan obéit à une distribution binomiale d'espérance égale à 0,8. Cette espérance reste inchangée quand on divise la série chronologique en deux, de 1925 à 1957 d'une part et 1958 à 1995 d'autre part.*

ASSURANCE SOCIALE ET INTÉGRATION ÉCONOMIQUE

Pierre Pestieau

Professeur à l'université de Liège

Avec une mobilité des facteurs de production sans cesse accrue, le contexte actuel d'intégration économique pourrait conduire à l'érosion progressive des politiques redistributives de protection sociale. Les États qui souhaitent maintenir l'autonomie de telles politiques devront faire preuve de coordination et de détermination.

La plupart des États européens offrent un niveau de protection sociale élevé. Cette protection renferme deux composantes, l'une essentiellement assurantielle, l'autre redistributive. En outre, l'assurance privée est soumise à diverses contraintes qui ont pour effet d'opérer certaines redistributions entre classes de risques. Comment cette situation est-elle susceptible d'évoluer dans le contexte d'une intégration économique toujours plus forte ?

Différenciation des risques et redistribution

La logique concurrentielle implique de façon très claire la sélection et la différenciation des risques. Dans cette optique, un conducteur inexpérimenté circulant dans une grosse agglomération au volant d'une voiture neuve et coûteuse devrait payer une prime plus élevée qu'un conducteur chevronné vivant à la campagne et utilisant occasionnellement un véhicule sans valeur. Cette différenciation, que d'aucuns jugent parfois choquante, n'est pas différente de celle qui distingue par le prix une voiture de sport d'un véhicule de petite cylindrée. Elle est

cependant plus difficile à mettre en œuvre car elle exige un ensemble de renseignements dont certains sont confidentiels, parfois invérifiables, voire même inaccessibles.

La difficulté d'obtenir certaines informations, le coût qui s'y rattache, de même que les obstacles légaux ou éthiques auxquels leur utilisation peut se heurter, conduisent parfois les assurances à renoncer à la différenciation des risques. Par exemple, dans le calcul de la prime d'une assurance vie, il n'a pas toujours été question de tenir compte du sexe de l'assuré, alors que les différences de longévité étaient connues.

À supposer que la différenciation soit techniquement et légalement possible, toute société d'assurance qui se refuse à différencier les risques, et qui impose donc une prime calculée en fonction du risque moyen dans la population, s'expose à la menace d'écrémage. En effet, d'autres assureurs seront tentés d'attirer les « bons risques » en leur proposant une couverture identique à un tarif inférieur. En modulant leurs primes selon la probabilité d'accident de chacun, ces sociétés d'assurances peuvent offrir aux bons risques un traitement beaucoup plus favorable que celui qu'ils pouvaient obtenir dans un régime de prime indifférenciée.

L'idée qui vient d'être évoquée, à savoir que toute prime doit être proportionnelle au risque

encouru, conduit au principe de justice actuarielle, parallèle à celui de juste prix. Appliqué à l'assurance automobile, ce principe ne soulève guère d'objection éthique. En revanche, appliqué à l'assurance maladie, il en soulève beaucoup plus. Dans ce domaine, l'opposition entre justice actuarielle et justice redistributive est claire. Alors que la justice actuarielle implique un transfert des chanceux vers les malchanceux, la justice redistributive suppose en outre une redistribution des bons vers les mauvais risques, mais aussi des hauts vers les bas revenus.

Dans une économie de marché, l'assurance privée n'opère pas de telles redistributions. Elle peut cependant y être en partie contrainte pour deux raisons. Tout d'abord, pour des raisons légales, il est parfois impossible d'opérer certaines sélections de risques. On notera que cette impossibilité n'implique pas nécessairement une redistribution positive, à savoir un transfert des riches vers les pauvres. Ainsi, un système de retraite uniforme – même contribution, même protection pour tous – serait régressif dans la mesure où les plus bas revenus ont aussi une longévité moindre.

Se pose la question de ce qui peut être observé. Certaines caractéristiques, en particulier dans le domaine médical, ne sont pas détectables, non seulement par l'assureur, mais parfois aussi par l'assuré lui-même. Lorsque l'ignorance est symétrique, elle débouche inévitablement sur une assurance uniforme. Une telle situation est bienvenue pour les assurés qui ont une probabilité relativement plus élevée d'encourir une perte. Dans ce cas, l'assurance protège doublement, contre le risque lui-même, mais aussi contre le risque d'être un mauvais risque.

Dans la plupart des cas, l'ignorance n'est pas symétrique. En effet, l'assuré peut disposer de certaines informations inconnues de l'assureur. Lorsque l'assuré connaît sa classe de risque, l'uniformité de traitement ne s'impose pas forcément. Dans la plupart des cas, les plus mauvais risques

s'assureront davantage, mais ils ne seront pas pour autant les perdants. Les véritables perdants seront en fait les bons risques qui ne trouvent pas d'assurance avec couverture complète correspondant à leur risque réel. S'il y a corrélation entre niveaux de revenus et nature du risque (les bons risques sont aussi les hauts revenus), il y a redistribution.

Ainsi donc, la sélection des risques par l'assurance privée peut ne pas se réaliser pour deux types de raisons, éthiques et légales d'une part, informationnelles d'autre part. Dans l'un et l'autre cas, il n'est pas certain que cette sélection conduise à une redistribution. Il y a certes redistribution entre classes de risques mais pas nécessairement entre classes de revenus.

Sauf exception, l'assurance sociale n'est pas soumise au seul principe de la justice actuarielle. Elle fait souvent plus et c'est d'ailleurs ce « plus » qui justifie son existence. Dans de nombreux pays, par exemple, l'assurance maladie publique fournit à tous une couverture identique pour un prix qui croît avec le revenu. L'assurance retraite fait de même, tout au moins dans les pays de tradition *beveridgienne*, c'est-à-dire là où les prestations de retraite sont uniformes alors que les cotisations sont proportionnelles aux revenus du travail avec, il est vrai, parfois des plafonds. Il existe cependant des pays de tradition *bismarckienne* où l'assurance sociale est plus neutre d'un point de vue actuariel. Dans ces pays, l'assurance chômage, invalidité, retraite... tend à fournir des prestations proportionnelles aux revenus. On aura remarqué que l'on passe du concept de justice à celui de neutralité actuarielle, deux concepts identiques mais dotés de connotations symboliques différentes.

Le caractère plus ou moins redistributif d'une assurance sociale n'est pas sa seule caractéristique ; sa générosité est aussi importante. Dans les pays qui fournissent une protection uniforme mais relativement faible, les assurés sont alors tenus de se procurer, s'ils le peuvent, des assurances complémentaires, privées. De nombreux travaux récents

établissent une relation négative entre le caractère plus ou moins redistributif et la générosité de l'assurance sociale. Pour que celle-ci soit généreuse, il importerait que toutes les classes sociales y trouvent leur compte, ce qui implique une redistribution moindre.

La régulation de l'assurance privée et la redistributivité de l'assurance sociale se sont développées dans les États providence modernes à un moment où il était peu question de mobilité des facteurs et d'intégration financière. Avec la mobilité du travail comme du capital et une économie européenne, voire mondiale, la question qui se pose aujourd'hui est celle du devenir de ces régulations et de ces redistributions. C'est de cette question que nous allons traiter maintenant.

Mobilité des personnes et assurance sociale

De même qu'une société d'assurance privée ne peut éviter la sélection des risques, là où elle se pratique, sous peine d'être contrainte de ne garder que les mauvais risques et, partant, de relever ses propres tarifs, de même certains pays pourraient être amenés à abandonner leur politique sociale sous peine de connaître le départ des bons risques ou l'afflux de mauvais risques.

Deux remarques liminaires s'imposent sur ce point. Tout d'abord, il n'y a pas lieu de se réjouir d'une telle dynamique car il n'est pas nécessairement souhaitable de voir la volonté démocratique d'une nation minée par l'éventualité du départ de certains de ses habitants. On retrouve la même problématique dans le débat sur l'impossibilité de taxer efficacement le capital financier, par essence mobile, ou encore les personnes à hauts revenus qui peuvent facilement changer de lieu de résidence.

En second lieu, que peut-on faire ? Doit-on se

résigner à se laisser piéger par cette dynamique antiredistributive ? Et comment y résister ? Ici aussi, les réponses sont les mêmes que celles données face au danger d'une concurrence fiscale empêchant toute redistribution.

Il n'est pas besoin de mobilité des personnes pour forcer les gouvernements à renoncer à certaines régulations éloignant le marché de l'assurance nationale de la neutralité actuarielle. Avec l'intégration financière, il est de plus en plus facile pour les bons risques d'obtenir des conditions avantageuses dans un pays voisin si, dans le leur, la différenciation des risques ne s'est pas à l'ordre du jour. Pour l'assurance privée, il n'y a pas d'obligation de résider dans le lieu où l'on s'assure. Il en va autrement pour l'assurance sociale où il doit y avoir coïncidence entre le pays où l'on travaille et celui qui fournit l'assurance. Dans ce cas, si l'assurance sociale est obligatoire, la seule parade est le « vote avec les pieds », autrement dit l'immigration des jeunes actifs vers des cieux plus cléments.

Mais pourquoi émigrer ? L'émigration devient valable si, toutes choses égales d'ailleurs et en dehors de considérations telles que l'attachement au sol, à la culture et au mode de vie, on peut obtenir un revenu net attendu plus élevé dans un autre pays. Si tel est le cas et si les coûts de mobilité ne sont pas prohibitifs, les individus à revenus élevés préféreront s'installer dans des pays à faible redistribution, les individus représentant de bons risques dans des pays pratiquant une assurance sociale actuariellement neutre. En revanche, les individus pauvres, de santé fragile et ayant un emploi précaire préféreront vivre dans un pays où l'assurance sociale est fortement redistributive.

Cette idée est parfaitement résumée par Hans Werner Sinn quand il écrit : « Les pauvres perdront car les gouvernements ne seront plus capables d'assurer une redistribution aussi considérable qu'actuellement. Il sera difficile pour un pays isolé de prélever sur les riches les fonds nécessaires. D'autre part, les allocations versées aux pauvres dans un

pays attireront davantage de pauvres venus d'ailleurs, au point de rendre cette politique insoutenable. L'effet «ville de New York» causera la mort des États providence d'Europe si la concurrence sans entrave des systèmes d'imposition est permise. [...] Même si tous les Européens étaient aussi peu enclins à la prise de risque et préféreraient la redistribution gouvernementale au laisser faire, un système décentralisé de gouvernements nationaux en concurrence ne serait pas en mesure de répondre à leurs aspirations. Tout pays qui essaierait de mettre en place un État assureur courrait à la faillite parce qu'il serait confronté à une émigration des plus chanceux, qui sont censés être les payeurs, et à une immigration des malchanceux qui sont censés être les bénéficiaires du système. » (Sinn, 1990) A terme, on aboutit à une situation de dumping social où l'emporte la règle du « moins-disant ».

Nous venons de décrire la difficulté, voire l'impossibilité de mener une politique sociale redistributive (des hauts vers les bas revenus, des bons vers les mauvais risques). Il existe une autre difficulté propre aux systèmes d'assurance sociale affectant la redistribution intergénérationnelle. C'est le cas des systèmes de retraite et d'assurance maladie où les générations qui contribuent ne sont pas celles qui reçoivent les prestations. On sait que ces systèmes ont entraîné au cours des dernières décennies un endettement croissant des générations présentes au détriment des générations futures. Cette dette implicite qui s'ajoute à la dette publique traditionnelle varie d'un pays à l'autre. Toutes choses étant égales d'ailleurs, un jeune Britannique commence sa vie active avec une dette nettement plus faible qu'un jeune Français ou un jeune Allemand. Cet avantage implique des perspectives de fiscalité moins lourde et moins contraignante ; il peut aussi expliquer les localisations choisies par les individus qui sont les plus mobiles et qui ont le plus à perdre. À terme, cette situation devrait pousser les gouvernements à réduire le recours au financement par répartition et à s'appuyer davantage sur le principe de la capitalisation.

Que faire ?

Comme nous venons de le voir, dans une économie intégrée, il sera de plus en plus difficile de mener des politiques sociales donnant lieu à une redistribution entre classes de risques et classes de revenus. Il sera impossible d'imposer aux assurances privées des réglementations et des contraintes les éloignant de la neutralité actuarielle. Cette dynamique conduisant au détricotage d'attributions fondamentales de l'État providence ne nécessite pas forcément la mobilité des personnes. Celle du capital, aujourd'hui très élevée, suffit à de nombreux égards.

Que peut-on faire ? Il est clair que les États nationaux qui veulent résister à cette dynamique, peuvent le faire. Deux moyens s'offrent à eux. Ils peuvent tout d'abord se décharger de certaines prérogatives sur une autorité supranationale. Dans la plupart des États fédéraux, la redistribution et la sécurité sociale relèvent de la compétence du gouvernement central. Sans aller aussi loin, ils peuvent aussi décider de coopérer pour harmoniser leurs politiques et ne pas se laisser piéger par ce jeu de dumping social. Malheureusement, l'exemple de la non-taxation des revenus du capital financier ne nous incite pas à l'optimisme. Il est depuis longtemps de la nécessité d'un pouvoir national ou d'une coordination entre États, mais rien ne se fait.

L'espoir viendra peut-être des citoyens eux-mêmes. Après tout, l'État providence que nous connaissons aujourd'hui résulte de la volonté populaire. Les citoyens lui reconnaissent des qualités. Même ceux qui paient plus qu'ils ne reçoivent peuvent vouloir le maintenir parce que leur bien-être ne dépend pas uniquement de leur revenu net attendu, mais aussi du type de société dans laquelle ils vivent. S'ils valorisent la perspective de vivre dans une société où les plus démunis sont protégés, et ce

d'autant qu'un jour leurs enfants ou petits-enfants pourraient avoir besoin de l'être, ils peuvent décider de rester là où ils sont et résister aux sirènes de sociétés accordant peu de prix à ces valeurs.

L'auteur est membre du Crepp, Core, Delta. Cette étude s'intègre dans les travaux de la Chaire FFSA d'économie de l'assurance.

Bibliographie

- Atkinson, A. B. *et al.* (1994), *Pour l'emploi et la cohésion sociale*, OFCE, Presse de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris.
- Bensaid, J., Jacobzone, S. et Lattes, G. (1993), « Protection sociale et politiques redistributives dans le contexte de l'UEM », *Économie et Statistique*, n° 262-263, p. 87-100.
- Cremer, H. et Pestieau, P. (1998), « Social insurance and labor mobility. A political economy approach », *Journal of Public Economics*, 68, p. 397-420.
- Cremer, H., Fourgeaud, V., Leite Monteiro, M., Marchand, M. et Pestieau, P. (1998), « Mobility and redistribution. A survey of the literature », *Public Finance*, 51, p. 325-352.
- Pestieau, P. (1997), « Prévoyance individuelle et prévoyance sociale », in Dillemans, R., *Liber Amicorum*, E. Story-Scientia, Kluwer, Antwerpen, p. 291-304.
- Pestieau, P. (1996), « Politique sociale, redistribution et intégration économique », *Actualité économique*, 72, p. 1-15.
- Sinn, H. W. (1990), « Tax harmonization and tax competition in Europe », *European Economic Review*, 34, p. 489-504.
- Vidal, J.-P. et Pestieau, P. (1996), « Mobilité du travail et politiques redistributives : un exemple simple et une synthèse », *Revue d'Économie politique*, 106, p. 83-101.

RÉORGANISER LES AIDES PUBLIQUES AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ?

Gilbert Cette • Michel Théry

*Professeur associé à l'université d'Aix-Marseille II
Chargé de mission au Commissariat général du Plan*

Le dispositif actuel d'aides publiques accordées aux personnes âgées dépendantes est complexe, inégal et inefficace, tant sur le plan économique que sur le plan social. Or, ces dépenses, déjà non négligeables, pourraient connaître un développement important. Les réformes proposées dans différents rapports récents visent à réduire ces inefficacités. Pour autant, leur mise en œuvre serait inévitablement délicate et nécessiterait délais et concertations.

L'intervention publique assurant une couverture financière du risque de dépendance des personnes âgées répond à des objectifs sociaux, redistributifs et de créations d'emplois dans les activités concernées. L'importance des aides financières correspondantes dépend de la dépendance des personnes âgées, de leurs ressources et de l'ampleur souhaitée de l'intervention publique par personne selon son degré de dépendance et le niveau de ses ressources. La présente analyse vise à fournir quelques repères concernant les évolutions du premier de ces trois facteurs, ainsi qu'à rappeler les dispositifs d'aides existants, pour proposer enfin des voies de réformes permettant de déployer plus efficacement les aides publiques. Elle ne porte donc pas sur les deux autres facteurs énoncés, à savoir l'évolution envisageable des ressources des personnes âgées et l'ampleur souhaitée de l'intervention publique. Malgré ce caractère très partiel, les éclairages fournis sont assez alarmants : face à une croissance prévisible importante de la dépendance, qui pourrait entraîner la nécessité d'une intervention financière accrue des pouvoirs publics, les dispositifs actuels apparaissent peu efficaces. Les voies de réformes proposées, qui s'inspirent de différents rapports

récents, seraient cependant d'une mise en œuvre délicate, impliquant délais et concertations.

On présentera successivement quelques repères sur la progression des besoins liée au risque de dépendance, les dispositifs prévus et les voies de réformes envisageables.

La forte croissance des besoins

La dépendance, entendue comme le besoin du recours à un tiers pour accomplir des actes de la vie courante, est bien évidemment difficile à définir de façon rigoureuse. Breuil-Genier (1998) rappelle les différentes mesures opérationnelles existantes de la dépendance, que constituent la grille de Kuntzmann, la classification de Colvez ou la grille autonomie gérontologique Groupe Iso ressources (Aggir ou GIR) utilisée en France depuis 1997 pour la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance (PSD par la suite). Mais, quelle que soit la mesure retenue, la question de la dépendance des

personnes âgées verra son importance croître pour l'intervention publique. En effet, les besoins d'aides publiques déployées au bénéfice des personnes âgées et dépendantes devraient connaître une forte augmentation dans les prochaines décennies avec la conjonction de plusieurs facteurs : la progression du nombre même des personnes âgées, l'augmentation de leur dépendance et, espérons-le, une meilleure couverture des besoins liés à la dépendance.

Dans le cadre des travaux réalisés pour le rapport « retraites » du Commissariat général du Plan (Charpin, 1999), la projection démographique centrale reprend les résultats d'une évaluation réalisée par l'Insee (cf. Dinh, 1995), et dont les résultats concernant l'importance de la population des personnes âgées en France sont synthétisés dans

le tableau 1. Cette évaluation est fondée sur l'hypothèse d'une augmentation de l'espérance de vie et prévoit une forte concentration des décès autour de 85 ans, l'amélioration des habitudes de vie repoussant l'âge d'apparition des maladies chroniques. Une telle hypothèse correspond moins à des progrès médicaux, à proprement parler, qu'à une amélioration des « conditions de vie » (moins de pollution, travaux moins pénibles, prévention individuelle des risques liés à l'alcool et au tabac...).

Les résultats présentés dans le tableau 1 font apparaître que, au cours du prochain demi-siècle, le nombre et la part des personnes âgées devraient connaître en France une croissance soutenue. Ainsi, la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale doublerait presque, pour passer de 16 % en 2000 à 28 % en l'an 2050.

Tableau 1 : La population des personnes âgées en France

Situation actuelle et projection (en millions pour les nombres et en % de la population totale résidant en France)						
	Population de 65 ans ou plus		Population de 75 ans ou plus		Population de 85 ans ou plus	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2000	9,4	15,9	4,2	7,1	1,2	2,1
2010	10,4	16,8	5,5	8,9	1,5	2,5
2020	13,1	20,6	6,0	9,5	2,1	3,3
2030	15,7	24,2	8,2	12,7	2,3	3,6
2040	17,7	27,1	10,1	15,4	3,7	5,6
2050	18,2	28,0	11,2	17,2	4,5	6,9

Source : Dinh (1995), repris dans la projection centrale de Charpin (1999).

Actuellement, environ 10 % des personnes de plus de 65 ans seraient dépendantes (cf. Breuil-Genier, 1998). Pour une même proportion de dépendants parmi les personnes âgées, l'augmentation du nombre (et de la proportion) de personnes de plus de 65 ans devrait déjà entraîner une hausse des besoins. Mais à cette augmentation s'ajouterait le fait qu'au sein de la population âgée, la proportion des plus âgés devrait elle-même augmenter. Selon les résultats de projections présentés dans le tableau 1, la part des plus de 75 ans (respectivement plus de 85 ans) au sein de la population des

plus de 65 ans devrait ainsi passer, sur le prochain demi-siècle, de 48,8 % (11,1 %) à 61,5 % (24,5 %)¹. Or, comme le rappelle Breuil-Genier (1998), « les analyses économétriques permettant de raisonner «toutes choses égales par ailleurs» montrent que l'âge est le premier facteur explicatif de la dépendance des personnes vivant à domicile ». Selon cette même étude, le niveau d'éducation est un autre facteur explicatif de la probabilité d'être dépendant. Son augmentation dans les décennies à venir pourrait très partiellement atténuer l'effet signalé du vieillissement.

Ce diagnostic est unanime et on peut, à cet égard, se référer aux travaux de Lebeau-pin et Nortier (1996) ou de l'OCDE (1998-b), ces derniers aboutissant à une croissance de l'ordre de 25 % des personnes fortement dépendantes, à l'horizon 2020.

Mais le constat de l'augmentation probable du nombre et de la part des personnes âgées dépendantes ne permet cependant qu'un regard partiel sur une réalité avant tout sociale, comme le montre la *Revue des Affaires sociales* (1993). La prise en charge du risque dépendance relève d'un équilibre entre les services sanitaires (long séjour hospitalier, maisons de retraite médicalisées, services de soins ambulatoires), les services à caractère médico-social aux personnes et les soutiens familiaux.

Actuellement, sur environ 8 millions de personnes de plus de 65 ans, 94 % vivent à domicile et 6 % en établissement (cf. Aliaga et Woitrain, 1999-a et 1999-b pour une description très complète des modes de prise en charge de ces personnes). Les services de gérontologie hospitaliers souffrent d'une mauvaise image, comme les maisons de retraite médicalisées. Les familles n'y recourent en général que face à l'impossibilité d'assurer seules, ou avec le concours de services extérieurs, le maintien des personnes âgées à leur domicile. C'est donc probablement dans cette alchimie particulière des soutiens familiaux, des services de soins ambulatoires et du développement des services à domicile que se développeront les aides aux personnes âgées. L'expression des besoins des familles est encore largement tributaire de la qualité de l'offre tant du point de vue sanitaire que social, de l'articulation entre l'aide publique et les concours privés et des configurations territoriales. Actuellement, la comparaison entre les aides et les besoins indiqueraient que les premières sont très souvent inférieures aux besoins théoriques (cf. par exemple Colvez *et al.*, 1990, ou, plus récemment, Guinchard-Kunstler, 1999). De plus, si le niveau de dépendance est le principal déterminant du volume d'aide total, le recours à une aide formelle plutôt que familiale est très lié aux caractéristiques

sociodémographiques : il croît notamment avec l'élévation progressive du niveau d'éducation de la population âgée. À cela s'ajoute la tendance au basculement dans la sphère marchande d'une partie des activités domestiques liée à la croissance de l'activité féminine.

L'ensemble des éléments qui viennent d'être rappelés suggère une augmentation très forte du besoin d'aides pour les personnes âgées dépendantes, dans les prochaines décennies, de même que l'essor des services correspondants.

Un dispositif d'aides publiques complexe et inefficace

Quatre rapports comportant de nombreuses propositions de réformes relatives aux services à la personne ont été réalisés ces deux dernières années.

Il s'agit :

- du rapport Igas-IGF réalisé à la demande des ministres de l'Emploi, de l'Economie et du secrétaire d'État au Budget par Hespel et Thierry (1998) et dont un résumé est proposé dans Hespel et Thierry (1999) ;
- de deux rapports réalisés dans le cadre du Conseil d'analyse économique, le premier rédigé par Cette, Héritier, Taddei et Théry (1998) et le second par Debonneuil et Lahidji (1998). Les analyses et propositions de ce dernier rapport sont globalement assez proches de celles du rapport Hespel et Thierry et ne seront donc pas rappelées ;
- du rapport de mission parlementaire réalisé à la demande du Premier ministre par Guinchard-Kunstler (1999).

Pour l'ensemble du dispositif d'aides publiques concernant les services de proximité, y compris ceux relatifs aux personnes âgées dépendantes, ces différents rapports concluent à l'extrême complexité des dispositifs existants qui résulte

d'une superposition de mesures, sans recherche de cohérence et d'efficacité économique. Les aides publiques destinées aux personnes âgées dépendantes représenteraient en 1996 plus de 20 milliards de francs transitant par différents canaux, dont les principaux sont les suivants² :

- la PSD est une aide en nature, créée en 1997 pour remplacer progressivement l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), et définie dans le cadre d'un plan d'aide individualisé. Servie et gérée par les conseils généraux, elle est très variable selon les départements. Elle est soumise à un ensemble de conditions liées à la dépendance (évaluée selon la grille Aggir), à des mécanismes de recours sur succession pour les personnes peu solvables, et de dégressivité selon les revenus. Au 30 juin 1999, 106 000 personnes dont 90 % avaient plus de 75 ans et 58 % plus de 85 ans bénéficiaient de la PSD, d'un montant moyen de 3 400 francs pour les personnes à domicile et 1 750 francs pour les personnes en établissement (ces chiffres sont tirés de Borrel, 1999) ;
- les exonérations de cotisations sociales patronales à 100 % dans le cas d'emplois à domicile pour les personnes de plus de 70 ans ou bénéficiant de la PSD ou de l'ACTP. Le paiement de ces cotisations est alors pris en charge par les caisses Urssaf ;
- l'aide sociale des conseils généraux qui financent, pour les personnes dépendantes, des prestations d'aide ménagère à domicile, des allocations représentatives de services ménagers ou encore des fournitures de repas. Elles sont versées aux personnes dont les ressources sont inférieures au minimum vieillesse ;
- les suppléments d'aides accordés par les caisses de retraites aux personnes âgées dépendantes, sous la forme d'une aide ménagère à domicile, très variables selon le régime de retraite.

À ces aides spécifiques s'ajoutent les aides générales que constituent les exonérations d'impôts découlant de l'emploi de personnes à domicile. Ce dispositif est complexe, ce qui est particulièrement regrettable dans le cas d'un public souvent fragilisé

par la dépendance. Il est aussi très inégal : par exemple, selon le département de domiciliation et la caisse de retraite d'affiliation, la PSD et les suppléments d'aides accordés par les caisses de retraite sont très variables pour des personnes dans une situation de dépendance identique et disposant des mêmes ressources. Dans certains cas, les aides financières peuvent même dépasser les dépenses effectives des personnes concernées (cf. Mérian et Okba, 1998). Ce système aboutit à différents types d'inefficacité économique, liés par exemple à des effets de seuils de ressources pour bénéficier de certaines aides, ainsi qu'à l'absence de neutralité selon les différentes formes d'intervenants auprès des personnes âgées, les rapports de gré à gré étant de fait favorisés³. Il peut se révéler parfois inefficace puisque certaines aides financières peuvent être mobilisées pour faire appel à des intervenants dans des rapports de gré à gré, sans exigence de formation et d'encadrement conventionnel de ces intervenants. Enfin, il est antiredistributif par les exonérations d'impôts qui, par définition, ne peuvent bénéficier qu'aux personnes... payant des impôts.

Une telle liste d'inconvénients concernant un dispositif d'aides appelées à croître fortement à l'avenir amène bien évidemment à préconiser des réformes ambitieuses.

Vers une plus grande efficacité économique et sociale

Les principales propositions des rapports Hespel et Thierry (1998) et Cette, Héritier, Taddei et Théry (1998) sont résumées dans le tableau 2 suivant. On évoquera aussi celles récemment préconisées par le rapport Guinchard-Kunstler (1999).

Concernant les aides spécifiques aux personnes âgées et dépendantes, les deux premiers rapports

prônent la suppression des exonérations de cotisations sociales employeurs, et le remplacement des différentes aides existantes par une allocation unique déclinée selon les besoins et les ressources. Le degré de dépendance déterminerait la nature et le nombre des heures d'intervention, et les ressources du bénéficiaire des aides fixeraient le taux de prise en charge de la dépense correspondante par les aides publiques. Une telle préconisation est également centrale dans le rapport Guinchard-Kunstler (1999), l'allocation correspondante y étant appelée prestation unique dépendance.

À propos des aides générales, les rapports Hespel et Thierry (1998) et Cette, Héritier, Taddei et Théry (1998) recommandent la suppression des réductions d'impôts liées aux emplois familiaux du

fait de leur caractère éminemment antiredistributif. Ils diffèrent cependant sur la mesure devant se substituer à cette réduction. Le premier préconise de lui substituer une exonération de cotisations sociales employeurs, qui présenterait l'avantage de pouvoir bénéficier à tous : à défaut d'être redistributive, une telle mesure ne serait pas antiredistributive. Le second propose que les aides spécifiques, et éventuellement les aides générales, si elles devaient être conservées, soient distribuées au moyen de tickets-services sous forme papier ou dématérialisés (comme l'expérience Adicarte dans les Bouches-du-Rhône)⁴. Les aides publiques distribuées par tickets-services devraient évidemment pouvoir être gérées, selon l'état de santé du bénéficiaire, par lui-même, par sa famille ou éventuellement par un proche.

Tableau 2 : Les mesures préconisées par les rapports Cette, Héritier, Taddei et Théry (1998) et Hespel et Thierry (1998)

Mesures	Rapport Cette, Héritier, Taddei et Théry	Rapport Hespel et Thierry
<p>◆ <i>Aides générales</i></p> <p>Suppression des exonérations d'impôts</p> <p>Exonération à 100 % des cotisations sociales employeurs dans la limite du SMIC et de 22 500 F</p>	Oui Non	Oui Oui
<p>◆ <i>Personnes âgées et dépendantes</i></p> <p>Suppression des exonérations de cotisations sociales employeurs</p> <p>Allocation selon les besoins et les ressources, se substituant aux aides spécifiques actuelles, et gérée par les départements et les caisses</p>	Oui Oui	Oui Oui
<p>◆ <i>Autres mesures</i></p> <p>Distribution des aides par des tickets-services</p> <p>Taux réduit de TVA ou taxe sur les salaires équivalente pour tous les intervenants</p> <p>Conditionner le bénéfice des aides au recours une offre hors gré à gré, agréée</p> <p>– aides générales</p> <p>– aides spécifiques</p> <p>Simplification du cadre conventionnel</p>	Oui Oui Oui Oui Oui	Non Oui Non Oui Oui

Source : Cette (1999).

Il est utile de rappeler brièvement les conséquences des options ainsi proposées :

— les exonérations conseillées dans le rapport Hespel et Thierry (1998) présentent l'inconvénient de brouiller l'affichage du système des prix et de la réelle valeur des services rendus, et de rendre plus difficile la recherche de neutralité de l'intervention publique et la mise en concurrence des différentes offres. De telles exonérations lient aussi le montant de ces aides aux éventuels remaniements du taux des cotisations sociales. Mais cette option présente le grand avantage d'être facile à réaliser ;

— la distribution des aides sous forme de tickets-services préconisée dans le rapport Cette, Héritier, Taddei et Théry (1998) demande la mise en place de ce moyen de paiement (sous forme papier ou dématérialisée) et des circuits financiers correspondants. Même si, concrètement, certains intervenants maîtrisent complètement cette technologie, sa mise en application est inévitablement complexe au départ. Une telle option présente l'avantage de faciliter la mise en œuvre d'une politique sociale : les aides publiques peuvent prendre en compte les besoins des bénéficiaires pour le nombre d'heures subventionnées, et leurs ressources pour le taux de subventions publiques. Elle permet de surcroît un déploiement des aides neutre vis-à-vis des différentes formes d'offre potentielles (associations, entreprises...).

Par ailleurs, ces deux rapports préconisent un taux réduit de TVA pour les services concernés pour des raisons principalement pragmatiques. Tout d'abord, la TVA pénalise actuellement les entreprises à l'avantage des associations (qui n'y sont pas soumises), ce qui est bien évidemment contraire à la neutralité souhaitable de l'intervention publique. Ensuite, il s'agit de la mesure la plus simple permettant d'enrayer partiellement la concurrence de fait du travail au noir. Enfin, cette mesure ne coûterait pour l'instant pas très cher au Budget Public, les entreprises intervenantes étant rares.

La mobilisation des aides spécifiques par les ménages bénéficiaires est conditionnée, dans les rapports Hespel et Thierry (1998), Cette, Héritier,

Taddei et Théry (1998) et Guinchard-Kunstler (1999), au recours à une offre hors gré à gré, s'inscrivant dans une démarche privilégiant la qualité, avec un encadrement conventionnel généralisé et simplifié par rapport à la situation actuelle, et proposant un effort de formation du personnel concerné⁵. Cela impliquerait sans aucun doute une coordination des structures d'offre, actuellement trop dispersées pour pouvoir satisfaire les contraintes énoncées (*cf.* à ce propos Lebaupin, 1996). Soulignons, enfin, que les trois rapports recommandent une concertation sérieuse avec tous les intervenants en ce domaine avant d'engager des réformes qui pourraient être déstabilisantes.

Conclusion

Si les réformes proposées dans les différents rapports récents visent à atténuer, voire à faire disparaître les inefficacités existant dans le dispositif actuel d'aides publiques accordées aux personnes âgées et dépendantes, leur mise en œuvre nécessiterait une coordination approfondie avec les différents intervenants concernés, et bien évidemment avec des représentants des personnes âgées bénéficiaires. Elle impliquerait aussi inévitablement des compensations financières importantes entre départements, ainsi qu'entre caisses de retraite, d'où la nécessité d'une concertation préalable approfondie. Les enjeux économiques et sociaux sont pourtant à la hauteur de ces difficultés, sans parler des créations d'emplois envisageables qui sont loin d'être négligeables, comme le suggèrent divers travaux d'évaluation macro-économique⁶.

Bibliographie

Aliaga, C. et Woitrain, E. (1999-a), « La prise en charge des personnes âgées, maintien à domicile ou hébergement collectif », Insee, Données sociales.

- Id. (1999-b), « L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés », Drees, *Études et Résultats*, n° 31, septembre.
- Borrel, C. (1999), « La prestation spécifique dépendance au 30 juin 1999 », Drees, *Études et Résultats*, n° 34, octobre.
- Calot, G. et Sardon, J.-P. (1999), « Vieillesse démographique et protection sociale », *Futuribles*, n° 244, juillet-août.
- Breuil-Genier, P. (1998), « Aides aux personnes âgées dépendantes, la famille intervient plus que les professionnels », *Économie et Statistique*, n° 316-317, 1998-6/7.
- Causse, L., Fournier, C. et Labruyère, C. (1997), « Le développement des emplois familiaux. Effets sur les métiers de l'aide à domicile », Documents du Cereq, février ; un ouvrage des mêmes auteurs a fait suite à cette étude, en 1998 : *Les Aides à domicile*, Paris, Syros.
- Cette, G. (1998), « Les évaluations macro-économiques des potentialités offertes par l'extension des services de proximité, brève synthèse », annexe G au rapport n° 12 du Conseil d'analyse économique consacré au thème « Emplois de proximité ».
- Id. (1999), « Les services à la personne : analyse comparative des formes d'aides proposées », *Futuribles*, n° 245, septembre.
- Cette, G., Héritier, P., Taddei, D. et Théry, M. (1998), *Stratégie de développement des emplois de proximité*, rapport n° 12 du Conseil d'analyse économique consacré au thème « Emplois de proximité ».
- Charpin, J.-M. (1999), *L'Avenir des retraites*, rapport au Premier ministre, La Documentation française, coll. « Rapports officiels ».
- Colvez, A., Bucquet, D., Curtis, S. et Pampalon, R. (1990), *Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes*, rapport au groupe de travail « Méthodologie pour une planification des services aux personnes âgées dépendantes » du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.
- Debonneuil, M. et Lahidji, R. (1998), *Services de proximité, État et marché*, rapport n° 12 du Conseil d'analyse économique consacré au thème « Emplois de proximité ».
- Dinh, Q. C. (1995), « Projections de population totale pour la France métropolitaine », Insee-Résultats, Démographie-Société, 44 ; cf. aussi, pour une présentation partielle de ces résultats, par le même auteur en 1994, « La population de la France à l'horizon 2050 », *Économie et Statistique*, n° 274, 1994-4.
- Guinchard-Kunstler, P. (1999), *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*, rapport à M. le Premier ministre, juin.
- Hespel, V. et Thierry, M. (1998), *Rapport sur les services d'aide aux personnes*, mimeo, Inspection générale des Finances n° 98-M-018-03, Inspection générale des Affaires sociales n° 98-098, juillet.
- Id. (1999), « Les services d'aide aux personnes. Diagnostic et propositions », *Futuribles*, n° 245, septembre ; cet article résume le rapport réalisé en 1998 par les mêmes auteurs.
- Lebaupin, A. (1996), « L'aide à domicile, des prestations matérielles croissantes », Insee, Données sociales.
- Lebaupin, A. et Nortier, F. (1996), « Les personnes âgées dépendantes, situation actuelle et projections d'avenir », Insee, Données sociales.
- Merian, Y. et Okba, M. (1998), « Le dispositif d'aide aux services de proximité », annexe D du rapport n° 12 du Conseil d'analyse économique consacré au thème « Emplois de proximité ».
- Marciaux, M. et Pommier, P. (1998), « Dispositifs d'aide directe aux ménages », annexe E du rapport n° 12 du Conseil d'analyse économique consacré au thème « Emplois de proximité ».
- OCDE (1998-a), « Préserver la prospérité dans une société vieillissante », Paris.
- Id. (1998-b), « La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE : l'amélioration est-elle suffisamment rapide pour compenser le vieillissement des populations ? » Deelsa/Elsa/WP1 (98) 11, 20 octobre ; « Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes : un aperçu des perspectives internationales », Deelsa/Elsa/WP1 (98) 10, 15 octobre.
- Revue des Affaires Sociales* (1993), « La prise en charge des personnes dépendantes », octobre-décembre.

Notes

1. Tous les travaux démographiques aboutissent au diagnostic de l'augmentation, au cours du prochain demi-siècle, de la part des 65 ans et plus dans la population totale et, au sein même des 65 ans et plus, de l'augmentation de la part des plus âgés, ceci pour tous les pays de l'Union européenne. Cf. par exemple OCDE (1998-a) ou Calot et Sardon (1999).
2. Pour une présentation plus précise de ces dispositifs et des dépenses publiques correspondantes, cf. Mérian et Okba (1998), et Marciaux et Pommier (1998).
3. La loi de financement de la sécurité sociale adoptée fin 1998 a supprimé une partie des avantages des intervenants de gré à gré par rapport aux entreprises prestataires en élargissant à ces dernières le bénéfice de l'exonération à 100 % des cotisations sociales patronales.
4. Le rapport Cette, Héritier, Taddei et Théry (1998) s'interroge par ailleurs (sans trancher) sur la pertinence des aides générales, c'est-à-dire ici non associées à une situation de dépendance éventuellement liée à l'âge ou au besoin de garde d'enfants. La réorientation de ces aides générales au profit des aides spécifiques pourrait en effet amplifier le contenu social des interventions publiques pour une même dépense globale.
5. Sur ces aspects conventionnels, cf. Causse, Fournier et Labruyère (1997).
6. Voir la synthèse proposée par Cette (1998).

TESTS GÉNÉTIQUES ET ASSURANCE : UNE ANALYSE ÉCONOMIQUE

Pierre-André Chiappori

Professeur d'économie à l'université de Chicago

Les tests génétiques constituent un progrès majeur de la médecine car ils rendent possibles des politiques de prévention plus efficaces. Toutefois, en permettant une différenciation beaucoup plus fine des assurés, ils présentent aussi le danger de réduire les possibilités de se protéger contre des risques auxquels on peut se trouver prédisposé. La question de la légitimité de l'usage des tests génétiques par les assureurs se trouve ainsi posée.

Les progrès récents de la biologie font naître de grands espoirs en matière de prévention et de traitement de nombreuses maladies. Mais, comme souvent, les progrès de la science soulèvent aussi leur lot d'interrogations éthiques. En matière d'assurance, en particulier, l'apparition de tests génétiques de plus en plus précis et performants est parfois perçue comme lourde de menaces, les dangers évoqués allant de la discrimination à l'encontre de certains types de populations spécifiques jusqu'à la déstabilisation de certains marchés. Comme le soulignait récemment François Ewald¹, beaucoup de chemin reste certes à parcourir ; à l'heure actuelle, l'information génétique disponible n'est guère pertinente pour l'assurance, à de rares exceptions près. Raison de plus pour s'interroger, « à froid », sur les problèmes à venir.

En assurance, le problème de la discrimination renvoie naturellement au principe de juste tarification, selon lequel le prix doit refléter le risque couvert². Il va de soi qu'une discrimination tarifaire ne répondant pas à un critère objectif de risque serait à la fois éthiquement (et légalement) condamnable et économiquement injustifiée. Elle n'aurait pas de raison d'être, et ne survivrait sans

doute pas dans un environnement suffisamment concurrentiel. Les vrais problèmes commencent lorsque la différenciation repose sur une base statistique solide – en d'autres termes, lorsqu'une partie de la population présente, de façon incontestée, un risque plus élevé que la moyenne. Faut-il alors ajuster en proportion le prix de la couverture assurancielles ?

Commençons par la situation, relativement simple, où la différence de risque résulte d'un comportement conscient et délibéré de l'assuré. Dans ce cas, la juste tarification présente un avantage en termes d'efficacité économique : elle conduit l'individu à internaliser, dans sa décision, le coût que celle-ci fait supporter à la collectivité. Qu'un alpiniste paie une cotisation d'assurance vie majorée n'est, dans cette optique, nullement choquant. *A contrario*, une tarification uniforme, indépendante du risque couru, revient à subventionner la prise de risque, avec le danger d'une distorsion des comportements induits³. Sans préjuger de la complexité des situations réelles, on peut néanmoins accepter l'idée générale du bien-fondé de la différenciation tarifaire dans un tel contexte, souvent qualifié d'aléa moral.

Beaucoup plus complexe est la situation où la différence de risque est indépendante de la volonté de l'individu. Les tests génétiques représentent ici une sorte d'idéal type, de cas extrême. Dans la pratique, il est souvent difficile de démêler la part de la nature d'une décision dans un risque donné : le mauvais conducteur est parfois délibérément négligent, parfois involontairement distrait. En matière de génétique, il n'y a pas d'hésitation possible : tout est involontaire.

Dans un tel cas, l'argument précédent d'efficacité économique, fondé sur la notion d'incitation, n'est évidemment plus recevable. La différenciation tarifaire, d'un point de vue très général, n'a alors plus d'effet sur le niveau total de risque ; elle ne peut qu'en répartir la charge entre les individus. Deux types de critères sont ici pertinents sur le plan normatif. L'un est la justice sociale. Cependant, invoquer ce critère constitue un exercice délicat, tant les arguments abondent dans les deux sens. Pourquoi serait-il injuste de demander à chacun une contribution proportionnée à la charge qu'il fait peser sur la collectivité ? En quoi la justice sociale requiert-elle que l'excès de risque d'un cadre supérieur génétiquement vulnérable aux troubles cardio-vasculaires soit prise en charge par l'accroissement de cotisation d'un ouvrier ?

Beaucoup plus convaincant, nous semble-t-il, est le second critère : celui, naturel en la circonstance, d'assurance. Prenons l'exemple (certes extrême) d'une maladie monogénique, dans laquelle la présence du gène est un indicateur infailible de l'apparition de la maladie à un âge donné. En l'absence de tests génétiques appropriés, les porteurs de ce gène ne peuvent qu'ignorer leur état. Si chacun court un risque, celui d'être porteur, il n'existe cependant pas d'hétérogénéité de la population à cet égard. En particulier, tout individu a la possibilité de s'assurer contre la maladie dans des conditions identiques. Ce qui revient à s'assurer – et c'est là le point crucial – non seulement contre le risque de maladie, mais également

contre celui d'être porteur du gène, ce que l'on pourrait appeler le « bonheur dans l'ignorance⁴ ». *A contrario*, qu'un test devienne disponible, et cette possibilité de s'assurer est remise en question. Un assureur connaissant le résultat du test pourra refuser l'assurance ou, en tout cas, modifier la tarification pour tenir compte de l'occurrence inéluctable de la maladie. Le risque d'être porteur du gène en question demeure, et conserve la même gravité. Mais il n'est plus assurable.

Il y a là un mécanisme très général, et sans doute fort important. La révélation d'une information peut parfois avoir l'effet pervers de supprimer des possibilités d'assurance. Il en résulte, indépendamment de toute considération de justice sociale, une perte d'efficacité économique. Chacun aimerait pouvoir s'assurer contre les risques majeurs, y compris celui d'être prédisposé à une maladie grave. Les tests génétiques modifient cette situation, en transformant un risque en certitude, dès lors impossible à couvrir, car on ne peut jamais assurer après l'accident.

Certes, l'exemple précédent est extrême à bien des égards. Si l'on dresse le bilan des tests génétiques, le positif l'emporte largement. Quant à la perte de bien-être décrite, il est peut-être possible de la corriger. De nombreux pays, par exemple, interdisent aux sociétés d'assurances d'imposer un test génétique comme préalable à l'acquisition d'un contrat. Mais, cette mesure n'en demeure pas moins insuffisante. Reste le cas des clients qui, ayant subi un test génétique pour des raisons autres (médicales notamment), sont amenés par la suite à demander une assurance. Dans quelle mesure est-il légitime, pour la société d'assurances, d'imposer lors de la souscription une déclaration du résultat du test effectué précédemment ? Le cas de la séropositivité continue malheureusement à fournir des exemples douloureux de ces problèmes. Deux logiques, à l'évidence, s'opposent. D'une part, l'obligation de sincérité de l'assuré dans sa déclaration du risque est un principe fondamental du

droit de l'assurance. D'autre part, la déclaration sincère a précisément pour effet d'induire le type d'inefficacité décrite plus haut.

Conscients du dilemme, certains pays ont étendu l'interdiction à toute utilisation, par les sociétés d'assurances, de résultats de tests génétiques, fussent-ils préalables à la souscription et connus de l'assuré. Sans vouloir négliger les justifications, bien réelles, d'une telle mesure, l'économiste doit cependant en souligner les dangers en termes de déstabilisation des marchés d'assurance. Toute limitation de ce type crée en effet une situation d'antisélection, largement analysée dans la littérature économique. L'uniformisation de la prime constitue une subvention pour les agents dont le risque est plus élevé, et un surcoût pour les autres. De ce fait, elle tend à engendrer une demande plus importante de la part des premiers, et une désaffection grandissante des seconds. Face à cette situation, les sociétés d'assurances devront relever leurs primes pour compenser la dégradation de qualité moyenne du portefeuille, ce qui aggraverait encore le déséquilibre initial. Cet effet peut parfois, dans une situation de concurrence, prendre des proportions alarmantes, allant jusqu'à la quasi-disparition de pans entiers du marché.

On ne sait encore que peu de choses sur l'importance qualitative de ces phénomènes. Une étude américaine récente montrait toutefois comment les

législations mises en place dans certains États pour interdire aux assureurs maladie de différencier leur tarification en fonction du sexe ou de l'âge des clients avait conduit à une baisse du nombre des assurés, les agents aux risques les moins élevés renonçant à acquérir une couverture⁵.

Même si le phénomène n'est pas également probable pour tous les produits, on peut penser que l'assurance décès, par exemple, pourrait être particulièrement vulnérable à ce type de distorsions. C'est dire combien une réflexion sur ce sujet est indispensable. La situation actuelle est à cet égard idéale, dans la mesure où, dans le domaine des tests génétiques, de grands progrès sont encore à venir.

Notes

1. « Génétique et assurance » (1998), document de travail, FFSA.
2. Voir sur ce point Ewald, F. (1999), « À quelles conditions la sélection d'un risque constitue-t-elle une discrimination ? » communication au séminaire « Génétique et assurance », Association de Genève.
3. Cet argument est souvent invoqué, par exemple, dans le cas de l'assurance des immeubles construits en zones dangereuses.
4. Voir Chiappori, P. A. (1997), *Risque et Assurance*, Paris, Flammarion, coll. « Dominos ».
5. Browne, M. et Frees, E. (1999), « Prohibition of Health Insurance Underwriting », working paper, University of Wisconsin-Madison.

LE RISQUE BIOLOGIQUE

Jean-Christophe Galloux

*Professeur agrégé de droit et directeur du Dess Droit des biotechnologies
Université de Versailles*

Le risque biologique est-il une réalité ignorée par le droit ? Le fait est que la notion même de « risque biologique » n'a pas été conceptualisée dans le droit contemporain : elle apparaît au travers – ou au détour – d'un ensemble de textes qui n'ont entre eux aucune parenté autre que celle de concerner directement ou indirectement des entités biologiques. Compte tenu de l'évolution des connaissances scientifiques, on peut se demander si une telle situation est encore justifiée.

L'approche juridique du risque biologique est fragmentaire. Ce n'est pas surprenant : elle est à l'image du droit des biotechnologies, qui ne s'est pas construit sur une représentation homogène et globale des technologies du vivant¹.

Risque biologique et micro-organismes

Au sens premier et étroit du terme, le risque biologique consiste dans le risque d'exposition à des agents biologiques, ces derniers étant entendus des micro-organismes (y compris ceux génétiquement modifiés²) des cultures cellulaires et des endoparasites humains susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication. Cette définition résulte de la directive n° 90/679/CEE du 26 novembre 1990 sur « la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail »³. Ce texte, transposé en droit français par le décret n° 94-352 du 4 mai 1994, permet désormais la prise en compte

spécifique du risque biologique dans le Code du travail (articles R 231-60 à R 231-65-3). Jusqu'alors, on ne connaissait ce risque que sous son aspect médical : le risque infectieux d'une part, son alter ego le risque lié à la vaccination, d'autre part. Le risque infectieux et sa prévention ont donné naissance à la lutte contre les épidémies à laquelle se consacre le Code de la santé publique dès ses premiers articles. Le droit y est attentif depuis l'ère pastorienne, et l'on se souviendra que dès 1895, l'utilisation des virus et des sérums thérapeutiques faisait l'objet d'une autorisation administrative préalable⁴. On sait par ailleurs que la réparation de tout dommage imputable directement à une vaccination obligatoire est supportée par l'État⁵.

Comment ne pas rapprocher cette dernière disposition des solutions récemment données par la Première chambre civile de la Cour de cassation en faveur des patients victimes d'infections nosocomiales ? En décidant que les acteurs de santé sont tenus en la matière d'une obligation de sécurité de résultat, dont ils ne peuvent se libérer que par la preuve d'une cause étrangère⁶, la jurisprudence ne complète-t-elle pas le régime du risque biologique ?

Le droit ne s'est pas limité aux épidémies et aux pandémies : il a aussi considéré les épizooties. Les

articles 331 et 454 bis du Code pénal répriment la destruction de certains animaux par des épizooties provoquées : introduits par la loi n° 55-1422 du 31 octobre 1955, le but premier de ces textes fut d'enrayer les fléaux créés par l'homme et susceptibles de ravager certaines espèces animales – comme le docteur Armand Delille venait d'en donner le triste exemple en répandant en France le virus filtrant de la myxomatose.

Risque biologique et organismes

Le risque biologique ne concerne-t-il que l'exposition à ces êtres microscopiques ? Le développement de l'ingénierie génétique et de ce que l'on dénomme désormais les organismes génétiquement modifiés (OGM) permet d'en douter : des êtres vivants macroscopiques – végétaux ou animaux génétiquement modifiés – peuvent apparaître potentiellement dangereux précisément en raison des modifications dont ils sont affectés. Les risques biologiques liés aux OGM ont été évoqués dès les débuts de cette technologie au milieu des années 70, conduisant à la mise en place d'une réglementation dont la rigueur, fait rare, s'est accrue avec le temps depuis l'autorégulation des années 80 à la réglementation communautaire de 1990 et à son prochain renforcement⁷.

La loi n° 99-574 du 9 juillet 1999, d'orientation agricole, vient aujourd'hui enrichir le Code rural par un chapitre intitulé « Surveillance biologique du territoire », dont les dispositions complètent, en aval des autorisations de dissémination ou de mise sur le marché, le suivi des végétaux composés en tout ou partie d'organismes génétiquement modifiés. L'objectif est de permettre de déceler l'apparition éventuelle d'effets non intentionnels sur les écosystèmes agricoles ou naturels. Le risque

biologique n'est donc plus cantonné à l'infiniment petit : il prend corps dans ces êtres vivants familiers dont l'intimité génétique est désormais livrée au pouvoir des scientifiques et des techniciens. Le droit l'a bien perçu. Mais cette perception se traduit-elle par un système efficace ?

Vers une approche juridique homogène du risque biologique ?

Le droit peut-il appréhender le risque biologique de manière globale et homogène plutôt qu'à la faveur de réglementations spéciales et dispersées ? La réponse est sans doute négative : ce type de risque apparaît trop diffus et multiforme pour se prêter à un traitement uniforme. Si les dangers représentés par les organismes vivants en constituent l'élément commun, les expressions du risque biologique présentent une diversité telle qu'elles traversent toutes les catégories juridiques. Par ailleurs, une appréhension juridique globale nécessiterait de forger des instruments transversaux qui font aujourd'hui défaut et dont il n'est même pas certain qu'ils puissent voir le jour.

Ainsi n'existe-t-il pas de statut juridique unifié des micro-organismes : l'infiniment petit n'intéresse le droit qu'à l'occasion de ses manifestations pathogènes (infection, contamination) et encore se trouve-t-il considéré non pas en lui-même (en sa qualité de virus, de germe, de souche) mais par le biais des actes dont il est l'objet (soins, transfusion, expérimentation). Ne pourrait-on considérer les micro-organismes comme des choses au sens de l'article 1384, al. 1 du Code civil⁸, choses dont on aurait la garde et donc la responsabilité objective ? Une telle unification serait-elle au demeurant souhaitable ? Plusieurs régimes de responsabilité

coexistent au regard du risque biologique, dont certains apparaissent très favorables à la victime : régime légal de la responsabilité sans faute pour les vaccinations obligatoires ; régime légal de la responsabilité des produits défectueux (tel qu'il résulte des articles 1386-1 et suivants du Code civil pour les produits contaminés), etc.

Les risques engendrés par les organismes génétiquement modifiés sont l'objet d'une série de textes qui s'échelonnent du contrôle des recherches à celle de leur dissémination (loi du 13 juillet 1992) et à leur suivi (loi du 9 juillet 1999), mais il n'en résulte pas un régime de responsabilité particulier. Cette situation a pu inquiéter les participants à la « conférence des citoyens » qui eut lieu les 20 et 21 juin 1998 à Paris⁹, et qui ont réclamé « d'avoir dans la loi une présomption de responsabilité et de culpabilité de la part de celui qui introduit ou dans la nature ou sur le marché un produit OGM, cela afin que le recours de la victime soit simplifié, ou pour le moins faisable ». Aux yeux des consommateurs, l'actuel droit commun de la responsabilité ne semble donc pas totalement adapté aux nouveaux risques biologiques. Il est vrai qu'il présente des lacunes¹⁰, cependant, un régime de responsabilité automatique ne saurait être mis en place, comme en matière nucléaire, qu'accompagné d'une obligation d'assurance. Or pour l'heure, « l'assurabilité » des risques biologiques associés aux OGM demeure une question délicate. C'est ainsi qu'elle renvoie à celle du préjudice écologique, puisque le principal danger évoqué pour les plantes transgéniques est celui d'une modification profonde des écosystèmes. Mais le caractère réparable de ce type de préjudice suscite encore beaucoup de débats¹¹.

Établir un régime de responsabilité spécifique aux OGM ne conduirait-il pas à stigmatiser davantage encore ces organismes par rapport à ceux dits « naturels » dont ils sont la plupart du temps les équivalents, et rendre plus hétérogène encore la catégorie du risque biologique ? La victime sera-t-elle traitée différemment selon qu'elle est victime

d'un virus herpès contracté au cours d'une relation sexuelle, d'un virus de l'hépatite B contracté au cours d'une transfusion ou à cause d'une vaccination ou d'un OGM ingéré dans son alimentation ? D'ailleurs, n'est-ce pas déjà la situation actuelle ?

En conclusion, il conviendrait d'approfondir l'analyse des différentes facettes du risque biologique à la lumière des connaissances que nous apporte la science moderne. Non pas tant pour essayer d'en unifier les éléments autour d'un système juridique unique et rigide, mais afin de les faire coopérer de manière cohérente et efficace. Nous ne sommes qu'au début de cet exercice. Pourtant ne savions-nous pas depuis longtemps que « la vie c'est le risque » ?

Notes

1. D. Boy, S. de Cheveigné et J.-C. Galloux, chapitre « France » in « *Biotechnology and the European Public* », J. Durant (Dir.), Science Museum, London 1998.

2. Définis par la directive n° 90/219/CEE du 23 avril 1990, relative à l'utilisation confinée de micro-organismes génétiquement modifiés (JOCE n° L 117 du 8 mai 1990, p. 1).

3. JOCE n° L 374 du 31 décembre 1990, p. 1, directive modifiée par la directive n° 93/88/CEE du 12 octobre 1993.

4. Loi du 25 avril 1895 relative à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues (JO 26 avril 1895, p. 1).

5. Article L 10-1 du Code de la santé publique.

6. Cass. civ. 1, 29 juin 1999, JCP (G) 1999 II n° 10138, rapp. P. Sargos.

7. J.-C. Galloux « L'encadrement des biotechnologies : de la normalisation à la réglementation des pratiques » RRJ 1990-2, p. 253 ; voir la directive 90/219 relative à l'utilisation confinée de micro-organismes génétiquement modifiés (JOCE n° L 330 du 5 décembre 1998).

8. La jurisprudence reconnaît au vaccin « un dynamisme propre » : TGI Nanterre, 5 juin 1998, D. 1999, som. 336.

9. J.-Y. Le Déaut « De la connaissance des gènes à leur utilisation », Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapport n° 1054, 8 juillet 1998.

10. En cas d'incident avec une variété végétale transgénique dérivée d'une variété autorisée, qui sera responsable du titulaire de l'autorisation ou de l'obtention ?

11. G. Viney « Le préjudice écologique », Responsabilité civile et assurances, mai 1998, p. 6.

BREFS PROPOS SPÉCULATIFS SUR LA RÉFORME DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Christophe Radé

Professeur à l'université Montesquieu-Bordeaux IV

Si la nécessité de réformer la responsabilité médicale s'impose aujourd'hui avec la force de l'évidence, la méthode et les objectifs poursuivis suscitent en revanche plus d'hésitations. Faut-il confier la responsabilité de ce grand projet au juge ou au législateur, faut-il créer des règles supplémentaires ou y substituer de nouvelles, faut-il indemniser tous les dommages, sans aucune forme de discrimination, et qui devra payer le coût de la réforme ? C'est à ces interrogations que nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponse.

Soumise à de prudentes évolutions au cours du XX^e siècle, la responsabilité médicale montre depuis quelques temps d'étranges signes de fébrilité sensibles tant en droit public qu'en droit privé¹. Il y aurait là un incontestable intérêt à s'interroger sur les causes d'un réveil aussi tardif que brutal : chute des derniers tabous protégeant l'autorité médicale, déferlante d'une dérive contentieuse nord-américaine, apparition de nouveaux fléaux, foi toujours plus forte dans les capacités sans borne de la médecine moderne à repousser les barrières du possible ?

Cette accélération du rythme des mutations résulte d'une mobilisation convergente de tous les acteurs. Certaines innovations majeures de cette fin de siècle sont tout d'abord à mettre au crédit du législateur : création d'un régime d'indemnisation spécifique pour les patients se prêtant à une expérimentation médicale (loi Huriet du 20 décembre 1988), d'un Fonds d'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus du sida, causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de produits dérivés du sang (article 43 de la loi du 31 décembre 1991), ou mise en place d'une responsabilité de plein droit des producteurs de produits défectueux

(loi du 19 mai 1998 – Code civil, article 1386-1 et suivants). Mais force est de constater que c'est à la jurisprudence, tant judiciaire qu'administrative, que revient incontestablement la palme de l'innovation. En dix ans, le Conseil d'État a en effet abandonné l'exigence d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'hôpital public² et admis, sous certaines conditions, l'indemnisation de l'aléa thérapeutique³. Plus récemment, la Cour de cassation a bouleversé sa jurisprudence relative à l'obligation d'information⁴ et imposé le principe d'une responsabilité de plein droit des médecins et des cliniques lorsqu'un patient a été victime d'une infection nosocomiale⁵ – c'est-à-dire contractée en milieu hospitalier.

Ces métamorphoses de la responsabilité médicale laissent sans doute augurer d'un siècle prochain propice en réformes. C'est en tout cas ce qu'il faut souhaiter, tant l'héritage laissé par le XX^e siècle semble difficile à porter. Car si l'efficacité du système s'est incontestablement améliorée, c'est au prix d'un éparpillement et d'un développement anarchique du droit de la responsabilité médicale. Il convient par conséquent de s'interroger non seulement sur l'objet de la réforme, mais également sur la méthode à mettre en œuvre.

Réflexions sur la méthode

Réformer est un art difficile. Avant tout chose, il apparaît nécessaire de choisir les acteurs, puis de s'interroger sur les objectifs poursuivis.

■ Les acteurs

Cela a été souligné, une part essentielle des modifications intervenues dans la responsabilité médicale ces dernières années est le fait de la jurisprudence. Cette activité intense des tribunaux n'est pas nécessairement le signe d'une crise des institutions, elle pourrait tout aussi bien témoigner de la vitalité de notre droit commun, capable de s'adapter aux évolutions de la société, même les plus rapides. Sans doute possible en droit administratif, où les règles de la responsabilité civile ont « divorcé » du Code civil à la fin du XIX^e siècle, cette flexibilité extrême n'a pas la même signification en droit privé, où le juge se doit avant tout d'appliquer la loi, sans pouvoir l'écartier. Mais si toutes les règles juridiques recèlent des trésors cachés d'interprétation, il est toujours assez inquiétant d'apprendre qu'une disposition du Code civil vire au vent comme la girouette au sommet du clocher. Au nom du principe de sécurité juridique, il est important que les normes connaissent une interprétation relativement stable, sur laquelle les particuliers puissent durablement s'appuyer, et que les juges ne passent pas leur temps à modifier les règles du jeu. C'est dire s'il conviendra de déterminer, à titre liminaire, à qui devront être confiées les clefs de la réforme : au juge ou au Parlement ?

Nous pensons que le Parlement doit ici prendre toutes ses responsabilités et qu'il n'appartient pas à la jurisprudence de mener des réformes de fond aux enjeux économiques et sociaux majeurs. Une intervention législative aurait de surcroît l'intérêt d'une refonte globale du système, ce que la jurisprudence ne peut réaliser, même avec la meilleure volonté du monde. Mais s'il n'est pas interdit de rêver d'une profonde réforme de la responsabilité civile à l'occasion du bicentenaire du Code civil, il est impératif de

demeurer réaliste. Les réformes attendues ne se feront pas en quelques semaines, et on peut parier que la Cour de cassation sera encore amenée à intervenir pour imposer sa « doctrine jurisprudentielle »⁶ en la matière. C'est ici que les objectifs techniques doivent être précisés.

■ Les objectifs

La succession des réformes intervenues ces dernières années pourrait bien suggérer que la réforme de la responsabilité médicale est en voie. Or l'impression est trompeuse. Certes, le traitement juridique réservé aux victimes n'a cessé d'être perfectionné, et on ne saurait contester qu'on répare aujourd'hui mieux qu'hier. Mais le système reste malgré tout extrêmement dispersé et mériterait d'être réorganisé.

Le système actuel est en effet porteur d'une complexité peu compatible avec l'intérêt bien compris des justiciables. Selon que la victime agira devant une juridiction administrative, pénale ou civile, elle devra fonder sa prétention sur des règles différentes. Majoritairement contractuel devant les juridictions civiles depuis l'arrêt Mercier⁷, le fondement de la responsabilité médicale semble en effet résolument extracontractuel devant les juridictions pénales et administratives. Par conséquent, une harmonisation s'impose ; elle ne pourra se traduire que par la « décontractualisation » de la responsabilité des médecins, sans que les droits reconnus aux patients en soient pour autant bouleversés. Responsables de leurs fautes d'imprudence ou de négligence, les médecins⁸ et les établissements de soins seraient également tenus de réparer les dommages causés par les personnes placées sous leur autorité ou par les choses dont ils ont ou devraient avoir la garde (produits, instruments, mais également germes et microbes) sans qu'aucune faute personnelle n'ait été caractérisée.

Cette complexité se traduit également par la superposition des règles applicables, ce qui n'est pas sans poser de délicats problèmes d'articulation, notamment lorsque sont en concurrence des solutions prétoriennes et des règles spéciales mises en

place par le législateur. L'exemple de l'indemnisation des victimes de contaminations par le virus du sida est, à cet égard, édifiant. L'article 43 de loi du 31 décembre 1991 laisse en effet aux victimes une option entre l'indemnisation servie par le Fonds et l'action contre le responsable de la contamination, menée selon les règles et devant les juridictions de droit commun. Or la Cour européenne des droits de l'homme a obligé les juridictions françaises à admettre que la victime indemnisée par le Fonds pouvait réclamer en justice des indemnités complémentaires⁹. Si le Conseil d'État autorise désormais les patients contaminés à solliciter des tribunaux administratifs une réparation supplémentaire¹⁰, la Cour de cassation s'obstine à priver le recours au juge judiciaire de tout intérêt sous le prétexte fallacieux que l'indemnisation servie par le Fonds réparerait intégralement le « préjudice spécifique de contamination¹¹ » ; il ne reste alors

Ces différences portant sur le fondement ou le régime des règles existantes sont condamnables, à tous points de vue. Pour les victimes, il n'est pas acceptable que le droit rajoute l'insécurité juridique à l'insécurité sanitaire, l'inégalité de traitement à l'inégalité devant la maladie ou l'accident. Ces discriminations apparaissent aujourd'hui totalement critiquables, aussi toute nouvelle réforme devra-t-elle tendre non seulement à une nette simplification du droit applicable, mais également à une parfaite articulation des règles mises en place. Il convient toutefois de rendre ici hommage aux tribunaux qui ont entrepris ce travail depuis quelques années. On aura ainsi remarqué, en 1995, la synchronisation des jurisprudences judiciaires et administratives s'agissant de la responsabilité des établissements de soins et des fournisseurs de produits sanguins¹². Par ailleurs, la Cour de cassation a abandonné la référence à la stipulation pour autrui comme fondement de l'action des patients hospitalisés contre le fournisseur de produits sanguins et leur permet désormais d'agir en invoquant l'article 1384-1 du Code civil, ce qui est à la fois plus simple et plus efficace¹³.

■ Réflexions sur l'objet

Une profonde réforme de la responsabilité médicale est nécessaire, non seulement pour simplifier les règles actuelles, mais aussi et surtout pour améliorer le sort réservé aux victimes. Pour aboutir, il conviendra préalablement d'apporter des réponses à deux questions capitales : quels sont les préjudices qui mériteront d'être mieux indemnisés et qui devra payer le prix de la réforme.

■ Redéfinir les dommages réparables

Ce qui frappe à l'examen des principales réformes intervenues ces dernières années, ce sont leur caractère sélectivement protecteur et les privilèges ainsi réservés à certaines catégories de victimes. Deux exemples suffiront à s'en convaincre. Si la loi du 5 juillet 1985 relative à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation protège convenablement les passagers et les piétons, elle néglige la situation des victimes conductrices. Un même reproche pourrait être adressé à l'article 43 de la loi du 31 décembre 1991 relatif à l'indemnisation des victimes du sida, qui a « oublié » les victimes de contamination par le virus de l'hépatite. Ces différences de traitement sont non seulement moralement inacceptables, car elles introduisent une forme de hiérarchisation des malheurs, mais aussi juridiquement intolérables tant elles bafouent le principe d'égalité entre les citoyens et le droit de tous à la sûreté.

Il n'est donc pas possible de faire l'économie d'une profonde réflexion sur les préjudices dont l'indemnisation devra être améliorée avant de se lancer dans une réforme d'ampleur de la responsabilité médicale. Ce débat n'a jusqu'à présent pas été réellement mené, sans doute parce que la doctrine, singulièrement privatiste, s'est classiquement focalisée sur la question du fondement de la responsabilité civile, réduisant le débat sur les conditions de la responsabilité médicale à une opposition souvent caricaturale entre les partisans de la faute et les zélateurs du risque. Par ailleurs, le primat de la faute

rend comme inutile toute réflexion portant sur le dommage. Lorsqu'un dommage est imputable à une faute, singulièrement en matière médicale, personne ne songerait en effet à contester la nécessité de réparer l'atteinte commise tant l'anormalité de la situation semble évidente. Mais dès lors que la faute n'est plus exigée pour que la responsabilité soit engagée, l'anormalité de la situation ne va plus de soi ; seule l'étude des caractères du dommage permettra de déterminer les raisons qui poussent à accorder réparation.

Déjà, des différences d'approche se font jour : ainsi, le préjudice personnel de l'enfant qui naît gravement handicapé sera indemnisé par les juridictions judiciaires¹⁴, mais non par les juridictions administratives qui ne prendront en compte que le préjudice des parents¹⁵. Il semble bien, d'ailleurs, que le droit administratif de la responsabilité a pris en ce domaine quelques années d'avance sur le droit privé ; lorsque la responsabilité est engagée sans faute, il convient en effet de caractériser en quoi le préjudice subi est *spécial* et *anormal*, et ce n'est que lorsqu'il dépasse la dose de sacrifices normalement exigible de toute personne vivant en collectivité qu'il sera réparé. Une telle exigence n'apparaît pas formellement en droit privé, où les seules conditions traditionnellement posées sont que le dommage doit être direct, personnel, actuel et certain. Il faudra pourtant aller au-delà de ces exigences pour donner un sens à la réforme et répondre aux questions que se posent aujourd'hui les victimes : pourquoi prendre en compte le sida et pas l'hépatite C, pourquoi indemniser les dommages causés au passager et pas au conducteur, pourquoi protéger les victimes d'accidents de la circulation et pas ceux d'aléas thérapeutiques, pourquoi admettre l'exonération par le risque de développement pour les médicaments alors qu'elle est refusée pour les produits sanguins, enfin pourquoi réparer intégralement la victime d'un accident de la circulation et pas celle d'un accident du travail ? Une véritable réflexion sur les préjudices devra donc être menée si l'on veut mettre en place un système plus juste, et elle ne pourra conduire qu'à supprimer les discriminations opérées entre des victimes placées dans une situation analogue mais recevant un traitement différent. À souffrance égale, indemnisation égale.

■ Choisir les payeurs

Il conviendra également – et peut-être surtout – de déterminer qui devra payer le coût de la réforme. Ici encore, le débat a été en partie occulté en raison du primat de la faute dans la responsabilité médicale, tant il paraît évident que le fautif doit être le payeur. Mais lorsque la responsabilité se détache de la faute¹⁶, la nécessité de faire payer le médecin s'avère plus contestable. Faut-il alors se tourner vers l'assureur pour lui confier le soin de socialiser la réparation ? Cette question capitale exige une réponse nuancée.

Nous pensons qu'il conviendrait d'obliger tous les médecins à souscrire à un contrat d'assurance de responsabilité, tout en limitant l'obligation légale d'assurance à la responsabilité pour faute, entendu au sens large, et de diriger les victimes vers d'autres structures dans les autres hypothèses. En revanche, nous trouverions injuste d'imposer aux médecins – et à leurs assureurs – la prise en charge de l'indemnisation de dommages causés en l'absence de toute faute de leur part. Cette distinction nous semble essentielle dans la mesure où le système français ne considère pas la santé comme un bien de consommation ordinaire. Le prix des prestations médicales n'est pas libre en raison du contrôle exercé par les pouvoirs publics et la sécurité sociale, et le « coût final » d'une indemnisation accrue des victimes ne pourrait qu'être assumé par le milieu médical, à défaut d'être répercuté auprès du « consommateur final », c'est-à-dire auprès des patients¹⁷. Or s'il paraît légitime que la collectivité des médecins assume les conséquences des dommages liés à des fautes, il semble injuste de faire peser uniquement sur elle l'indemnisation des autres dommages. S'agissant d'un coût dont la prise en charge s'impose au nom de l'exigence de solidarité nationale, il convient de répercuter sur la collectivité toute entière le poids de cette indemnisation, et non sur une catégorie socioprofessionnelle en particulier.

C'est donc vers la mise en place d'un Fonds d'indemnisation qu'il convient naturellement de se tourner, le Fonds de Garantie des Victimes d'Actes de Terrorisme pouvant d'ailleurs servir de matrice à

un grand Fonds qui héritait d'autres compétences, notamment de celle d'indemniser les victimes de contaminations à l'occasion de transfusions sanguines ou d'injection de produits sanguins¹⁸. Simplicité et solidarité devront être conjuguées.

La responsabilité médicale apparaît aujourd'hui comme un kaléidoscope de règles juridiques variées et bien souvent complexes, qui brouillent la lisibilité de notre système et ne garantissent pas aux victimes de dommages causés par l'activité médicale la réparation à laquelle elles peuvent légitimement prétendre. Une intervention du législateur et une « recodification » du droit de la responsabilité civile intégrant la spécificité de l'activité médicale sont des plus souhaitables. Soustraite à un droit commun des contrats fort peu adapté à la situation des patients, la responsabilité médicale du XXI^e siècle devrait préciser les conditions dans lesquelles les dommages seraient réparables, tout en laissant le soin au juge de compléter et d'enrichir le travail du Parlement¹⁹, de désigner les responsables et les causes de responsabilité, de fixer la compétence d'un Fonds d'indemnisation qui assurerait le relais – ou la suppléance – des responsabilités individuelles, et enfin de régler, par l'application de principes justes et simples, les conflits susceptibles de naître entre les différentes règles applicables²⁰. L'œuvre est sans doute considérable, mais elle est à la mesure de l'attente des victimes ; c'est cette seule considération qui devrait inciter le législateur à se mettre rapidement au travail.

Notes

1. Sur les dernières évolutions, voir *Responsabilité civile et assurance*, juillet 1999, n° hors série.
2. Conseil d'État, Ass., 10 avril 1992 : GAJA n° 116 ; *Rec. Cons. d'Ét.* p. 171, concl. Legal.
3. Cons. d'État, 9 avril 1993, Bianchi, *Rec. Lebon*, p. 127, concl. Daël ; *AJDA* 1993, p. 383, chron. C. Maugüe, p. 344, note L. Touvet. Cons. d'État, 3 novembre 1997, Hôpital Joseph Imbert d'Arles : *RFD adm.* 1998, p. 90, concl. V. Péresse ; *RD publ.* 1998, p. 891, note J.-M. Auby.
4. Cass. 1^{re} civ., 25 février 1997, *Gazette du palais* 27-29 avril 1997, p. 22, rapport P. Sargos, note J. Guigüe, Cass. 1^{re} civ., 27 mai 1998, *Siè la Médicale de France et a. c/Cts K. et a.* : D. 1998, jur. p. 530, note F. Larroche-Gisserot. Cass. 1^{re} civ., 7 octobre 1998, Mme Castagnet. *c/Clinique du Parc et a.* : *JCP G* 1998, II, 10179, concl. J. Sainte-Rose, note P. Sargos.

5. Cass. 1^{re} civ., 21 mai 1996, *Bonnici : Responsabilité civile et assurance* 1996, *chron.*, n° 29, par H. Groutel (présomption de faute). Cass. 1^{re} civ., 29 juin 1999 : *JCP G* 1999, II, 10138, rapport P. Sargos (responsabilité de plein droit).
6. Pour reprendre l'expression utilisée notamment par le conseiller P. Sargos (*Responsabilité civile et assurance* 1999, n° spécial juillet/août, p. 35).
7. Cass. civ., 20 mai 1936 : *Grands arrêts de jurisprudence civile* n° 93.
8. Pour les médecins, la présence de règles déontologiques désigne d'ailleurs non pas un fondement contractuel, mais bien un fondement extra-contractuel (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 : *J. O. du 8 septembre 1995*, p. 13305).
9. CEDH, 4 décembre 1995, *Bellet c/France*, *JCP G* 1996, II, 22648, note M. Harichaux.
10. Conseil d'État, 16 juin 1997 : *JCP G* 1997, I, 4070, n° 36, obs. G. Viney ; *Dalloz* 1999, *sommaire* p. 57, obs. P. Bon et D. de Béchillon.
11. Cass. ass. plén., 6 juin 1997, *Fondation Saint-Marc*, *Bulletin d'information de la Cour de cassation du 15 octobre 1997*, p. 5, concl. M. Tatu, rapport Dorly. Lire E. Savatier, *Le principe indemnitaire à l'épreuve des jurisprudences civile et administrative. À propos de l'indemnisation des victimes de transfusions sanguines*, *JCP G* 1999, I, 125.
12. Cass. 1^{re} civ., 12 avril 1995, *JCP G* 1995, II, 22467, note P. Jourdain, Conseil d'État, 26 mai 1995 : *JCP G* 1995, II, 22468, note J. Moreau.
13. Cass. 1^{re} civ., 28 avril 1998, *Cts Cappus c/CRTS de Bordeaux* : *JCP G* 1998, II, 10088, rapport P. Sargos.
14. Cass. 1^{re} civ., 25 juin 1991 : *Dalloz* 1991, *Jur.*, p. 566, note P. Le Tourneau.
15. Conseil d'État, 14 février 1997, *Centre hospitalier régional de Nice*, *JCP G* 1997, II, 22828, note J. Moreau.
16. On pensera ici à l'indemnisation des infections nosocomiales (Cass. 1^{re} civ., 29 juin 1999 : *JCP G* 1999, II, 10138, rapport P. Sargos), ou à l'émergence d'une obligation de sécurité de résultat dans le contrat médical (CA Paris, 15 janvier 1999, *Smatt* : *JCP G* 1999, II, 10068, note L. Boy).
17. Seuls les praticiens ou les établissements pratiquant des honoraires libres pourraient alors envisager de répercuter le coût lié à l'assurance sur le prix des actes, et cette « incitation » ne pourrait que renforcer le sentiment d'une sécurité sociale à deux vitesses.
18. C. assur., article L. 422-1 et s. L'article L. 422-1 fait d'ailleurs référence à « la réparation intégrale des dommages résultant d'une atteinte à la personne », ce qui correspond à la situation de la victime d'un accident thérapeutique.
19. À l'instar de la loi du 1^{er} février 1995 réformant le droit des clauses abusives, la loi pourrait définir une liste « noire » des préjudices obligatoirement indemnisés, mais aussi une liste « grise » des préjudices potentiellement indemnisables.
20. On songera ici au principe de subsidiarité de l'intervention prétorienne, de réparation intégrale comme limite aux cumuls, mais aussi au principe de faveur désignant, en cas de conflits, la règle la plus favorable aux intérêts des victimes comme devant s'appliquer.

RISQUES ET RESPONSABILITÉ COLLECTIVE : DES RUPTURES À PENSER ET À CONDUIRE

Patrick Lagadec

Directeur de recherche, École polytechnique

« Le feu tue, les idées périmées aussi » disait Foch. Il en va de même pour la sécurité, la viabilité de nos systèmes complexes. Les risques en gestation, les contextes organisationnels, sociaux et culturels qui se dessinent, vont exiger des capacités de conduite techniques, des références politiques, des logiques d'apprentissage collectif profondément repensées.

Risques de santé publique (sang contaminé, vache folle), vulnérabilités des réseaux vitaux désormais enchevêtrés (électricité/eau/transport/communication/banques), fragilités informatiques à l'échelle mondiale (l'affaire du bogue de l'an 2000 n'étant ici qu'un premier épisode), incertitudes sur nos environnements essentiels (climat, OGM, ondes radio-électriques, contamination des sols, de l'eau, de l'air), effacement des cloisons entre risques naturels, techniques, sociaux, géo-stratégiques, etc. : à l'aube du XXI^e siècle, la sécurité et la pérennité de nos systèmes complexes représentent des préoccupations majeures. En effet, nous n'en sommes plus seulement aux risques liés à telle installation ou tel projet technologique spécifique.

Deux exigences sont à respecter : savoir tirer les leçons du passé – la catastrophe ferroviaire d'octobre 1999 près de Londres montre à quel point il faut rester vigilant sur ce point de base – et ne pas être « en retard d'une guerre » : les logiques dépassées, ici comme ailleurs, sont porteuses de fiascos de grande échelle. Comme le soulignait en 1972 l'un des rapports pionniers en matière de sécurité industrielle (celui de Lord Robens en Grande-Bretagne), à intervalle régulier, il faut savoir s'inter-

roger : « N'avons-nous pas à repenser fondamentalement les problèmes de sécurité et notre façon de les prendre en charge » ? Le tournant du siècle nous amène à nous reposer la question.

Au-delà du simple établissement de listes de dossiers à risques, au-delà du recensement de techniques d'analyse et de gestion, l'essentiel tient donc aujourd'hui à deux interrogations fondamentales : qu'avons-nous appris des dernières décennies en matière de sécurité ? Comment exercer nos responsabilités collectives sur les nouveaux défis qui se profilent à l'horizon ?

Des exigences désormais bien établies

Les années 1970-1990 ont été fertiles en événements qui ont poussé à des prises de conscience et à des transformations des modes opératoires dans le domaine de la sécurité industrielle. Seveso (Italie, 1976, la menace chimique), Three Mile Island (États-Unis, 1979, la menace nucléaire) ; Bhopal (Inde, 1984, le désastre

chimique), Tchernobyl (Ukraine, 1986, le désastre nucléaire) s'inscrivent de manière emblématique dans une longue chaîne d'avertissements puis de véritables catastrophes. Ils ont conduit à des enseignements cruciaux qui font désormais office de « références ».

■ Des exigences techniques

L'examen préalable des risques et vulnérabilités, le suivi des niveaux de sécurité dans la durée, sont devenus des impératifs absolus qui supposent des responsabilisations internes et des contrôles externes rigoureux et contradictoires. À l'heure des grands risques technologiques (chimie, nucléaire, biologie...), des réseaux complexes (transport, alimentation...), on ne peut en aucun cas admettre des niveaux de sécurité aussi bas que ceux révélés par certaines filières d'alimentation du bétail – comme dans l'affaire du poulet belge de l'été 1999. Le questionnement doit aussi se faire de plus en plus exigeant sur les effets dominos possibles. Ainsi, lorsqu'une succession de tempêtes de pluies dites « verglaçantes » s'abatit sur le sud du Québec en janvier 1998, la destruction du réseau électrique conduisit à une paralysie de Montréal et de 700 municipalités, avec arrêts en chaîne de plusieurs réseaux vitaux : l'eau commença à manquer, les raffineries furent arrêtées, les transports paralysés, les systèmes de paiement électroniques touchés, le radio-téléphone atteint, etc. La sécurité impose que l'on sorte du seul examen des failles possibles à l'intérieur d'un système spécifique.

Ce travail technique relativement simple bouleverse déjà nos cultures, nos organisations, nos modes d'exercice scientifique, opérationnel et administratif. Il suppose en effet des questionnements (et non plus des certitudes ou de simples logiques de *check-lists*) transverses (et non plus cloisonnés) associant des acteurs multiples mais aussi des disciplines multiples. Les interfaces et interdépendances sont en effet souvent les lignes

de failles les plus préoccupantes : les usines d'alimentation en eau de Montréal n'avaient aucun problème particulier au mois de janvier 1998, mais il leur manquait un approvisionnement électrique ; les pompiers étaient fin prêts, mais ils n'avaient pas d'eau ; la télévision pouvait apporter des nouvelles, mais pas dans les zones critiques, privées d'électricité etc. Dès lors, il n'y a pas de sécurité possible sans préparation approfondie avec les multiples partenaires que l'on peut avoir à l'intérieur, et plus encore à l'extérieur, d'un système déterminé. Cette approche implique de larges partages d'informations et des échanges entre cultures souvent très diverses.

■ Des exigences organisationnelles

L'expérience l'a très nettement montré : 80 % des causes de défaillance sont d'ordre organisationnel, humain ou culturel, et non simplement d'ordre technique. Il y a là de quoi bouleverser le fonctionnement des entreprises et des administrations, le travail de contrôle, les politiques de promotion, de recrutement, de formation des responsables. 80 % : ce n'est pas un « petit quelque chose » à instiller dans des univers techniques et de décision qui pourraient rester globalement inchangés. Les mondes fermés, cloisonnés, stratifiés, dans lesquels chacun cherche, au mieux la conformité aux normes bureaucratiques usuelles, au pire des fusibles prêts à servir de boucs émissaires en cas de difficulté, ne peuvent mener à des prises en charge responsables des grands problèmes de sécurité. D'autre part, la prévention suppose une attention toute nouvelle aux configurations aberrantes et aux phénomènes obéissant à des logiques inédites. Elle doit donc conduire à de sérieux réexamens de nos usages traditionnels de la statistique et de la probabilité. Quand ce qui est bien loin du normal et de la moyenne peut soudain faire irruption et venir, en une seule occurrence, anéantir non seulement un

système et mais aussi de larges structures alentour, l'emprisonnement mental à l'intérieur du probable est un piège stratégique redoutable. C'est ainsi que l'on découvre après le désastre que l'habitude devenue si courante d'effectuer le produit « gravité-probabilité » pour qualifier un risque peut représenter une faille intellectuelle fort dangereuse.

■ Des exigences institutionnelles et politiques

L'existence de risques majeurs – c'est-à-dire dépassant l'enceinte industrielle pour affecter les populations et l'environnement – a mis au premier plan la nécessité d'une crédibilité et d'une légitimité robustes des principaux acteurs de la sécurité. En 1984, l'un des plus illustres administrateurs de l'Environmental Protection Agency (EPA) aux États-Unis soulignait : « Ma première préoccupation quand je pris mes fonctions, fut de retrouver la confiance du public envers l'Agence ». Pareille exigence présume une ouverture très large des processus de décision, d'information et de contrôle, depuis le stade de la recherche jusqu'à celui de la fin de cycle des projets en passant par leur mise en œuvre et leur gestion dans la durée. Cette ouverture a longtemps fait défaut, ce qui explique nombre de fiascos réitérés dans la conduite des dossiers, et notamment des accidents. À l'évidence, il ne s'agit pas d'ajouter un zeste de « communication de crise » à un « *business as usual* », que pourrait satisfaire un « *media training* » commandé à la hâte. Il s'agit d'apprendre à inventer des conduites collectives nouvelles bien plus complexes que les processus techniques eux-mêmes – déjà pourtant d'une difficulté imposante. La tentation des raccourcis expéditifs est et restera évidente, mais plus le risque se fait majeur, plus on découvre l'impossibilité d'un développement sans base de légitimité suffisante, sans information ouverte, précoce et de qualité ouvrant sur des partages dans l'exercice des arbitrages collectifs.

Pour l'avenir immédiat, de nouveaux défis à relever

Les quelques impératifs indiqués suffiraient largement à absorber nos énergies. Et pourtant, de nouveaux défis émergent à une cadence accélérée, nous contraignant à considérer de nouveaux horizons de difficultés, donc d'action et de responsabilité.

■ Des défis pour la connaissance

Dans le seul univers de l'expertise, nous sommes de plus en plus confrontés à des situations-limites. Ainsi, des phénomènes particulièrement ténus (en ampleur ou en probabilité) restent-ils très difficiles à appréhender par les modèles à disposition ; on a du mal à anticiper certains effets de cristallisation entre processus complexes hétérogènes ; des logiques fondatrices se révèlent incertaines ou trompeuses – comme on l'a vu récemment avec le dogme perdu de la « barrière des espèces ». Et dans le même temps, précisément sur ces difficultés où elle est le plus mal à l'aise, la science se voit interpellée par tous (victimes, politiques, opérateurs, administrations, médias...) pour fournir des résultats sûrs, instantanés et définitifs.

■ Des défis pour la conduite des organisations

En matière organisationnelle, on se heurte désormais systématiquement à un « mur de complexité » qui provoque assez vite un double sentiment de vertige et d'impuissance. Il ne s'agit plus simplement de s'ouvrir à de nouvelles classes d'acteurs (ce qui représente déjà une révolution culturelle pour maints organismes : que l'on songe par exemple aux associations de victimes, ou à des

actionnaires soudain inquiets des faibles capacités d'un opérateur en matière de sécurité ou de préparation à la crise), mais de faire face à l'irruption d'innombrables d'acteurs, et ceci dans le temps réel et l'ubiquité. Mondialisation, grappes de filiales, ententes les plus diverses et les plus éphémères : on mesure la difficulté de façon spectaculaire lors de situations de crise, quand on doit rapidement armer et piloter – et cela uniquement pour l'« interne » – une vingtaine de cellules de crise. Le problème est particulièrement aigu en matière de communication médiatique, avec la mise en réseau mondial de toute rumeur, et ce que l'on peut appeler « l'effet Larsen instantané » à la moindre information pouvant susciter de l'émotion : les signaux sont à ce point amplifiés, recyclés et encore amplifiés que l'on en arrive à une saturation condamnant toute audition intelligible ; on est ici bien au-delà de tout ce que peuvent permettre les « bonnes recettes » de communication de crise proposée voici une décennie. Et les deux difficultés se conjuguent. On s'interroge par exemple sur les nouveaux risques globaux du monde de la finance, désormais exposé aux cyclones de l'univers électronique et médiatique planétaire : il ne s'agit plus simplement de la sécurité d'une usine et de ses environs, mais de risques majeurs portant sur la colonne vertébrale des économies du monde occidental.

■ Des défis pour le pilotage collectif

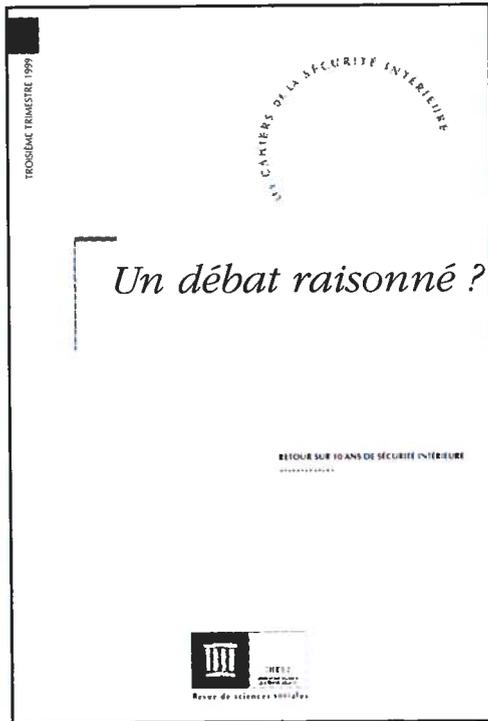
Plus fondamentalement, on découvre les difficultés de tout pilotage stratégique, quand nos systèmes ont déjà peine à conserver, inventer, valider leurs identités, leurs projets, leurs règles de fonctionnement. Révolutions techniques sur le mode de l'effet en chaîne, fractionnement organi-

sationnel généralisé et recompositions éphémères à haute vitesse – avec interdépendances de plus en plus fortes et souterraines – bouleversements constants de toutes les références et normes, instantanéité et ubiquité de tout phénomène, effacement de toute parole dans un niveau de bruit qui connaît déjà la saturation par temps calme, etc. : l'instabilité se fait structurelle. Il faudrait du temps pour des questionnements et des débats de fond, pour un repositionnement des acteurs, chaînes et maillages d'acteurs. Or, précisément, l'accélération hyperbolique des rythmes imposés, les menaces de disparition soudaine de secteurs entiers qui paraissent hier d'une solidité définitive, conduisent à anéantir les possibilités de réflexion, de débat et d'arbitrage indispensables.

C'est sur pareille toile de fond qu'il va falloir désormais apprendre à inventer nos futurs collectifs. À n'en pas douter, il faudra beaucoup d'intelligence – en recherche, en expérimentation, en retour d'expérience – pour trouver des voies fécondes, éviter les écueils les plus dangereux, faire exister des communautés humaines pilotes de leur destin commun. Une solide conviction peut et doit venir conforter les démarches à engager : les risques sont aussi des opportunités. Mais cet optimisme salvateur ne saurait venir masquer un manque de prise de responsabilité effective. Le principe d'opportunité n'est recevable que si l'on ne néglige pas une règle d'airain : les ouvertures positives ne sont offertes qu'à ceux qui font œuvre de discernement, de préparation et d'intelligence collective.

Bibliographie

Lagadec, P., *Les Ruptures créatrices. Discontinuités et Société à l'approche du XXI^e siècle*, Les Éditions d'Organisation, à paraître.



La sécurité, c'est l'affaire de tous...». Dix ans après ce slogan fondateur de l'IHESI, le temps est venu d'un premier bilan : quels sont les savoirs acquis et comment en tirer profit pour la mise en œuvre des politiques de sécurité de demain ? Si le débat est raisonné, il n'est pas pour autant résolu.

Aux origines de l'institut ♦ *Entretien avec Jean-Marc Erbès*
 ♦ **Les anciens auditeurs juges de l'IHESI** ♦ *Frédéric Ocqueteau* ♦ **La demande de sécurité intérieure** ♦ *Entretien avec Pierre Joxe* ♦ **Jalons pour une histoire de la recherche française sur les institutions et les pratiques policières** ♦ *Jean-Louis Loubet del Bayle* ♦ **Recherche et action dans le champ de la police et de la sécurité** ♦ *Jean-Jacques Gleizal* ♦ **Bilan de la recherche sur le crime et la justice en France de 1990 à 1998** ♦ *Jacques Faget, Anne Wyvekens* ♦ **Réinventer la police urbaine** ♦ *Dominique Monjardet* ♦ **Offre de sécurité et forces publiques régaliennes** ♦ *Pierre Simula* ♦ **Prévention et activités policières au Canada et au Québec** ♦ *Jean-Paul Brodeur* ♦ **Police nationale, syndicalisme et alternances politiques** ♦ *Olivier Renaudie* ♦ **La police communautaire de Peel à Goldstein. Détours et détournements** ♦ *Maurice Chalom* ♦

REVUE TRIMESTRIELLE DE SCIENCES SOCIALES



110 F (16,77 euros)

La Documentation française
 124, rue Henri-Barbusse
 93308 Aubervilliers cedex

Tél : 01 40 15 70 00 Fax : 01 40 15 68 00

4.

Croniques

Droit

Georges Durry

Diminuer le contentieux en assurance par deux réformes

Économie

Jean-Luc Besson

Y aura-t-il encore des cycles dans l'assurance ?

Histoire

André Straus

Expo 1900 : « L'avenir que le XX^e siècle réserve aux assurances »

Social

Patrick Warin

Protection sociale : une hésitante entrée dans le siècle...

Diminuer le contentieux en assurance par deux réformes

Georges Durry

Président honoraire de l'université Panthéon-Assas (Paris II)

Qui est familier de la pratique et des recueils de jurisprudence sait qu'il est deux sources particulièrement fréquentes de contentieux entre assurés et assureurs : les fausses déclarations des assurés au moment de la souscription et le jeu de la prescription. Si l'on a – et qui ne l'aurait ? – pour objectif la diminution du contentieux, tellement coûteux en temps et en argent, il faut tenter d'améliorer le droit des assurances sur ces deux points.

Commençons par le moins technique, le problème des déclarations mensongères. Les règles du jeu sont claires et devraient le demeurer car elles sont équilibrées et justifiées. Le souscripteur n'a en effet d'autre obligation que celle de répondre aux questions que lui pose l'assureur, et qui sont destinées à déterminer si celui-ci accepte de garantir le risque qui lui est soumis – et si oui, à quelles conditions. Mais si le souscripteur manque à la sincérité, des sanctions le guettent : une simple réduction proportionnelle de l'indemnité si l'assureur ne parvient pas à démontrer la mauvaise foi ; la nullité du contrat, si celle-ci est établie. On observera, à ce propos, que le second cas est

aujourd'hui bien plus courant que le premier : par suite de la nécessaire précision des questions, il est malaisé de plaider qu'on ne les a pas bien comprises.

Or l'expérience montre que, malgré la gravité des sanctions, les souscripteurs ne reculent guère devant les fausses déclarations : en assurance auto, on cache que le conducteur habituel est non pas le père ou la mère, mais un fils ou une fille, pour échapper à la sur-cotisation dite « jeune conducteur » ; on souscrit une assurance maladie ou décès en dissimulant une maladie récente, dont la connaissance aurait modifié l'opinion du risque par l'assureur. Puis, quand l'accident, le décès ou la maladie survient, l'assureur fait son enquête et parvient, plus ou moins facilement, à rétablir la vérité. Et la nullité frappe, c'est à dire l'absence de toute garantie, ce qui peut tourner au désastre. Par exemple, si le jeune conducteur a provoqué une grave invalidité, il passera sa vie à rembourser le fonds de garantie qui aura indemnisé la victime.

Devant cette situation, une réaction peut consister à être sans

indulgence pour des gens qui, après tout, ne sont que des fraudeurs ! Mais sont-ils même conscients du risque qu'ils prennent en faisant de fausses déclarations ? Aussi, pour notre part, préférons-nous l'attitude qui consiste à mettre les intéressés face à leurs responsabilités, donc à les informer, mieux que par une clause du contrat qu'ils ne liront pas, du danger, pour eux, d'un tel comportement. À cela, des campagnes massives d'information à la radio et à la télévision contribueraient utilement. Mais elles ne sont pas de notre ressort. En revanche, une mesure, facile à mettre en œuvre, concerne le droit des assurances. Elle consisterait (après abrogation de l'article A 113-1 actuel, que la loi de 1989 a rendu inutile), par voie de simple arrêté, à imposer que, à l'endroit où le souscripteur doit apposer sa signature sur le questionnaire de l'assureur, un encadré, qui saute aux yeux par sa composition, indique en termes ne laissant pas la moindre place à l'ambiguïté, que l'assuré faisant intentionnellement de fausses déclarations ne sera pas garanti. Est-ce être naïf que de supposer qu'un certain nombre hésiteront, fût-ce à la dernière

minute, à commettre l'irréparable ? En tout cas, les fautifs n'auraient plus aucune excuse et leur cas deviendrait quasi indéfendable.

La prescription soulève des problèmes plus redoutables. Année après année, la Cour de cassation, dans son rapport annuel, insiste sur l'urgence d'une réforme. Bien des auteurs se sont efforcés de cerner le mal et de proposer des remèdes. Faisons-le à notre tour.

Qu'une prescription soit nécessaire, nul n'en discute. Le temps, en assurance comme ailleurs, efface tout. Mais le principe posé, tout fait difficulté. Suivant que l'on est assureur ou assuré, le délai de deux ans est long ou court. Son point de départ est incertain, spécialement pour l'action en règlement de sinistre : s'agit-il du jour où le sinistre s'est produit ou, plutôt, de celui où l'assuré en a eu connaissance ? Qu'est-ce qu'un sinistre en assurance de responsabilité : le fait dommageable ou la réclamation de la victime ? Et en « assurance emprunteur » : est-ce l'invalidité ou le décès de l'assuré, ou bien le fait que le prêteur lui réclame le paiement d'une échéance ? Dans un tout autre ordre d'idées, le délai, une fois qu'il a commencé à courir, s'écoule-t-il inexorablement, ou peut-il être interrompu ou suspendu – la différence étant que, après interruption, le compte est remis à zéro, tandis que, s'il ne s'agit que de suspension, le temps écoulé auparavant continue à compter une fois que la cause de suspension a disparu ? La loi a

prévu des causes d'interruption, tandis que la jurisprudence permet la suspension chaque fois qu'il y a véritablement impossibilité d'agir. Mais si la désignation d'un expert interrompt la prescription, celle-ci recommence aussitôt à courir, sans être pour autant suspendue pendant la durée de l'expertise. Combien d'assurés se sont-ils fait piéger par des expertises interminables, quand ce n'est pas, autre source de désillusions et de conflits, par des pourparlers avec l'assureur qui traînent indéfiniment en longueur ?

Le résultat, ce sont des procès par centaines et, chaque année, des dizaines d'arrêts de la Cour de cassation, précisant tel ou tel point au hasard des litiges. Ce gâchis doit cesser. Comment procéder ?

En premier lieu, même si certains jugeront la proposition hérétique, nous distinguerions clairement la situation de l'assureur et celle de l'assuré, pour l'instant traitées de manière parfaitement symétrique. Mais il s'agit en réalité d'une fausse symétrie, tant ces situations sont inégales.

L'assureur est – ou devrait être – rompu à ces mécanismes ; à notre sens, il n'y a donc pas de raison de lui laisser même deux ans pour agir. Six mois ou un an devraient suffire, à condition de maintenir deux règles protectrices existantes, dont la première est prévue par la loi, la seconde par la jurisprudence. D'une part, le délai ne doit commencer à courir que lorsque l'assureur a pu se rendre compte

qu'une possibilité d'action lui était ouverte (article L. 114-1 actuel, à généraliser). D'autre part, la prescription doit continuer à ne pouvoir être opposée, sans limitation de durée, à l'assureur en position de défendeur. Par exemple, si l'assuré ou un tiers agissent contre l'assureur, celui-ci mérite de conserver la faculté d'opposer tout moyen de défense, sans risquer d'être forçol. La solution inverse aurait pour effet, comme l'a très bien compris la Cour de cassation, d'obliger l'assureur à agir préventivement au lieu d'attendre d'être assigné, alors qu'on ne lui réclamera peut-être jamais rien. Ce serait multiplier les procès, quand on cherche au contraire à les éviter.

L'assuré mérite au contraire de disposer de plus de temps pour agir. On pourrait certes être tenté de distinguer les assurés à même de se défendre, telle une grande entreprise dotée d'un contentieux, et les autres. Mais où faire passer la frontière ? La distinction entre professionnels et non professionnels, utilisée en droit de la consommation, a ses limites : l'artisan qui s'assure contre sa responsabilité professionnelle ou contre le vol n'a nulle compétence en droit des assurances. Évitions donc de faire des distinctions là où il est précisément impossible de différencier de façon nette.

Deux solutions paraissent alors envisageables, les règles actuellement fixées par la loi et la jurisprudence sur le point de départ du délai restant inchangées.

La première consisterait à allonger le délai initial, par exemple en le doublant. Des pourparlers, ou une expertise, peuvent durer deux ans sans que l'assuré y voie matière à s'inquiéter, alors qu'il risque, pour l'heure, de se voir opposer la prescription. Au contraire, si la situation se prolonge quatre ans, elle devient franchement anormale ; l'assuré se doit alors de réagir en assignant ou, au moins, en interrompant la prescription, comme c'est si facile de le faire par l'envoi d'une simple lettre recommandée avec accusé de réception.

La seconde, plus technique, consisterait à remédier spécifique-

ment aux deux pièges, dans lesquels l'expérience montre que les assurés tombent souvent. D'un côté, on déciderait que, non seulement l'expertise interrompt la prescription, mais encore que le cours de la prescription ne saurait recommencer avant la fin de l'expertise. De l'autre, on poserait en règle qu'une réclamation de l'assuré, présentée en temps utile et de façon nette, suspend le cours de la prescription jusqu'à réponse de l'assureur. Si cette réponse est clairement négative, l'assuré sait à quoi s'en tenir et le délai recommence à courir. Si, au contraire, des pourparlers s'engagent, la suspension se poursuit jusqu'au jour où l'assureur décide

de les rompre par une manifestation de volonté solennisée, afin qu'il n'y ait aucun doute, ni sur son refus, ni sur la date à laquelle le délai recommence à courir.

Notre préférence personnelle irait à la première solution, très tranchée. D'aucuns la trouveront précisément trop brutale et lui préféreront la seconde. C'est à débattre, mais cela doit être débattu. Pourquoi ne pas commencer en l'an 2000, puisque l'on attache au changement de millénaire des vertus particulières ?

Y aura-t-il encore des cycles dans l'assurance ?

Jean-Luc Besson

Directeur des études et des statistiques de la FFSA

Le fait que l'évolution de l'assurance au cours du temps se fasse selon un mode cyclique est désormais bien établi en assurances de dommages.

On perçoit en effet, et on le constate en analysant les séries chronologiques sur de longues périodes, que, pour les assurances gérées en répartition, les conditions de souscription et de tarification s'adaptent plus ou moins vite à la variabilité de la sinistralité au cours du temps qui elle-même évolue avec l'activité économique. Les ressources financières des sociétés constituent un élément supplémentaire qui intervient pour expliquer le caractère cyclique des résultats d'un marché. Une meilleure situation financière rend les adaptations tarifaires moins urgentes en cas de hausse de la sinistralité.

Pour ce qui concerne l'activité, un autre phénomène de période beaucoup plus longue doit être pris en considération, que l'on pourrait assimiler à la durée de vie des produits en matière de consommation.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, l'assurance non-vie a été largement marquée par le développement de l'assurance automobile. Ainsi, jusqu'en 1983, cette branche était la plus importante de toutes en matière de cotisations collectées, y compris l'assurance vie. Le fait

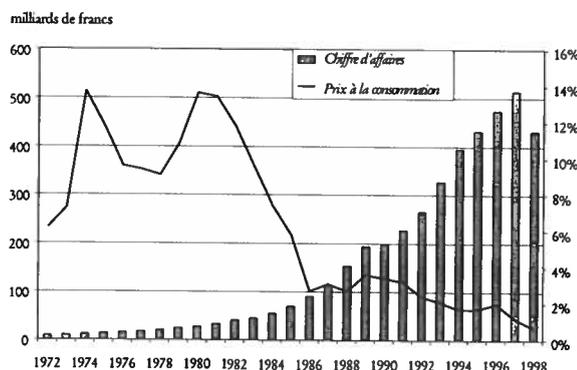
qu'aujourd'hui la maturité du marché amène à une relative stagnation est en soi un événement historique marquant de fin d'un cycle long divisé en phases plus conjoncturelles.

Pour les assurances de personnes, il est moins habituel de conduire les analyses en termes de cycles. La technique de la capitalisation et les déterminants exogènes de l'activité jouent en effet sur une plus longue

durée : à l'inflation et à l'épargne des ménages s'ajoute la fiscalité des produits.

Le taux d'inflation et l'évolution démographique de la population exercent une influence prépondérante sur la propension à épargner des ménages. La fiscalité différentielle selon les produits conditionne les arbitrages entre les différentes formes d'épargne, dans la mesure où elle a un effet sur leurs rendements nets.

Taux d'inflation et chiffre d'affaires de l'assurance vie



À l'évidence, l'assurance vient d'entrer dans une nouvelle phase et les raisons en sont multiples :

- le développement des nouvelles technologies rend l'accès à une information complexe beaucoup plus rapide et moins coûteux ;
- les marchés traditionnels de l'assurance (décès, automobile, habitation, sous leurs formes classiques) connaissent une relative saturation, soit parce que le marché physique sous-jacent est lui-même saturé ou

en phase de saturation, soit que le consommateur opte en faveur d'autres produits par l'arbitrage des moyens financiers dont il dispose ;

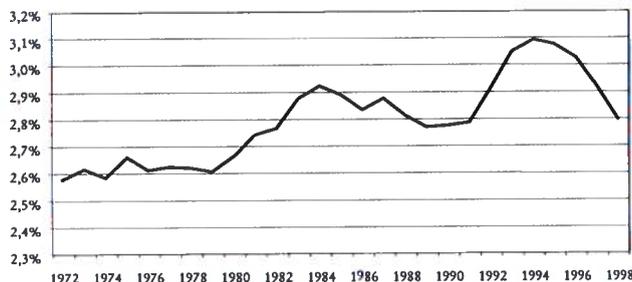
- l'évolution démographique influe sur l'accumulation de l'épargne et les marchés financiers entraînant des modifications de comportement et d'habitude de consommation ;
- la prise en considération globale du client de l'ensemble des contrats d'assurance du ménage, de ses attentes et des services annexes que

pourront lui offrir les sociétés d'assurances, directement ou dans le cadre de partenariats, constitue

désormais l'axe stratégique selon lequel l'assurance évoluera. La richesse et la bonne organisation

des bases de données clients sont désormais un atout décisif dans le jeu concurrentiel sur le marché.

Part de l'assurance de dommages dans les PIB



En ce qui concerne l'assurance vie, cette ère nouvelle se traduit dans l'engouement que l'on constate pour les contrats multisupports.

Par ailleurs, la fidélisation de la clientèle devient un enjeu pour les sociétés. Dès lors, en assurance non vie, des modifications fréquentes et importantes des conditions tarifaires sont à éviter dans la mesure du possible. En première analyse, cette évolution semble conduire à un lissage dans le temps qui se traduira par une atténuation de l'importance des cycles conjoncturels.

Cela amène également à la conclusion que, sous l'influence d'une concurrence toujours plus intense, les marges techniques dégagées par l'activité d'assurance proprement dite seront plus étroites que par le passé, et que les moyens directs de faire face, à travers la tarification, aux variations de la sinistralité seront plus réduits. Sur le plan des résultats purement techniques, les cycles auront une période plus courte et présenteront une asymétrie accrue entre une période de détérioration courte et

une période plus longue de retour vers un équilibre satisfaisant pour les sociétés.

Afin d'éviter que certains secteurs de l'assurance ne deviennent chroniquement déficitaires sur de longues périodes, il sera nécessaire de mettre en place des outils et des procédures permettant :

- une meilleure prévision et anticipation de la sinistralité ;
- un *reporting* toujours plus rapide et précis et un prise de décision immédiate et quasi automatique avec une industrialisation des processus de modifications tarifaires ;
- la mise en place de mécanismes lissant le coût des sinistres ;
- et, enfin, un accroissement de la mutualisation intertemporelle à travers des techniques de réassurance et financières.

Le pilotage tarifaire et financier à moyen terme prendra une importance accrue.

En résumé, les cycles des résultats purement techniques se trouveront amplifiés et l'équilibre global et la modération des modifications dans le temps des tarifications *via* les marchés financiers ou d'autres moyens se révéleront essentiels.

Nous n'avons pas encore évoqué l'internationalisation croissante des marchés de l'assurance et celle des principaux acteurs qui est déjà une réalité.

Concrètement, dans les grands risques internationaux (industriels, maritimes et de transport), on observe une modification des techniques d'assurance. Le concept de produit « *multiline* » et « *multiyear* » avec éventuellement des options sur le tarif futur tend à un lissage intertemporel plus important qu'aujourd'hui. Au total, et pour des risques de nature très différente, les mêmes conclusions se dégagent.

L'amortissement de l'amplitude des cycles par mutualisation intertemporelle, vente de services annexes ou subventions croisées entre branches à cycles décalés sont les voies qui permettront de réconcilier une certaine stabilité des conditions tarifaires pour l'assuré et les cycles de résultats techniques qui resteront un déterminant de l'assurance non-vie.

Expo 1900 : « L'avenir que le xx^e siècle réserve aux assurances »

André Straus

Chercheur au CNRS

Comme les autres activités industrielles et commerciales, l'assurance fut représentée à l'Exposition universelle de 1900. Les sociétés d'assurances françaises et étrangères exposèrent dans le quatrième groupe de la classe 109 – celle des institutions de prévoyance –, qui faisait partie de la section économie sociale et était installée au Grand Palais. Une autre classe, numérotée 105, de la même section, intéressait les assureurs accidents : elle avait pour objet la sécurité des ateliers et la réglementation du travail. La section de l'économie sociale réunissait 5 891 exposants dont 3 397 français et 2 494 étrangers originaires de 40 pays. Le rapporteur général en était l'économiste Charles Gide. Émile Cheysson et Charles Robert figuraient parmi les principaux organisateurs. La classe 109, qui rassemblait elle-même quatre groupes (épargne, mutualité, assurances sur la vie, institutions patronales), comptait 559 exposants pour la France continentale et 3 pour les colonies, ainsi que 294 exposants étrangers.

Un effort de présentation des entreprises d'assurances, auxquelles était consacré un salon particulier

dit « salon de l'assurance » fut néanmoins moins important lors de l'Exposition de 1900 que lors de celle de 1889. Les sociétés d'assurance incendie n'avaient pas trouvé place dans le palais consacré à l'économie sociale et, de leur côté, celles spécialisées dans les accidents étaient absorbées par la création de la branche « nouvelle loi » (loi de 1898). Mais les sociétés d'assurance vie, soucieuses de contrer les succès des organismes américains, firent un gros effort pour démontrer leur vitalité. L'écho rencontré par l'Exposition du tournant du siècle fut très important et la presse salua comme il convenait la manifestation.

Analystes et commentateurs en profitèrent pour dresser le bilan des diverses branches d'industrie. *La Réforme sociale* publia ainsi, au cours de l'année 1900, un historique et un état de l'industrie chimique, *L'Illustration*, durant plusieurs mois, offrit une série d'articles intitulée « À travers l'exposition ». En même temps qu'ils établissaient le bilan de l'évolution des principales branches de l'activité humaine, des journalistes décrivirent, dans un vaste élan prospectif ce qu'amènerait le xx^e siècle.

C'est ainsi que *L'Argus* présenta un certain nombre d'articles dont les deux suivants, que nous soumettons sans autres commentaires à la sagacité des lecteurs pour qu'ils jugent par eux-mêmes de la réalisation des pronostics alors formulés. La portée comme les limites de l'exercice n'étaient pas ignorées. Charles Gide, dans son introduction générale de trois cents pages aux *Rapports du Jury international* de la section économie sociale, écrivait : « Il est probable qu'il y aura dans cet inventaire beaucoup de déchet et dans ces prévisions beaucoup de déceptions. Si dans cent ans quelque nouveau rapporteur pour l'Exposition de l'an 2000 retrouve le présent rapport dans des archives, il est possible qu'il juge bien vaine l'importance attribuée à telle ou telle institution depuis longtemps tombée dans l'oubli, ou qu'à l'inverse il sourie de la cécité des rapporteurs et des jurés qui ne leur a pas permis d'apercevoir tel document perdu dans la masse, telle institution insignifiante en apparence, où pourtant se trouvait déjà contenue, en puissance la solution des problèmes qui tourmentaient leurs contemporains. Du moins, il apprendra, en relisant ces pages, ce que les hommes du

commencement du XX^e siècle croyaient savoir en fait d'économie sociale, ce qu'ils pensaient avoir fait de bon, ce qu'ils attendaient de l'avenir, et s'il trouve quelque naïveté dans leurs certitudes et quelque vanité dans leurs espérances, cela lui sera encore un utile enseignement. »

Voici donc la façon dont *L'Argus* envisageait le 18 novembre 1900 « l'assurance au XX^e siècle » dans un article du même titre, ayant pour sous-titre « Assureurs, assurés, actionnaires ».

« **L'**exposition a vécu. Ce grandiose et merveilleux inventaire des progrès accomplis au cours du siècle qui s'éteint, dans les arts, l'industrie et le commerce, vient d'étonner le monde par ses splendeurs. Nous ne voulons pas qu'il disparaisse sans regarder, à travers ses manifestations si imposantes et si diverses, l'avenir que le XX^e siècle réserve aux assurances, soit à raison de leur marche naturelle, soit à raison des transformations économiques dont nous sommes témoins.

Disons tout d'abord qu'un grand fait dominera le siècle qui vient : la nécessité du travail qui s'imposera de plus en plus à chacun, riche ou pauvre, par suite de la dépréciation de l'argent. Certes, nous ne sommes pas au bout des grandes entreprises financières. Après les chemins de fer, les canaux, les gaz et des milliers d'autres affaires où, de notre temps,

les capitaux trouvèrent de fructueux emplois, on aura, au siècle prochain : l'électricité, les aérostats, les automobiles, pour ne citer que les principaux moyens de placer son argent. Mais d'une part, il faut compter que tous les grands monopoles arrivent à expiration et rendront libres d'immenses disponibilités. D'autre part, les mines d'or abondent et jettent à pleins bateaux le précieux métal sur le marché. Il deviendra de plus en plus difficile de vivre de ses seules rentes. Tout le monde devra travailler. Tout le monde devra, par conséquent, mettre sa personne et son travail à l'abri des fléaux qui les menacent. Tout se réunira pour servir la cause des assurances. Elles auront à protéger le capital acquis et le capital en formation. »

Ainsi l'assurance, au rebours des autres industries dont la liquidation finit toujours par s'imposer, est bien réellement une industrie impérisable. Son objet, ou persiste, ou se renouvelle ; elle doit constamment progresser, sans cesse grandir avec la multiplicité des besoins qui la sollicitent. On peut juger de ses progrès dans l'avenir par ses progrès dans le passé. Elle n'a guère qu'un siècle de durée continue et quelle marche en avant !

Ces vues générales nous conduisent à rechercher l'avenir probable de chacune des branches de l'assurance. Sans sorcellerie on s'y peut risquer, sûr de rester, quelque optimisme qu'on y mette, au-dessous de la vérité.

C'est l'assurance contre les accidents qui nous paraît destinée à profiter d'abord du développement de la prévoyance qui s'affirme de plus en plus vif avec les progrès de l'instruction. On sait déjà ce que devient l'assurance collective sous la pression d'une philanthropie sage et juste. L'assurance individuelle verra de même centupler ses résultats par la force des choses, car nous n'en sommes encore qu'à ses premiers balbutiements. Par les dangers mêmes dont le progrès industriel nous entoure, au point de ne plus pouvoir traverser une rue, prendre une voiture ou monter en tramway sans s'exposer à la mort, le jour vient où la police individuelle deviendra une carte d'identité et s'imposera aux travailleurs aussi bien qu'aux promeneurs de toutes les classes. Puis on astreindra à la discipline des assurances d'autres accidents. Le champ de ces opérations est indéfini. Au fur et à mesure que la statistique pénétrera dans leurs détails, elle déterminera leurs tarifications et les mettra en exploitation réglée.

En assurance sur la vie, les difficultés résultant de la transformation économique, qui entraveront la formation rapide de l'épargne ou tout au moins son accroissement par le jeu des intérêts, feront qu'on appréciera beaucoup mieux qu'aujourd'hui l'utilité de son intervention. Une police d'assurance sur la vie deviendra le titre le plus sérieux et le plus parfait en la possession du chef de famille, celui qui lui permettra le mieux de s'abandon-

ner au courant des affaires sans trop se préoccuper de l'avenir des siens. Et les tarifs ! pourront-ils être réduits ? Oui, parce que la médecine élèvera la moyenne de la vie humaine, parce que l'hygiène publique et privée enrayera les épidémies, parce que l'instruction générale abaissera les frais de propagande, parce que enfin on aura appris à s'enrichir avec les petits contrats. Ajoutons que l'État, rentré en la possession des grands monopoles, pourra renoncer au moins en partie à ses impôts.

Lassurance contre l'incendie trouvera aussi son compte à l'évolution économique et sociale qui s'annonce au seuil même du siècle prochain.

Toutes les propriétés mobilières et foncières finiront par être assurées contre l'incendie. Les précautions plus grandes dans les usines et les ateliers, les moyens de secours plus nombreux et plus divisés, les modes de construction plus rebelles au feu, et, espérons-le, une moralité plus scrupuleuse chez certains assurés, détermineront la baisse de tarifs. Ici aussi, d'ailleurs l'État pourra renoncer à une partie des ses impôts.

Ajoutons que l'augmentation du nombre des constructions, l'introduction du confortable dans les plus humbles demeures, les progrès de l'industrie et l'amélioration des conditions de l'agriculture, serviront puissamment les intérêts de cette branche des assurances.

Une autre ancienne branche, celle des transports, profitera sans doute des progrès de la circulation maritime. Parviendra-t-elle à abaisser ses tarifs en raison de la forme plus résistante des navires, du perfectionnement des appareils moteurs et des abordages moins fréquents ?

Peut-être mais nous croyons peu à l'adoucissement des conditions de ses polices. La mer ne cessera pas de se montrer cruelle. Tout ce que l'on peut espérer du siècle prochain, c'est l'unification des lois maritimes. Ce serait là un grand progrès. Au congrès récent qui s'est tenu à l'occasion de l'Exposition, on en a vu luire l'aurore.

Que dire de l'assurance grêle ? La météorologie saura-t-elle atténuer ce fléau ? Y a-t-il contre lui des précautions pratiques à prendre ? À l'heure présente les données de cet irritant problème manquent. De même en assurance bétail. Celle-ci voit bien déjà ses dangers diminuer par la disparition de certaines maladies infectieuses contre lesquelles la science lutte avec succès. Mais que de choses restent encore à savoir et à faire ! La vérité est que l'assurance agricole n'a pas encore franchi la période des tâtonnements. Espérons qu'avec le concours des syndicats, le nouveau siècle la verra se développer et prospérer comme elle le mérite. »

Tels sont les aperçus principaux que donne une vue générale et rapide de l'assurance au XX^e siècle. Dans toutes les branches on entre-

voit : pour l'assureur, un accroissement de clientèle ; pour l'assuré, un abaissement de tarifs ; pour l'actionnaire, des intérêts suffisants et une plus-value constante du capital. La science fournira une contribution importante à ces progrès certains.

La défense plus active et mieux raisonnée contre les fléaux et des statistiques perfectionnées feront le reste à la seule condition que l'industrie des assurances garde toute son indépendance et toute sa liberté. Elle les gardera si la République est sage. Si la République n'est pas sage, quel qu'un viendra qui remettra les choses au point. Ce sera un grand malheur, trop fréquent dans notre histoire, mais les sources de prospérité de la France ne seront pas taries pour ça. »

Et, à l'époque de la « mondialisation », comment résister au plaisir de citer cet autre article de *L'Argus*, paru un mois auparavant (le 14 octobre 1900) sous le titre « Les leçons de l'exposition. La « notion planétaire » ?

« **E**n ce qui concerne l'assurance notamment, la première leçon qui se dégage de l'Exposition est celle-ci : C'est toujours une grave infériorité pour un être d'ignorer ceux qui l'entourent, et par conséquent le menacent dans sa propre existence, quel qu'il soit ; animal, homme, peuple : qu'importe ? L'universelle solidarité n'est qu'un mince principe auprès de

l'universelle lutte pour la vie. Ne pas connaître son voisin, c'est ne pas connaître celui qui vous dévorera demain pour se conserver, ou pour assurer son développement. C'est aussi ne pas connaître celui qui pourra vous procurer un avantage, vous prêter assistance, s'il y trouve profit, condition fréquente, qu'il faut s'efforcer de rendre de plus en plus fréquente : tout le progrès est là.

Cette ignorance fut toujours un mal. Mais plus le monde se rétrécit, plus les distances se réduisent, plus les voisinages se rapprochent, et plus il devient nécessaire de bien connaître ses voisins et dangereux de les ignorer ou de les mal connaître.

Or, nulle part, autant qu'en France, on ne constate cette méconnaissance de l'étranger et, nulle part, osons-nous dire, on ne la constate plus invétérée et plus vivace que dans certaines de nos compagnies.

L'étranger, voilà l'ennemi. Nous voudrions que, des contacts de ces derniers mois, sortit cette vérité : L'étranger, voilà le client !

Nous avons brillé d'un vif éclat à l'Exposition, cela n'est pas

douteux, mais que de rivaux nous entourent de toutes parts, dans tous les domaines !

Comme ils nous pressent sur certains points, se rapprochent de nous partout ; nous atteignent, ici ; nous dépassent presque, là ; nous dépasseront même sûrement demain si nous ne redoublons d'énergie, de travail et d'initiative.

Repoussons donc loin de nous la pensée, si communément admise, que nous seuls comptons dans le monde, que la France est l'unique pays de la richesse, du progrès, de l'art, de la science et de la civilisation ; que nous n'avons rien à découvrir ni à imiter chez les autres peuples ; que nous sommes et que nous serons toujours et partout les maîtres et les rois. Nous courrions ainsi à la décadence.

Les étrangers viennent chez nous, allons chez eux. Depuis trente ans, dit-on, l'étoffe de nos hommes d'État s'est beaucoup amincie. Pendant la même période, la matière assurable, aussi, a diminué d'épaisseur.

Cherchons de nouvelles couches. Élargissons notre domaine. Certaines compagnies s'y sont risquées sans dommages. Les

plâtres essuyés, les chemins frayés, les mesures de prudence prises, l'assurance française peut déployer au loin son drapeau ; sa puissance financière et sa probité proverbiale lui garantissent le succès.

Prenons conscience des autres nations, de ce qu'elles font, de ce qu'on doit attendre ou craindre d'elles. Cette « notion planétaire » (...) est devenue une condition essentielle de la vie individuelle des peuples, des institutions et même de chaque être humain.

L'existence et l'intensité de cette notion sont en raison directe de la vitalité de ceux qui la possèdent. Là où elle manque, manquent aussi le mouvement, la force et la santé. »

Achacun de se livrer à l'exercice préconisé par Charles Gide, de méditer sur les difficultés de la prévision, non seulement dans le domaine de la climatologie, mais aussi dans celui de la vie économique et sociale, et, s'il le peut, de tenter de comprendre en quoi l'outillage mental des hommes de la fin du XIX^e siècle et le contexte dans lequel ils vivaient conduisaient leurs espoirs ou leurs anticipations dans des directions qui peuvent parfois nous paraître aujourd'hui illusoire.

Protection sociale : une hésitante entrée dans le siècle...

Patrick Warin

Directeur, AGF Collectives

A la veille de l'entrée dans le nouveau siècle, je me propose de décoder l'actualité de la protection sociale.

Rien de neuf à vrai dire par rapport aux thèmes et débats de mes précédentes chroniques. Comme un balbutiement des grands sujets, retraites, santé, dépendance, 35 heures, qui avancent certes à leur rythme hexagonal, européen ou global. Un élément nouveau apparaît toutefois avec le retour d'une prospérité durable, créatrice d'emplois et de plus-values financières, même si, sur le plan micro-économique, la gestion des entreprises oppose la rémunération compétitive du capital à la masse salariale totale.

Ce nouvel environnement suscite des approches contrastées des questions relatives à la protection sociale.

Pour certains, la manne recueillie ne pose que la question de la redistribution équitable et met sur la voie de décisions généreuses, hardies, mais désormais finançables comme au bon vieux temps des Trente Glorieuses. Il suffit de régler

la fiscalité sur une assiette fortement croissante et le tour est joué tant que la croissance dure.

Pour les autres, cette conjoncture justifierait au contraire que soient exécutées sans attendre les grandes réformes structurelles qui adapteraient le système de l'État-providence aux conditions nouvelles de l'économie libérale globalisée. Pour ceux-la, seules ces réformes seraient à même de garantir la pérennité de ce que l'on voudrait bien pouvoir considérer comme une phase d'un cycle long de croissance.

Reflets de ces interrogations et de ces approches hésitantes, trois prises de position et contributions émanant de Marc Blondel (*Le Monde* du 13 novembre 1999), de Jean-Marie Spaeth (lettre au ministre des Affaires sociales sur la Couverture maladie universelle [CMU], non encore rendue publique mais connue des experts) et la proposition de nouvelle « Constitution sociale » par le Medef qui continue de s'interroger sur son maintien dans certains organismes paritaires et, en particulier, la CNAM. Je reviendrai sur le

contenu de chacune de ces contributions. Mais, de prime abord, on est frappé par la profondeur, commune aux trois interlocuteurs, de l'interrogation sur l'avenir de l'organisation de notre système de protection sociale, alors même que cette originalité française qu'est le paritarisme semble avoir trouvé sa place dans la construction sociale européenne, moyennant quelques concessions au droit de la concurrence. J'y puise le titre de cette chronique placée sous le signe de l'hésitation.

Pour Marc Blondel, ce qui se révèle inacceptable dans l'idée du Medef de refonder une constitution sociale venant remplacer celle de la Libération, c'est l'hypothèse suivant laquelle les difficultés du paritarisme interprofessionnel et solidaire face à la prise en main musclée de l'État ne se résoudraient que par la mise en place d'un nouveau « dialogue autonome, décentralisé et partenarial tenant compte des comportements économiques des ménages et s'inscrivant dans la perspective de la construction européenne ». Pour le secrétaire général de Force ouvrière, « de couverture solidaire et égalitaire devant les

aléas de la vie, la protection sociale devrait alors devenir couverture de risques ouverte à la concurrence et aux techniques assurancielles ».

Jean-Marie Spaeth, dans son adresse au ministre, découvre avec lucidité les conséquences évidentes d'une certaine conception généreuse de la protection sociale solidaire. Prise en charge par un État dispendieux, mais fiscalement conforté, au nom d'idéaux que personne ne saurait contester sauf à apparaître comme insensible aux aléas d'existences contrariées, cette construction va se substituer à celle de la Libération par laquelle les représentants des actifs, les travailleurs et les employeurs organisaient l'allocation des ressources provenant du travail tout en fixant les règles du jeu et donc les limites à la générosité solidaire. Sur le thème concret et technique de la définition du panier de biens médicaux inclus dans la CMU et du plafonnement des soins dentaires et optiques se rejoue un épisode du « toujours plus » des Trente Glorieuses. Cette fois, c'est la logique assurancielles et responsable de la Sécurité sociale qui vole en éclats. Pour autant, ce n'est pas un schéma qui convienne aux « interlocuteurs sociaux relégués au rang d'exécuteurs subsidiaires », selon les termes de Marc Blondel.

Quant au Medef, sa recherche est celle de champs de négociation dans lesquels les partenaires sociaux exerceraient une réelle responsabilité et ne sembleraient plus être,

comme trop souvent à son gré, les instruments alibis de politiques étatiques inspirées, au-delà des alternances politiques, par la technocratie du « social monopolistique ». Le Medef indique désormais clairement qu'il n'acceptera plus ces règles du jeu ambiguës et que la caution paritaire est maintenant épuisée, tout au moins pour certains des risques sociaux. Mais le moins que l'on puisse dire, c'est que le mouvement des entreprises n'est pas aussi à l'aise dans une vision de reconstruction que dans les attendus de son départ annoncé. Voilà donc une entrée dans le siècle sur fond de débat de société associant des partenaires très interrogatifs et, pour certains, probablement hésitants devant des audaces à donner le vertige !

Et pourtant, qui peut croire que l'organisation de notre protection sociale traversera inchangée le siècle qui s'ouvre ? Que les concepts mêmes de solidarité, d'équité, de responsabilité pourront continuer à être froidement véhiculés sans être réinterrogés à la lumière des mutations profondes de nos sociétés, de leurs capacités créatrices et des risques associés ? Ces interrogations ne font pas pour autant injure au demi-siècle qui vient de s'écouler ni à ceux qui ont conçu et géré cette construction ayant permis aux générations de nos parents et grands-parents et à celle des « *baby-boomers* » d'organiser harmonieusement le partage des fruits de la croissance, jusqu'à ces dernières années du moins, lorsque le

système est devenu plus difficilement contrôlable.

Nous sommes désormais entrés dans une société où le partage de l'information et la différenciation individuelle de l'approche du bien-être se mêlent à un attachement à la solidarité pour l'accès de tous à un niveau de couverture sociale de base, pour les urgences et les « coups durs ». Mais il est associé à un désir d'accompagnement individualisé intégrant des services, dans un univers social plus éclaté et plus ouvert, y compris à l'extérieur des frontières nationales. Ainsi, le niveau de référence pour les couvertures sociales n'est plus uniquement celui de la solidarité nationale, il permet également de concevoir une mutualisation à des échelons divers. Joutons à ces mutations l'attachement au rapport qualité-prix – qui pénètre désormais dans l'univers des prestations sociales –, l'intensité capitaliste des activités et l'application aux services des lois de l'économie industrielle qui rend inévitable la concentration des acteurs et des opérateurs.

Quelle sera la répartition des rôles, au bénéfice du citoyen-consommateur, entre l'État, le Parlement et la Haute Autorité de la Prévoyance sociale¹ dont je réitère la demande de création avec la présence des acteurs paritaires et des professionnels ? Quel sera le rôle des différents opérateurs de la protection sociale exécutant le cahier des charges de service public et la gestion du risque, entendu au

sens du risque de base et de l'apport du service complémentaire à tous en fonction de la capacité contributive de chacun ? Cet édifice à construire, proche du concept de nouvelle « Constitution sociale » du Medef, mais respectueux du droit constitutionnel dont seul l'État est le garant, intégrera le financement par l'impôt et par le complément mutualisé dans l'entreprise ou au sein de la mutuelle ou *via* l'assurance individuelle.

Les partenaires sociaux seront présents dans la Haute Autorité, présents chez les opérateurs, présents dans la négociation au niveau adéquat de la mutualisation interprofessionnelle ou professionnelle.

Les sociétés d'assurances de personnes auront bien sûr leur place dans ce dispositif. Ne pouvant désormais se contenter d'être de simples indemnitrices, peu anticipatrices reconnaissons-le, elles accepteront ces nouvelles dispositions inventées par les pouvoirs

publics et auxquelles elles contribueront par leurs propositions de nouveaux services et de prise en charge d'obligations de service public, pour peu que les règles de fonctionnement édictées respectent la rationalité économique.

Clairement, à l'orée du nouveau siècle, nous voilà confrontés à la nécessité d'une reconstruction audacieuse. Pour cela, rien ne serait pire que de laisser s'affronter les ultras des différents camps. Du libéralisme pur et dur à l'étatisme musclé, en passant par le paritarisme figé, veillons à ce que les arguments ouvrent la place à un débat partant d'un regard lucide sur l'évolution de notre société et de nos comportements, d'un attachement ferme à la solidarité citoyenne reconnue par la Constitution, mais aussi d'un réalisme quant à l'efficacité de l'allocation des ressources par nature arbitrées entre des besoins sociaux si divers. Formons aussi le vœu que ces réformes audacieuses ne se trouvent plus soumises à des calendriers de travail décon-

nectés de l'acuité des questions à traiter. Si la protection sociale n'est pas un commerce, doit-elle être pour autant à la merci du bulletin de vote si partisan ?

De cette entrée hésitante et mouvementée dans le nouveau siècle sortira à n'en pas douter, grâce à des partenaires intelligents et volontaristes, une adaptation féconde des mécanismes qui nous ont loyalement accompagnés ces cinquante dernières années. Reconstruire après le cataclysme, construire pour le siècle qui vient, deux missions aussi exaltantes pour des générations différentes. Ingénieurs du social du troisième millénaire, ne décevons pas nos aïeux ni nos descendants.

Les opinions émises dans cette chronique n'engagent que leur auteur.

Note

1. Voir *Risques* n°36 *Nouvelle approche de la protection sociale par l'entreprise*, et n° 38 *Quelle place pour l'entreprise dans la protection sociale ?*

5.

Livres

■ Pierre Tabatoni

Mémoire des monnaies européennes : du denier à l'euro

par Michel Lutfalla

■ André Aschieri

La France toxique : santé-environnement les risques cachés

par Françoise Chapuisat

■ Bernard Beignier

Droit du contrat d'assurance

par Jean-Bernard Ménieux

5. Livres

■ **Tabatoni, Pierre (1999), *Mémoire des monnaies européennes : du denier à l'euro*, PUF, Paris.**

Cette « préface » à l'euro raconte en fait la longue histoire des monnaies européennes depuis le denier carolingien jusqu'aux fluctuations récentes des rapports entre le dollar et l'écu.

Fruit des décennies de réflexion de Pierre Tabatoni (dont on n'a pas oublié les travaux d'économie publique), cet ouvrage repose sur une idée simple et essentielle : la monnaie, phénomène social s'il en est, est un bien crucial. Sa valeur, notamment, doit être absolument protégée si l'on veut sauvegarder la cohésion sociale. De fait, les expériences contraires, qu'il s'agisse des inflations révolutionnaires ou de l'Allemagne de Weimar, font ressortir comment la dissolution du tissu social qu'elles ont provoquée peut s'avérer dangereuse, non seulement pour les équilibres financiers – ce à quoi les assureurs sont particulièrement sensibles – mais aussi, plus globalement, pour les libertés publiques : « une bonne monnaie sert l'intérêt d'un pays » (p. 79).

Mémoire des monnaies européennes... est ce que l'on pourrait appeler un livre pluriel : P. Tabatoni y aborde son sujet principal – à savoir l'histoire des monnaies européennes – sous différents angles, tous inspirés par la théorie économique.

Le concept de monétisation, qui accompagne (et définit) le développement économique, permet d'abord à l'auteur de décrire le « passage de relais » du progrès économique des villes italiennes du Nord à la Ligue hanséatique, des Pays-Bas du XVII^e siècle à l'Angleterre. Déjà apparaît une « exception anglaise » de la bonne monnaie, qui a duré à peu près aussi longtemps que l'empire britannique. L'histoire monétaire de la France apparaît en revanche fort chaotique.

Suit l'analyse de l'institution souveraine des monnaies, avec la description du système de la monnaie métallique – dont il n'est pas nécessaire de rappeler la complexité, compte tenu de la pluralité des métaux, qui sont aussi des marchandises – et la lente montée vers le triomphe de l'or – qui fut justement le choix de l'empire britannique et, à la fin du XIX^e siècle, de l'Allemagne.

Les monnaies de banque, enfin, font l'objet d'une troisième partie où les marchés monétaires (et avant tout Lombard street) ne sont pas oubliés. En face, si l'on peut dire, le « système » de Law, puis les errements révolutionnaires, ont longtemps retardé notre modernisation bancaire.

Le lecteur soucieux de comprendre les problèmes actuels sera plus particulièrement intéressé par tout ce que l'auteur révèle sur les politiques monétaires, et notamment le

retour à la conception d'une monnaie « bien public » (fort bien pressentie par l'évêque de Lisieux, N. Oresme, dès le XIV^e siècle). Ce principe appelle une « libération » de la monnaie – désormais par des banques centrales indépendantes, auxquelles la loi impose un objectif de stabilité. Face à l'activisme keynésien hier triomphant, les apports théoriques de L. Walras et ceux, plus récents de M. Friedman et M. Allais, sont abordés. Un rappel de l'histoire des grandes devises depuis 1918 justifie amplement que le pendule soit désormais bien arrêté du côté de la stabilité. Si les métaux précieux ne jouent plus aujourd'hui qu'un second rôle, la discipline monétaire bénéficie de cette source en quelque sorte constitutionnelle, et aussi, de la surveillance constante par ce que les Anglo-saxons appellent les *bond vigilantes*, les opérateurs sur les marchés obligataires soucieux de toute velléité de mauvaise gestion de la dette publique et de réveil de l'inflation. (Peut-être, l'auteur aurait-il pu nous en dire un mot, d'autant qu'ils ne sont pas des personnages récents, comme le fait ressortir l'histoire de la rente au XIX^e siècle). Le livre s'achève justement sur les crises du SME et la naissance de l'euro. Les premières nous ont permis d'assister à l'échec des spéculateurs, qui n'ont pas réussi à briser le noyau dur européen, mais aussi à leur succès, puisque la France a rejoint durablement le camp des « stabilistes » – qu'elle n'aurait jamais dû quitter. Un assureur ne peut que s'en réjouir : au-delà de considérations fiscales, on ne peut éviter de corrélérer le renouveau de l'assurance-vie dans notre pays et le retour à la stabilité monétaire. La lecture de Pierre Tabatoni montre bien les écueils à éviter pour que l'histoire ne se répète pas.

par Michel Lutfalla

■ **Aschieri, André (1999), *La France toxique : santé-environnement, les risques cachés*, La Découverte, Paris.**

Député apparenté Verts, l'auteur a remis au Premier ministre en novembre 1998 le rapport sur les risques sanitaires liés à l'environnement qu'il lui avait commandé. En juin 1999, Lionel Jospin a ainsi pu créer une Agence de sécurité sanitaire et environnementale, dispositif de prévention contre les risques de ce type liés aux pollutions.

Ce livre retrace donc le parcours d'André Aschieri et d'Odette Gizegrzulka (co-auteur du rapport).

Un inquiétant panorama des maladies dues aux problèmes environnementaux est tout d'abord dressé afin de faire prendre conscience à chacun de l'étendue du

désastre – désastre tant sur le plan médical que sur celui de la gestion des problèmes. Ainsi l'auteur est-il extrêmement critique quant « aux étonnantes carences du système de prévention sanitaire qui, de toute façon, est paralysé par le poids des lobbies industriels et la complaisance des autorités » !

Suit alors un exposé très clair des risques qui guettent aujourd'hui les pays occidentaux et bientôt, semble-t-il, le reste de la planète ; des développements très précis sont présentés concernant l'amiante mais aussi les pollutions par le mercure, le plomb, les sources ionisantes, etc. Nos éléments essentiels de vie sont touchés : l'eau, l'air, la terre. Cette dernière a été particulièrement maltraitée avec les enfouissements pratiqués depuis des générations et qui vont nécessiter la « dépollution » de milliers de sites (officiellement 200 000 en Allemagne, 862 en France...). L'auteur en profite pour souligner l'importance d'un environnement lourd (pollutions, bruits, fumées) sur la santé des hommes et femmes des classes sociales défavorisées. Ce panorama s'accompagne d'explications concernant les réponses fournies par l'administration française et européenne à ces problèmes. Les critiques font ensuite place à des propositions concrètes débouchant sur un dispositif présenté par l'auteur comme tout à fait efficace. Encore faut-il qu'il puisse fonctionner...

C'est dans cette optique que Lionel Jospin a confié à André Aschieri la responsabilité de la surveillance et de l'expertise des risques sanitaires liés à l'environnement, souhaitant par ailleurs engager ses partenaires à créer l'Agence européenne de la sécurité sanitaire des aliments. Et l'auteur de conclure, avec prémonition : « cela, les industriels américains ne vont certainement pas aimer du tout ».

par *Françoise Chapuisat*

■ **Bernard Beignier (1999), *Droit du contrat d'assurance*, Presses universitaires de France, coll. « Droit fondamental ».**

Personne ne doute désormais que l'assurance, le droit des assurances soient omniprésents dans la vie économique, financière et juridique.

De nombreux auteurs, aussi féconds qu'autorisés, ont compris que cette technique, qui permet au droit de la responsabilité rien moins que de devenir un droit de l'indemnisation, reste pour les juristes comme pour le grand public, un domaine obscur pour ne pas dire abscons et donc redouté. Ils ont répondu à ce besoin d'information par différents types de publications.

Ainsi, la collection « Que sais-je ? » aux PUF s'est adressée aux profanes par de petits ouvrages concis et clairs, s'efforçant avec succès de décrire la richesse de l'assurance en

en valorisant surtout le rôle économique et social. Pour n'en citer qu'un seul – exemplaire à plus d'un titre –, retenons dans cette collection, *Le Droit des assurances* de Françoise Chapuisat.

Parallèlement, on trouve des manuels didactiques destinés aux étudiants, d'un classicisme de bon aloi, et qui sont l'œuvre d'auteurs majeurs. Citons notamment *Le Droit des assurances* d'Yvonne Lambert-Faivre, dans la collection des « Précis » Dalloz. Ces ouvrages restent le support pédagogique incontournable. Leur richesse en réponses doctrinales et jurisprudentielles et en propositions face aux difficultés qu'affronte l'assurance dans le contexte contemporain, n'est pas la moindre de leurs qualités et celle du livre précité, en particulier.

On notera, dans cette catégorie, un seul ouvrage récent sur le thème du droit du contrat d'assurance, celui d'André Favre-Rocheix et de Guy Courtieu *Le droit du contrat d'assurance terrestre* (Librairie générale de droit et de jurisprudence, coll. « Droit des affaires », 1998).

L'ouvrage de Bernard Beignier, qui est également un manuel de cours, s'inscrit dans un registre un peu différent, se situant entre ces deux approches, plutôt dans la ligne des « Thémis ».

Sur le fond, l'étude y est aussi approfondie que celle d'un précis mais le ton est alerte, plus proche en cela d'un « Que sais-je ? » destiné à emporter l'intérêt d'un lecteur simplement curieux. L'exposé y est plus ouvert, notamment grâce à des références fréquentes au droit comparé et à des revues étoffées de jurisprudence.

Dans son introduction, Bernard Beignier expose pourquoi il a choisi d'axer son étude sur le droit du contrat d'assurance plutôt que sur la théorie générale du droit des assurances. Ce contrat se trouve à l'aval du champ d'application de cette dernière, au point où le droit des assurances conflue lui-même avec celui de la responsabilité, devenu un droit de la réparation, tous deux mis en œuvre à travers la technique du contrat d'assurance, véritable « terme de l'histoire ».

L'auteur trace ensuite, dans une présentation générale, les grands traits de la technique de l'assurance, de façon à permettre de disposer de l'acquis minimal nécessaire à la compréhension du contrat d'assurance. Il y décline donc les chapitres traditionnels sur l'histoire de l'assurance, les techniques qu'elle utilise, la classification qui en découle, son adaptation au droit communautaire et les institutions qui la contrôlent. Ces développements pour traditionnels qu'ils soient, n'en sont pas moins riches et l'exposé en est enlevé.

Bernard Beignier pratique, particulièrement dans ce chapitre, une pédagogie subtile, adossée à une démonstration abondamment et habilement référencée. Ainsi, il s'attache à ne retenir que l'écrivain ou l'œuvre déterminante mais qui surprend (Stefan Zweig, *Le Monde d'hier*

et la quête sécuritaire), la maxime essentielle, la décision majeure, la référence incontournable mais rarement citée, l'événement ou l'anecdote qui fixera dans la mémoire de son lecteur telle disposition (par exemple l'incendie de Londres mais surtout celui, moins connu, de Toulouse, le 7 mai 1463, illustrent la présomption de responsabilité, en cas de communication d'incendie, de l'alinéa 2 de l'article 1384 du code civil)...

Cette présentation est suivie d'un chapitre consacré à la profession d'assureur, puisque le contrat d'assurance est conclu par l'intermédiation d'un professionnel de l'assurance. On saura gré à l'auteur d'avoir particulièrement développé l'analyse du libéralisme du nouveau statut de l'agent général et les formes sociales qui peuvent le prolonger.

Quant aux points qui font problème (l'indemnité compensatrice pour l'agent général et le mandat apparent, par exemple), Bernard Beignier les a traités très efficacement dans une étude exhaustive de jurisprudence incluant les décisions de juridictions d'appel.

L'auteur consacre ensuite, à juste titre, un long chapitre au risque – point d'orgue de son ouvrage –, qui constitue « l'élément majeur de l'acte d'assurance », mais soulève de nombreuses difficultés. Il évoque donc en la matière, comme il le fait au reste dans chaque chapitre, les difficultés majeures, qui ont marqué récemment l'actualité judiciaire et législative, souvent après en avoir fait la genèse.

Il les étudie méticuleusement sous toutes leurs facettes, à la lumière de la jurisprudence, des avancées de la doctrine et du droit comparé (les droits belge et québécois, notamment) : le risque événement aléatoire, le risque évalué et accepté (les conséquences de la réforme de 1989, le questionnaire fermé, la déclaration de bonne santé, le questionnaire médical, le respect du secret médical...), le risque exclu conventionnellement (le suicide conscient...) ou non garanti du fait de l'absence d'aléa résultant d'une fausse déclaration intentionnelle (la réticence à déclarer la séropositivité...) ou de circonstances exceptionnelles (l'état de guerre...).

L'auteur traite ensuite de la cotisation avant d'étudier plus traditionnellement, dans une seconde partie informelle, les phases du déroulement du contrat : son élaboration puis son exécution, le sinistre, la prescription biennale et les litiges qu'il engendre.

Sans porter sur le contenu de ce précis un jugement qualitatif, qui serait inopportun dans ce commentaire, on peut cependant le soumettre à l'aune de l'utilité commune de la lecture d'un tel ouvrage : il doit être pratique et consistant.

Le Droit du contrat d'assurance de Bernard Beignier réunit sans doute aucun ces qualités : l'exposé est fluide tout en étant dense et très argumenté ; le parti pris d'une pédagogie fondée sur des références jurisprudentielles et doctrinales abondantes, commentées avec humour et, souvent, de façon savante, permettront au lecteur de disposer immédiatement des dernières avancées en la matière ainsi que de pistes de recherche très opportunes, fournies tant dans le corps des développements qu'en prolongement, sous l'intitulé « Pour aller plus loin » qui clôt chaque chapitre.

En outre, l'auteur livre au fil des pages ses réflexions et ses propositions d'évolution ou de réforme sur des points délicats ou controversés, ouvrant et élevant ainsi largement le champ du débat.

On relève, notamment à propos de la distinction entre les risques nouveaux et l'aggravation des risques, le souhait d'une réforme de la loi, dans un souci d'unification, en présence d'une « jurisprudence peu rationnelle et manifestement d'équité ». Quant à la reconduction du contrat qui en produit un nouveau, une réforme législative pourrait prévoir que le contrat renouvelé bénéficie immédiatement de dispositions nouvelles, plutôt que de laisser se développer une jurisprudence peu convaincante, qui arrive à semblable résultat, « tout en admettant que les causes de nullité du premier contrat s'appliquent au second »... Par ailleurs, pour les actions dérivant du contrat, l'adoption d'une prescription unique de droit commun de dix ans, mettrait fin à une jurisprudence qui « a du mal à (...) donner des contours précis » à cette notion.

Ces quelques citations de prises de position – dont il ne nous appartient pas de débattre – démontrent à l'envi, la sagacité de l'auteur et la pertinence de sa contribution à l'évolution du droit du contrat d'assurance, qu'il met à disposition du lecteur de son manuel.

par Jean-Bernard Ménéieux

	France et CEE	Étranger		France et CEE	Étranger
<input type="checkbox"/> N° 2 : Les visages de l'assuré (1 ^{re} partie)	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 34 : Le risque catastrophique	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 3 : Les visages de l'assuré (2 ^e partie)	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 35 : L'expertise aujourd'hui	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 4 : La prévention	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 36 : Rente et risque. Risque pays. Risque et environnement	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 6 : Le risque thérapeutique	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 37 : Sortir de la crise financière. An 2000. Concentrations dans l'assurance	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 7 : Assurance crédit/Assurance vie	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 38 : Le risque urbain. Révolution informatique médicale. Assurer les OGM	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 11 : Environnement : le temps de la précaution	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 39 : Santé : une réforme de plus ? Internet et assurance. Perception du risque	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 13 : Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 40 : Le siècle de l'assurance. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités. Nouveaux métiers, nouvelles compétences	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 14 : Innovation, assurance, responsabilité	150 F	150 F			
<input type="checkbox"/> N° 15 : La vie assurée	150 F	150 F			
<input type="checkbox"/> N° 16 : Fraude ou risque moral ?	150 F	150 F			
<input type="checkbox"/> N° 18 : Éthique et assurance	150 F	150 F			
<input type="checkbox"/> N° 19 : Finance et assurance vie	150 F	150 F			
<input type="checkbox"/> N° 20 : Les risques de la nature	150 F	150 F			
<input type="checkbox"/> N° 21 : Assurance et maladie	190 F	190 F	Numéros hors série		
<input type="checkbox"/> N° 22 : L'assurance dans le monde (1 ^{re} partie)	190 F	190 F	Responsabilité et indemnisation	100 F	
<input type="checkbox"/> N° 23 : L'assurance dans le monde (2 ^e partie)	190 F	190 F	Assurer l'avenir des retraites	100 F	
<input type="checkbox"/> N° 24 : La distribution de l'assurance en France	190 F	190 F	Les Entretiens de l'assurance 1993	100 F	
<input type="checkbox"/> N° 25 : Histoire récente de l'assurance en France	190 F	190 F	Les Entretiens de l'assurance 1994	150 F	
<input type="checkbox"/> N° 26 : Longévité et dépendance	190 F	190 F			
<input type="checkbox"/> N° 27 : L'assureur et l'impôt	190 F	190 F	Numéros épuisés		
<input type="checkbox"/> N° 28 : Gestion financière du risque	190 F	190 F	<input type="checkbox"/> N° 1 : Les horizons du risque		
<input type="checkbox"/> N° 29 : Assurance sans assurance	190 F	220 F	<input type="checkbox"/> N° 5 : Âge et assurance		
<input type="checkbox"/> N° 30 : La frontière public/privé	190 F	220 F	<input type="checkbox"/> N° 8 : L'heure de l'Europe		
<input type="checkbox"/> N° 31 : Assurance et sociétés industrielles	190 F	220 F	<input type="checkbox"/> N° 9 : La réassurance		
<input type="checkbox"/> N° 32 : La société du risque	190 F	220 F	<input type="checkbox"/> N° 10 : Assurance, droit, responsabilité		
<input type="checkbox"/> N° 33 : Conjoncture de l'assurance. Risque santé	190 F	220 F	<input type="checkbox"/> N° 12 : Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?		
			<input type="checkbox"/> N° 17 : Dictionnaire de l'économie de l'assurance		



BON DE COMMANDE DE LA REVUE RISQUES

	France et CEE	Étranger
<input type="checkbox"/> Abonnement de soutien (4 nos/an) du n° 40 au n° 43 inclus	2 000 F	2 000 F
<input type="checkbox"/> Abonnement (4 nos/an) du n° 40 au n° 43 inclus	700 F	800 F

Je commande ex. des numéros

Nom et prénom

Institution ou entreprise

Fonction exercée et nom du service

Adresse

Code postal Ville

Pays Tél.

Fax

Je joins le montant de : F à l'ordre de L.G.D.J. par :

Chèque bancaire Chèque postal Virement en francs français

Banque Société générale, compte L.G.D.J. 30003 03081 00020053769 36

A retourner à : L.G.D.J. – Montchrestien – 31, rue Falguière 75741 PARIS Cedex 15
Tél. : [33] (0)1 56 54 16 29 – Fax : [33] (0)1 43 22 68 09

Risques

Les cahiers de l'assurance

Responsable de la rédaction

Jean-Hervé Lorenzi

Professeur à l'université Paris-Dauphine

Rédaction

Tél. [33] (0)1 42 47 93 56

Fax [33] (0)1 42 47 91 22

E-Mail : Risques@ffsa.fr

Diffusion

Abonnement

L.G.D.J

31, rue Falguière - 75015 Paris

Tél. [33] (0)1 56 54 16 32

Fax [33] (0)1 43 22 68 09

Prix de l'abonnement (4 n ^{os})	France	700 F
Prix au numéro	France	190 F
Prix de l'abonnement (4 n ^{os})	étranger	800 F
Prix au numéro	étranger	220 F

Vente au numéro

Librairie des Éditions juridiques associées

L.G.D.J-Montchrestien

20, rue Soufflot - 75005 Paris

Tél. [33] (0)1 46 33 89 85

Fax [33] (0)1 40 51 81 85

Photocomposition, photogravure, impression, routage

Morel et Corduant

11, rue des Bouchers 59800 Lille

Tél. : [33] (0)3 28 36 18 00

Directeur de la publication

Marc Maillefer

CPPAP : 72.325

Dépôt légal : Décembre 1999

ISSN : 1152-9253

Revue éditée par la SCEPRA
9, rue d'Enghien 75010 Paris

Risques

Les cahiers de l'assurance

1. Société
XXI^e siècle :
le siècle de l'assurance

2. Techniques
Nouveaux métiers,
nouvelles compétences

3. Analyses
Nouveaux risques,
nouvelles responsabilités

4. Chroniques : L'avenir
Droit
Économie
Histoire
Social

5. Livres

ISSN : 1152-9253

Prix : 190 F