

Risques

Les cahiers de l'assurance

■ Risques économiques des pays émergents

un entretien avec

Thierry de Montbrial

les réactions de

Jean-Paul Betbèze
Bertrand Collomb
Jean Lanier

■ Segmentation, assurance et solidarité

Jean-Michel Belorgey
Pierre-André Chiappori
Georges Durry
Pierre Pestieau
André Renaudin
Joël Winter

■ Le fichier clients

Michel Bera
Noël Chahid-Nourai
Gérald Harlin
Christian Lahami-Depinay
Jean-Claude Lechanoine
Mathias Matallah
Dominique Vastel

■ Chroniques

Jean-Luc Besson
Georges Durry
Rose-Marie Van Lerberghe

■ Études et livres

Alain Borderie
Stéphane Jean
Jean-Marc Lamère
Franck Offredi
Carlos Pardo



n° 45 ■ Janvier-Mars 2001

LGDJ / SCEPRA

Comité éditorial

Jean-Hervé Lorenzi
Responsable de la rédaction

François Ewald
Société

Robert Leblanc
Techniques

Pierre Picard
Analyses

Pierre Bollon
Chroniques, études et livres

Nathalie Jouven
Diffusion

Dominique Steib
Secrétaire de rédaction

Comité d'orientation

François-Xavier Albouy, Luc Arrondel, André Babeau, Gilles Bénéplanc,
Martine Bigot, François Bourguignon, Éric Briys, Françoise Chapisat,
Pierre-André Chiappori, Henri Debruyne, Claude Delpoux, Georges Dionne, Georges Durry,
Louis Eeckhoudt, Christian Gollier, Octave Jokung, Georges-Yves Kervern, Denis Kessler,
Régis de Laroullière, Éric Le Gentil, Yves Mansion, Serge Marti, André Masson,
Jacques Mistral, Laurent Monsigny, Jean-Pierre Moreau,
Roland Nussbaum, Annaïg de Pastor, Pierre Pestieau,
Martine Rémond-Gouilloud, André Renaudin, Sybil Rizk, Christian Schmidt,
Pierre Sonigo, Dominique Steib, Dominique Strauss-Kahn, Patrick Thourot,
François de Varenne, Dominique Vastel, François Vilnet

Sommaire

1. *Société* Risques économiques des pays émergents

Entretien avec Thierry de Montbrial, Directeur de l'Institut français des relations internationales ...	7
Jean-Paul Betbèze, <i>De l'origine à la gestion du risque</i>	13
Bertrand Collomb, <i>Croissance et risques dans une stratégie industrielle</i>	16
Jean Lanier, <i>Risque, assurance, prévention</i>	18

2. *Techniques* Le fichier clients

Robert Leblanc, <i>Du mythe à la réalité</i>	23
Gérald Harlin, <i>Une organisation centrée sur le client</i>	25
Jean-Claude Lechanoine, <i>Pensons client dans tous nos process</i>	29
Michel Bera, <i>La modélisation prédictive à très grand nombre de variables</i>	32
Dominique Vastel, <i>Les limites du profiling : du one to one au one to when</i>	38
Mathias Matallah, <i>L'orientation client, évolution inéluctable ou miroir aux alouettes ?</i>	41
Noël Chahid Nourai • Christian Lahami-Depinay, <i>La légalité du fichier client</i>	45

3. *Analyses* Segmentation, assurance et solidarité

Pierre Picard, <i>Marchés d'assurance et solidarité</i>	53
Jean-Michel Belorgey, <i>Contre la discrimination ou l'exclusion à raison de la santé, quelles stratégies ?</i>	55
André Renaudin, <i>Assurer les risques aggravés</i>	59
Georges Durry, <i>La sélection de la clientèle par l'assureur : aspects juridiques</i>	65
Joël Winter, <i>Sélection et ségrégation en assurance</i>	72
Pierre-André Chiappori, <i>Inégalités et risque de santé</i>	76
Pierre Pestieau, <i>Connaissance des risques et protection sociale</i>	79

4. *Chroniques*

Georges Durry, <i>Développements récents en matière de responsabilité médicale</i>	84
Jean-Luc Besson, <i>Croissance soutenue pour l'assurance en l'an 2000</i>	88
Rose-Marie Van Lerberghe, <i>Droit à la formation ou droit à la qualification ?</i>	90

5. *Études et livres*

Franck Offredi, <i>Les sociétés d'assurances face au vieillissement de leurs salariés</i>	96
Stéphane Jean, <i>L'évolution de la filière de l'assurance et son implication sur le rôle des acteurs</i>	99
Jean-Marc Lamère, <i>Normes professionnelles et concurrence</i>	102
Julian Franks et Colin Mayer, <i>Risks and Regulation in European Asset Management : Is there a Role for Capital Requirements ?</i> par Carlos Pardo.....	104
Jacques Attali, <i>Blaise Pascal ou le génie français</i> par Alain Borderie	105

1.

Risques économiques des pays émergents

- Entretien avec Thierry de Montbrial
Directeur de l'Institut français
des relations internationales

Réactions

- Jean-Paul Betbèze
De l'origine à la gestion du risque
- Bertrand Collomb
Croissance et risques dans une stratégie industrielle
- Jean Lanier
Risque, assurance, prévention

Thierry de Montbrial

Directeur de l'Institut français des relations internationales

Entretien réalisé par Jean-Hervé Lorenzi et Pierre Bollon

Risques : Peut-on définir ce qu'est un risque ?

Thierry de Montbrial : En théorie économique, on part en général d'une situation de certitude parfaite. S'il y a absence totale d'incertitude, il est évident qu'il n'y a place ni pour les banquiers ni pour les assureurs, ces « gestionnaires de risques », non plus que pour toutes les transactions relatives au temps. Les transactions intertemporelles, dès lors que l'on imagine l'abolition totale de toute forme d'incertitude, sont d'ailleurs identiques aux transactions instantanées. Le temps est aboli. Peut-on faire une distinction entre incertitude et risque ? Frank Knight s'y est essayé. Il y aurait incertitude quand il n'est pas possible de probabiliser et risque lorsque l'on peut envisager des probabilités. C'est une terminologie sur laquelle on peut discuter.

La notion de coût de transaction est également liée à l'incertitude, et elle est au cœur de toute vision contractuelle des relations économiques. Naturellement, dans l'idée de contrat, c'est la notion de risque qui est essentielle, pas seulement le risque probabilisable. Il y a, en effet, deux étapes : d'abord identifier les risques possibles et ensuite leur assigner des coefficients de vraisemblance et, à l'extrême, des probabilités lorsqu'il existe une base objective.

On est là très proche de la distinction entre stratégie et tactique. Le propre d'une stratégie est de faire face précisément à des formes d'incertitude non probabilisables, que ce soit dans l'ordre économique ou dans l'ordre militaire. L'entrepreneur qui entreprend fait un véritable saut dans l'inconnu, mais, ce pari étant fondé sur des bases intuitives, on ne peut parler dans ce cas de probabilité. Je me suis beaucoup interrogé sur ce qu'est une erreur de prévision. Ce n'est pas s'être

trompé sur la probabilité, puisque même un événement de probabilité extrêmement faible peut se produire et que, à l'inverse, un événement de probabilité très élevée peut ne pas se produire. La véritable erreur consiste à n'avoir pas su identifier à l'avance une possibilité, et c'est le stade antérieur à la probabilité. On trouvera très peu, par exemple, dans les années 80, de textes écrits par des spécialistes reconnus des relations internationales qui envisagent la chute de l'Union soviétique comme une possibilité rapide. Dans un livre publié en 1985, *La Revanche de l'Histoire*, j'avais évoqué cette possibilité. Je l'estimais très peu probable, mais je l'avais évoquée. De ce point de vue, je n'ai pas commis d'erreur. Je suis convaincu que, quel que soit le domaine d'activité, il est toujours bon d'avoir des personnalités originales autour de soi, à la manière du fou du roi, c'est-à-dire des gens qui exercent des activités totalement différentes des siennes et qui introduisent un peu de désordre. Il est frappant de voir que, dans n'importe quelle activité, les spécialistes finissent par penser tous de la même manière, donc par se rassurer mutuellement, et se révèlent incapables de détecter les nouveaux risques.

Dans le vocabulaire courant, le mot « risque » ignore la distinction entre « probabilisable » et « non probabilisable », et recouvre toute forme d'incertitude. Le véritable métier des banquiers et des assureurs, historiquement dans des catégories différentes, consiste à traiter de situations où le risque joue un rôle significatif. Le banquier intervient dans des situations de risque liées à l'acte d'entreprendre, alors que l'assureur opère plutôt dans des situations de risque ou d'incertitude concernant la nature. Le risque de se faire écraser en traversant la rue, par exemple, est un risque où l'aspect « nature » est dominant. En revanche, se lancer dans un magnifique projet qui peut échouer est un risque où l'aspect contractuel est lié au projet lui-

même. Mais dès que l'on approfondit quelque peu cette distinction, on s'aperçoit qu'elle est, au fond, assez artificielle.

Risques : Sans oublier non plus que, aujourd'hui, nombre de risques sont « traités » directement sur les marchés financiers, et non pris en charge par une banque prêteuse ou par un assureur les incluant dans son bilan...

Thierry de Montbrial : Il est certain que, dans une banque ou une société d'assurances, la présence de spécialistes permet d'appréhender les risques. On peut décomposer le problème du risque comme une série de métiers, avec un foisonnement qui est historique. Au cours des quinze dernières années, la révolution numérique a cependant ouvert des possibilités nouvelles dans le traitement de problèmes plus ou moins classiques. Dans les années 80 – on ne parlait pas encore de mondialisation – se sont développés les produits dérivés. L'appréhension du risque par les marchés est devenue possible grâce aux ordinateurs. C'est l'évolution technologique qui a permis de démultiplier à l'infini les possibilités de « marchéiser » les produits liés à l'incertitude. Le prototype en est le marché dérivé, avec l'idée qu'un marché « parfait » permet de « moyenniser » les risques. Or, il y a incompatibilité radicale entre la notion de marché parfait et celle d'incertitude, qui est au cœur de ce dont nous parlons, d'où les risques d'incohérence, d'explosion. Je suis de ceux qui pensent que les mots ne sont jamais innocents. Ainsi, le vocabulaire relatif au marché qui est devenu à la mode dans les années 90 – « le marché fait que... », « le marché veut que... » – aboutit à sa personnalisation, ce qui est une bêtise.

Risques : Peut-on dire que le monde d'aujourd'hui est plus risqué qu'il ne l'était auparavant ?

Thierry de Montbrial : Je n'en suis pas sûr. Prenons l'exemple de la corruption. Est-elle plus répandue aujourd'hui qu'auparavant ? On est certes tenté de

répondre oui, mais, en réalité, le fait que l'on ait une meilleure connaissance de la corruption rend le problème plus visible. Cela dit, il me semble exact que la mondialisation va de pair avec une interconnexion des marchés qui permet des interdépendances, même si celles-ci sont souvent irrationnelles. Dans le domaine des risques, la façon dont la crise de 1997-1998 est passée de la Thaïlande à la Russie et de la Russie à l'Amérique latine n'a littéralement aucun fondement objectif. Je connaissais bien la situation en Russie et je m'étonnais, avant le coup de tabac thaïlandais, de la sérénité avec laquelle nombre d'opérateurs traitaient la question russe. Certains, pourtant parfaitement informés, parlaient même de la Russie comme d'un marché émergent, ce qui me paraissait absurde ! Le renversement pouvait se produire à tout moment. Il se trouve que la cause immédiate de la crise financière russe a été la crise financière thaïlandaise, mais il n'existe aucune relation logique, si ce n'est dans les esprits. Le passage de la crise russe à la crise latino-américaine est encore plus intéressant parce que la connexion est encore plus absurde. En ce sens, on peut dire que la « volatilité » s'est accrue.

Risques : Cela veut-il dire qu'il n'y a pas un risque lié aux pays émergents, mais des risques spécifiques à chaque pays émergent ?

Thierry de Montbrial : Il y a risque dès qu'il y a mouvement. Il est certain que lors d'une phase de décollage des risques sont présents. Il importe de distinguer les risques liés à des situations spécifiques, propres à chaque pays et qui correspondent à la notion de cause fondamentale – par opposition à la notion de cause immédiate –, de ceux qui sont liés à l'interconnexion plus ou moins naturelle ou artificielle non seulement des marchés mais, comme je viens de le dire, des esprits. Pour ce qui est des premiers, c'est la notion de cycle économique qui me paraît importante. Je suis très frappé que cette notion, particulièrement en France, ne soit toujours pas entrée dans les esprits. Faisant référence aux années 90 aux États-Unis,

certain expliquaient même que les cycles économiques étaient abolis. En réalité, toute phase d'expansion conduit à des formes de laxisme. L'expansion entraîne l'optimisme, et l'optimisme amène au laxisme et à des dysfonctionnements. Quand il y a accumulation de dysfonctionnements, survient un incident critique qui déclenche un renversement. La plus élémentaire psychologie permet de voir qu'il peut se produire un renversement des attitudes, avec des corrélations entre les psychologies des uns et des autres. La crise de 1997 en Thaïlande est de cette nature. En examinant la situation avec plus d'attention, on aurait pu constater que le système bancaire thaïlandais était périlleux. De la même manière, on aurait dû savoir depuis longtemps que le système monétaire et financier japonais était opaque.

Risques : Dans les deux cas, les marchés alimentaient massivement des systèmes financiers qui n'avaient pas fait leur révolution. En fait, les systèmes bancaires « consommaient » des capitaux, importés dans le cas thaïlandais, en grande partie issus de l'épargne nationale au Japon, mais le système bancaire et financier restait archaïque, mal « gouverné ».

Thierry de Montbrial : On revient toujours au problème de la régulation, de la réglementation prudentielle. Il y a deux attitudes extrêmes par rapport à ce type de situation. L'une consiste à prétendre tout verrouiller, et sa contrepartie est l'opacité. La réglementation entraîne l'opacité de la même manière que l'État favorise certains types de corruption, qu'on le veuille ou non. À l'inverse, l'excès de libéralisme ou de libéralisation favorise les comportements les plus fous et, par conséquent, les risques de déstabilisation systémique. Comment trouver un équilibre entre les deux ? Toute la question est là. Prenons le système japonais : la croissance était un fait acquis et l'on ne s'interrogeait guère sur le fonctionnement du système financier et monétaire. En réalité, dans ce système qui était complètement verrouillé, il s'est passé à la puissance dix ce qui a eu lieu en France avec le Crédit lyonnais.

Nous nous trouvions là dans le risque non nommé, c'est-à-dire le risque qui n'est même pas identifié, pour reprendre un thème abordé au début de cet entretien.

Risques : Pourriez-vous revenir sur l'idée selon laquelle le risque est intimement lié au mouvement ?

Thierry de Montbrial : Il convient, en fait, de distinguer selon les situations. Prenons, pour commencer, trois exemples qui n'ont apparemment rien à voir les uns avec les autres : la révolution de 1848 en France, la chute du chah d'Iran en 1979 et la fin de l'Union soviétique en 1991. D'une certaine manière, on peut dire que ces trois pays, chacun dans son genre, avaient quelque chose de vaguement émergent. La France de 1848 était en pleine croissance, l'Iran avait été décrit comme l'un des grands géants de l'an 2000 – de même que le Brésil – et l'Union soviétique a longtemps porté l'espoir d'une croissance économique heureuse. Qu'avaient donc en commun ces pays ? Dans les trois cas, les systèmes paraissaient, aux yeux des contemporains, comme immuables, et cependant tous se sont brisés comme du cristal. Tous trois corroborent en fait la loi de Tocqueville qui dit que les régimes autoritaires ne sont jamais aussi faibles que quand ils commencent à vouloir se réformer. S'ils ne se réforment pas, ils vont à leur perte, et s'ils commencent à se réformer, ils se brisent. Tocqueville avait parfaitement vu que ce risque était présent dans la société française du milieu du XIX^e siècle. La même chose, mais en plus grave, s'est produite en Iran et en URSS. Les sociétés stagnantes, où apparemment rien ne se passe, sont en réalité exposées à un risque terrible parce qu'il s'agit d'un risque existentiel. Quand il y a du mouvement, en revanche, comme dans la plupart des pays émergents, on assiste à des essais et à des erreurs, et les risques sont multiples, mais en même temps le système est beaucoup plus flexible et dispose d'un plus grand nombre de mécanismes de correction qu'un système rigide comme l'Union soviétique ou l'Iran. Les pays en développement, qui sont en mouvement, se trouvent bien entendu de ce fait en situation de risque. Mais Taïwan

n'est pas pour autant semblable à la Thaïlande ni même à la Corée du Sud. Ces pays possèdent des structures économiques radicalement différentes. Par conséquent, ce n'est qu'à un niveau très général que l'on peut dire qu'il existe des risques communs. Les risques ne peuvent être appréciés que d'une manière locale. Ils sont donc spécifiques non pas à l'ensemble des pays émergents, mais à chacun d'entre eux.

Risques : Aucune gouvernance mondiale n'est donc possible en la matière ?

Thierry de Montbrial : Si, mais la notion de gouvernance mondiale s'applique aux interconnexions, notamment aux risques de propagation et d'amplification des crises par la conjonction des attitudes.

Risques : Mais si l'on considère, par exemple, le Fonds monétaire international (FMI), on constate bien qu'il agit à deux niveaux, sur le risque d'interconnexion comme sur le terrain.

Thierry de Montbrial : En effet, et cela nous amène à nous interroger sur ce qu'est une bonne gouvernance. Sans vouloir rendre le FMI responsable de tous les maux de la Terre, je crois que l'on ne peut que reconnaître qu'il n'a pas vraiment bien tenu son rôle sur les deux plans dont nous venons de parler. S'agissant du risque global d'interconnexion, soit il n'a pas vu venir la crise de 1997-1998, soit il l'a vue mais n'a rien pu ou voulu faire, au nom du principe selon lequel attirer l'attention sur un risque systémique provoque, par effet d'annonce, sa réalisation. Je me demande, en fait, si le FMI n'a pas été victime d'une sorte de conformisme intellectuel, s'il ne manque pas de « fous du roi », pour revenir sur mon idée. Le FMI a-t-il effectué à temps des études sur la situation du système bancaire, assurantiel et financier japonais ? Si oui, il est clair qu'elles n'ont pas influé sur l'échelon décisionnel. S'agissant des pays émergents, on constate que la Malaisie de Mohamad Mahathir, qui conteste le comportement « néocolonial » du FMI, réussit nettement mieux que beaucoup d'autres pays.

Risques : Quels autres enjeux aujourd'hui pour une « bonne gouvernance » ?

Thierry de Montbrial : Je suis de ceux qui pensent que l'Internet devra faire l'objet d'une régulation ou d'une réglementation. Malheureusement, il n'y a pas aujourd'hui de réponse évidente à cette question. Au fond, on ne peut inventer de bons mécanismes de régulation que de façon empirique, par essais et erreurs, par approximations successives. Existe-t-il des risques ou des types de risques vraiment différents de ceux que l'on a connus autrefois ? La réponse se trouve, à mon avis, dans le défi que pose, en matière de gouvernance, la rapidité des évolutions. Je crois qu'il n'y a aucun mode de régulation satisfaisant qui ne soit le résultat d'un mécanisme d'adaptation. Et cela prend du temps. Phénomène spécifique à notre époque, nous nous trouvons dans une phase de révolution industrielle et scientifique d'une ampleur sans précédent depuis l'invention de l'imprimerie, et, du fait de la rapidité de cette évolution, le système n'est pas en mesure de s'adapter. Le temps de réponse est trop long par rapport au temps de l'évolution. Cela me rappelle ce qui se passait dans les années 70, lorsque j'étais à la tête du Centre d'analyse et de prévision du Quai d'Orsay et que je commençais à m'intéresser aux questions internationales. Les négociations relatives aux accords Salt étaient en cours et il s'agissait de trouver des modes de régulation entre les grands systèmes d'armement intercontinentaux. J'avais découvert que l'évolution technique des missiles allait plus vite que la négociation. Quand les diplomates arrivaient enfin à un accord, tout ce sur quoi ils s'étaient entendus était déjà caduc !

Risques : En finance, cela se voit tous les jours.

Thierry de Montbrial : S'il y a quelque chose de vraiment nouveau à notre époque, je pense que c'est de cet ordre-là. Hélas, il n'y a pas de réponse simple parce que, encore une fois, les bons modes de gouvernance restent à inventer. Je suis très frappé de voir que, en

2001, on songe encore à ressortir de vieilles lunes comme la taxe Tobin. Tobin lui-même ne s'est jamais pris au sérieux, et je n'ai personnellement jamais rencontré quelqu'un qui la prenne au sérieux. Qu'on en soit là montre l'ampleur de notre désarroi.

Risques : Revenons un instant au FMI. Ses « erreurs » lui ont-elles, précisément, permis d'adapter son action ?

Thierry de Montbrial : Je n'ai pas le sentiment que le FMI ait changé radicalement de mode d'action, mais je ne peux pas non plus l'en blâmer, car derrière tout cela se pose la question de l'avenir de l'État-nation. Le véritable problème est celui de la souveraineté. Dès lors que les espaces naturels d'interdépendance ne coïncident plus avec les États-nations, la notion de souveraineté n'est plus adaptée. C'est là que l'on retrouve la dialectique que j'ai évoquée sur le temps de l'adaptation par rapport au temps des problèmes. Rien n'est plus lent à évoluer que la psychologie collective : dans la plupart des pays, les citoyens restent attachés à la souveraineté. Au fond, c'est sur ce point que porte le débat européen. Bien des gens ne comprennent pas, n'admettent pas que des décisions importantes les concernant ne soient pas prises dans leur propre Parlement. En matière policière ou en matière de justice, l'expérience de l'interdépendance en est encore à ses débuts. Nous n'avons que très peu d'expérience dans ces domaines. Or, il peut y avoir des interconnexions avec l'économie à travers le grand banditisme, le crime organisé, la drogue, etc. Le président de la Colombie nous rappelait récemment que la drogue est le deuxième marché mondial après le pétrole. De ce point de vue-là, nous allons connaître une période quelque peu anarchique. Je crois surtout qu'il faut faire preuve d'un peu plus d'humilité. En vieillissant, c'est une notion qui me paraît de plus en plus pertinente à tous les niveaux.

Risques : Donc, pas de solution toute faite...

Thierry de Montbrial : Ce qui est intéressant, en ce début de XXI^e siècle, c'est que la notion de problème

global devient une réalité. Même pour des problèmes apparemment aussi simples que l'effet de serre, on s'aperçoit que, pour des raisons très profondes, il est très difficile d'arriver à un accord. Si l'effet global commence à être intégré, la répartition de ses conséquences, la notion de cause sont très floues. C'est la notion de bien public international qui est en question. Donc, je crois qu'il faut effectivement en parler, mais une longue maturation sera nécessaire avant de prendre des décisions sensées qui soient autres que cosmétiques. Deuxième exemple, la notion de société civile mondiale. Je me sens proche de ce qu'a dit Hubert Védrine à ce sujet. Il ne suffit pas que n'importe quelle organisation s'autodésigne comme légitime pour l'être. Tout groupe bien organisé peut aujourd'hui se faire entendre. Dans les États démocratiques, tels que nous les connaissons, tels qu'ils se sont formés au XIX^e siècle, des mécanismes ont été forgés pour donner une légitimité à certains groupes, ce qui n'est pas le cas sur le plan international. Là aussi, nous sommes dans une phase d'enfance de la gouvernance mondiale, telle qu'elle se dessinera probablement dans les décennies qui viennent. Cela prendra beaucoup de temps.

Risques : Les marchés, les très grandes entreprises, au nombre desquelles banques et sociétés d'assurances, sont-ils devenus supra-étatiques ?

Thierry de Montbrial : Je ne pense pas que l'on puisse dire cela. De la même manière, je ne crois pas que l'on puisse dire que les États ont disparu. Même s'ils sont devenus inadéquats comme espaces de référence en ce qui concerne les solutions, les États restent des espaces de juridiction et les entreprises multinationales opèrent toujours dans le cadre des États. On n'échappe pas aux États : l'Église catholique, IBM, tel grand assureur ou tel groupe financier, comme José Bové ou l'organisation Greenpeace, agissent à l'intérieur du système étatique. Bien entendu, ils peuvent tirer parti des interstices et ils possèdent une mobilité stratégique qui résulte de l'accroissement des possibi-

lités de communication, de la transmission d'informations... Le véritable problème est celui de la reconfiguration des États, de la coopération entre eux, ce qui nous ramène à la question de la « gouvernance ».

Étant un libéral modéré, j'ai toujours considéré que ceux qui ont prétendu imposer immédiatement le libéralisme au cadavre soviétique ont commis une colossale erreur, aux dépens des Russes, hélas. Il ne faut pas avoir une foi naïve dans les vertus du marché, qui, prétendument, résoudrait tous les problèmes. Les banquiers et assureurs font leur travail, mais penser qu'ils pourraient fabriquer un monde harmonieux est une absurdité. Ils ont à l'évidence un rôle important à jouer comme acteurs de base dans les métiers de gestion des risques, ne serait-ce que par leur connais-

sance – essentielle – du terrain et leur capacité permanente d'adaptation. Il est clair, par exemple, que le développement de l'assurance est intimement lié à la croissance économique. Mais les systèmes de régulation ne s'improvisent pas. Le bon banquier voit un interstice, il a l'intuition de ce qu'il faut faire, il fonce. La régulation des systèmes complexes ne peut pas se ramener à une intuition de ce genre, et c'est la raison pour laquelle la notion d'adaptation est beaucoup plus importante.

Note

1. Montbrial (*Th. de*), Klein (*J.*), Dictionnaire de stratégie, Paris, PUF, 2000.

DE L'ORIGINE À LA GESTION DU RISQUE

Jean-Paul Betbèze

Directeur des études économiques et financières

Crédit lyonnais

Les pages où Thierry de Montbrial parle risques dans la revue éponyme sont riches, sinon capricantes. Sous la pression des questions et de ses propres digressions, il juxtapose et analyse, passe de propos assez généraux à des applications très concrètes, et vice versa. Face à ce document, je propose de retenir trois grands thèmes et de les assortir de remarques.

L'origine du risque

C'est le temps qui est à l'origine du risque, affirme Thierry de Montbrial, puisque, si le temps n'existait pas, autrement dit si tous les événements étaient connus, donc certains, le futur n'existerait pas, ni donc l'aléa. C'est le mouvement, dit-il plus loin, puisque tout changement d'état, d'espace, de situation conduit à une situation nouvelle, pas ou peu connue. C'est l'espace, ajoute-t-il ailleurs, puisqu'un espace (économique, social, politique...) construit un ensemble de règles et de normes qui balisent une situation, donne lieu à un État, et que le changement de ce type d'espace nous fragilise.

Remarque 1. Mais, au fond, ces trois sources disparates et tour à tour abordées sont peut-être tout autant les manifestations de l'inconnu (bien sûr) ou du méconnu. C'est l'inconnu qui agrège ce qu'est le temps, le mouvement et l'espace au sens où il manifeste la vie, c'est-à-dire en réalité l'action des autres (et donc aussi la mienne) dans un cadre non contraint. Pourquoi donc ne pas dire alors que le risque est en réalité l'expression de la liberté ?

Remarque 2. Dans un tel contexte, la typologie de risques proposée par l'auteur – possibilité pour annoncer une situation éventuelle (la fin de

l'URSS), probabilité pour tenter d'examiner son occurrence, ou incertitude radicale (Knight), pour indiquer seulement qu'elle est possible – reflète plutôt les effets de cette liberté fondamentale. Peut-être même faudrait-il dire que les interférences qu'amène la vie débouchent rarement sur ces formes de risque bien éduquées et bien connues que sont les courbes de Gauss, mais plutôt sur des distributions de situations où les cas extrêmes sont tout à fait possibles, manifestations exacerbées de l'interdépendance des actions et réactions dans les périodes de crise.

Remarque 3. Si tel est le cas, la distinction entre risque de nature (celui de se faire écraser, cité par l'auteur, ou, plus généralement, celui d'une manifestation de la nature comme une tempête) et risque d'entreprise ou d'activité, n'est peut-être pas valide. En effet, du point de vue des hommes, c'est la façon dont ils vivent, au sein de leur communauté, l'irruption d'une rencontre de séries causales indépendantes qui sont déterminantes. Concrètement, les catastrophes humaines sont plus souvent la conséquence des paniques et des réactions aux effets premiers que le contrecoup des effets premiers eux-mêmes.

Mon sentiment est donc que l'on ne peut penser le risque que comme le reflet de la liberté, et que c'est de ce point de vue que l'on peut examiner ses manifestations et sa gestion.

La manifestation du risque

La première manifestation du risque est sa reconnaissance. Thierry de Montbrial fait, en effet, une différence entre le risque immanent et le risque reconnu en établissant une comparaison avec la corruption. Est-elle moins ou plus répandue aujourd'hui qu'hier ? On est tenté de dire, note-t-il, que l'on en a une meilleure connaissance, que le problème est actuellement plus visible, et l'on en infère qu'elle est plus importante. Si on le comprend bien, le monde actuel ne serait pas nécessairement plus risqué aujourd'hui qu'hier. Ce serait un effet d'optique, en fait de connaissance, qui le laisse croire.

Remarque 4. Mais si, pour reprendre notre thèse, le risque est le reflet de la liberté, la connaissance de la liberté, c'est-à-dire des autonomies et des droits, ne peut qu'accroître le risque. Il conduit chacun à aller plus loin, à tester les limites et les imprécisions des règles, d'autant que l'idée selon laquelle la liberté s'arrête où commence celle d'autrui ne peut, même en faisant preuve d'un altruisme absolu, se fonder que par essais et erreurs. À partir de quel degré (niveau ou intensité) mon activité entre-t-elle en conflit avec celle d'un autre ? À partir de quel effet externe y a-t-il risque ? Mieux même, comme l'activité ne peut émaner que de communautés d'hommes qui produisent, sous les effets d'un innovateur qui a des idées, d'un capitaliste qui a des ressources et/ou bénéficie de celles qu'il collecte ou emprunte, face à l'activité des utilisateurs, il ne peut y avoir que plus de risques, puisque les biens et services augmentent, c'est-à-dire les interdépendances. Et cela s'appelle aussi la croissance.

Deuxième manifestation du risque, la connaissance. Savoir qu'il existe des cycles les supprime-t-il ? Non, bien sûr, et c'est ce que dit l'auteur. « En réalité, toute phase d'expansion conduit à des formes de laxisme. » Il faut cependant veiller à ne pas tomber dans un discours moralisateur. C'est parce qu'il y a expansion, c'est-à-dire expansion des possibilités de certains, usage accru des libertés, que les occurrences de conflits, d'un côté, de polarisation

des anticipations, de l'autre, augmentent.

Remarque 5. La connaissance des phénomènes, par exemple le fait que la concurrence accentue les possibilités, ne peut diminuer les risques. Et quand bien même y aurait-il des opacités – comme dans certains systèmes bancaires ou procédures de corruption –, il ne s'agit jamais que de systèmes de financement, qui ne sont, en tant que tels, que des « metteurs en acte » des libertés de tel ou tel.

Plus profondément, cette opacité est un artefact. Chacun sait en effet que les systèmes comptables représentent les valeurs et donc incarnent les pouvoirs d'achat et les enrichissements dans des espaces donnés. Ils sont toujours des représentations, et par conséquent relatifs. Les systèmes comptables de pays émergents ont donc une forte probabilité de ne pas dire la même chose que ceux des pays les plus avancés, et cela se retrouve entre pays avancés.

Remarque 6. En fait, le système économique qui croît sait qu'il fonctionne dans un certain ensemble de conventions. Et son développement connaîtra des tensions internes et externes, des conflits avec d'autres ensembles, jusqu'au moment où il « apparaîtra » que les comptabilités y étaient imparfaites, les droits mal reconnus ou les contrats peu clairs. Donc s'il perd. Clarté subite de la réalité ou crise d'un système de représentations défailte de représentations comptables ? C'est bien ce qui s'est passé avec les pays émergents, où toutes les entreprises ont été soumises à des audits, réévaluées et rachetées, ensuite, par le vainqueur. Un jour peut-être admettra-t-on que la comptabilité américaine est un instrument de pouvoir... autant que de clarté.

Et c'est là un concept que l'on ne trouve pas dans l'entretien, celui de pouvoir, d'intérêt personnel. Or, peut-être est-ce par là que le capitalisme accroît les risques, car il pousse à l'exercice des libertés bien au-delà de cette autolimitation smithienne qui voulait que l'intérêt du vendeur de bière soit celui de me satisfaire, autrement dit congruent au mien. L'univers réel n'est pas celui des satisfactions. Il est celui des propriétés, des autorités, des pouvoirs, qui ne connaissent pas vraiment la rationalité pacifique – car réductrice des risques – de l'utilité marginale décroissante.

Remarque 7. Il faut admettre que le capitalisme, parce qu'il pousse les êtres à faire le plein usage de leurs libertés, jusqu'à aller tutoyer les limites de celles des autres, est à la fois un système de risque et de progrès, de cycles et de crises.

Dans ce contexte, pourquoi n'y aurait-il « aucune relation logique » entre les crises financières thaïlandaise et russe, ou pourquoi le passage de la crise russe à la crise latino-américaine serait-il « encore plus intéressant parce que la connexion est encore plus absurde » ? Si j'appelle crise la manifestation de la défaite d'un système de représentations et de valorisations, ici ou ailleurs, il est clair que le doute sur les comptes et les succès dans un pays, en d'autres termes la fuite hors de la monnaie nationale menacée, ne peut que dessiller les yeux ailleurs, et conduire d'autres acteurs à faire jouer autrement leur liberté, c'est-à-dire à partir et à convertir au plus tôt ce qu'ils ont, dans un système donné de représentations, vers celui du vainqueur futur. Ceci entraînant cela : les *bank runs* sont des prophéties autoréalisatrices.

Remarque 8. La finance est donc le moyen fondamental de propagation des risques. Les interrogations passent de pays à pays, de cas à cas, ce qui est très logique au fond, pour tester la solidité des systèmes de valorisation et de représentation locaux. Émerge alors la préférence pour la liquidité, signe avant-coureur de la préférence pour la liquidité du plus fort.

La gestion du risque

Thierry de Montbrial a, selon moi, parfaitement raison de noter l'importance de la catégorisation des risques. Si l'on est d'accord sur leur source générale, leur manifestation ne peut être qu'objective, et donc soumise à des catégories.

Remarque 9. C'est donc le rôle de l'assurance de faire ce travail analytique des risques, puis d'étudier les conditions de leur survenance, pour voir, enfin, par quelles incitations de prix et de comportements

on peut tenter de les réduire de façon profitable. Asymétrie d'information et aléa moral, information cachée et action cachée, *alias* manifestations de liberté, sont alors en liaison avec les logiques d'incitation. Elles entendent les modifier, souvent pour leur bien – autrement dit pour leur plus grande liberté ultérieure. C'est ensuite le rôle de la banque que de reprendre catégories et résultats d'analyse des risques, manifestés par les prix de l'assureur, pour permettre effectivement un accroissement supplémentaire de liberté grâce au crédit. Et nous sommes alors dans le domaine de l'effet levier. Les marchés, par la suite, ne feront pas autre chose que de reprendre des informations de nature assurancière et bancaire, mais en les rendant publiques, afin de collecter des ressources.

La socialisation du risque qu'évoque ensuite l'auteur, en prenant l'exemple de certaines interventions du FMI, est le cas malheureux de l'échec, et les risques de la régulation ou ceux du libéralisme sont ceux de la maîtrise de la dynamique du processus.

Remarque 10. Mais, en réalité, c'est le risque de la gestion du risque qui est posé ici, c'est-à-dire celui de l'interférence voulue de volontés pour arriver à un état plus stable, et non conduire à une dynamique catastrophique, avec les risques d'erreur et de réglage que cela suppose. Les thèmes de « gouvernance » ou de souveraineté, ainsi que de ratios Cooke, entrent ici en jeu, comme autant de manifestations de ces interférences, plus précisément de ces jeux *ex ante* voulus contradictoires.

Remarque 11. Cependant, à aucun moment Thierry de Montbrial ne pose la question du marché du risque. Car c'est bien de cela qu'il s'agit, fondamentalement, partout et toujours, avec des agents qui sont plus ou moins opposés au risque. La croissance ne peut venir que de l'assomption de risques, dans un cadre plus organisé, clair et régulé bien sûr. Encore que cela ne soit jamais sûr, puisque ces cadres sont en concurrence. Et c'est là le point qui est pour moi le plus important : si le risque est l'expression de la liberté, l'assomption du risque est son endossement, qui permet l'extension de la liberté. Il faut croire Sisyphe « risqueur ».

CROISSANCE ET RISQUES DANS UNE STRATÉGIE INDUSTRIELLE

Bertrand Collomb

Président-directeur général, Lafarge SA

Les groupes industriels, dans leur développement mondial, sont confrontés aux risques des pays émergents. La diversification des positions est probablement leur meilleure réponse, mais il serait nécessaire que les risques systémiques soient mieux reconnus et traités par des mécanismes de régulation financière internationale.

Au cours des prochaines décennies, la croissance démographique et la croissance de l'urbanisation se concentreront dans ce que nous appelons les pays « émergents ». Un groupe comme Lafarge est donc amené à y chercher son développement, dans le cadre de la consolidation mondiale de ses industries.

Nous sommes confrontés, dans ces pays, aux risques évoqués dans cette revue, notamment par Thierry de Montbrial. Ces risques peuvent être de deux sortes :

- d'une part le risque propre à chaque pays, dont la structure sociale, politique et économique comporte des instabilités, et qui est confronté au problème difficile de son insertion dans une économie mondiale dure et changeante ;
- d'autre part, le risque « systémique » lié à l'intérêt fluctuant des marchés financiers et investisseurs pour ces pays, aux effets dévastateurs des crises financières ou aux conséquences des cycles économiques des nations développées.

Pour faire face au premier type de risque, on pourrait être tenté de procéder à une analyse approfondie de chaque pays, et de n'investir que dans ceux où le risque est considéré comme acceptable. Nous avons effectivement conduit, avec le concours de l'IFRI, et en utilisant les données analytiques disponibles, une étude concernant un

certain nombre d'États, pour tenter de prévoir quels pourraient être leur croissance économique future et le niveau de risque associé.

La conclusion de ce travail, mené avant la crise de 1998, mettait en évidence l'importance, pour chaque pays étudié, des facteurs structurels, et, en particulier, du niveau d'éducation, variable prédictive la plus fiable d'un potentiel de croissance et de stabilité.

Malheureusement, l'expérience a montré que même des nations aux bases solides ne sont pas à l'abri de soubresauts politiques et sociaux, ni de l'effet de crises systémiques.

Et, paradoxalement, nos industries locales ont parfois enregistré des résultats tout à fait satisfaisants dans des pays en proie à des difficultés économiques sévères, comme au Brésil pendant la période d'hyperinflation.

Notre expérience pratique nous a donc conduits, non pas à chercher à prévoir finement le couple risque/potential de chaque pays en nous concentrant exclusivement sur les meilleurs, mais à jouer davantage sur la répartition des risques, tout en établissant des limites d'investissement par pays qui tiennent compte de leur niveau de « qualité ».

Cette stratégie est d'autant plus justifiée qu'un autre paramètre intervient dans nos décisions d'investissement, celui du coût d'acquisition d'une position initiale, qui peut comporter des diffé-

rences importantes selon l'attractivité du pays, à un moment donné, pour les investisseurs. Nos meilleurs investissements ont généralement été effectués au moment où le pays était encore jugé négativement par la communauté financière, et où nous anticipions sur une évolution future !

Sur le second aspect, le risque systémique, nous ne pouvons que souhaiter une meilleure régulation du système financier international, qui prenne en compte le risque d'une façon plus rigoureuse.

Avant la crise de 1998, certains investisseurs nous reprochaient de ne pouvoir délivrer une rentabilité analogue à celle des sociétés purement asiatiques. Nous tentions alors, mais en vain, d'attirer leur attention sur la différence de risque attachée à ces valeurs !

De même, il m'est arrivé de demander à mes banquiers pourquoi une société coréenne pouvait avoir, sans qu'ils s'en inquiètent, une dette égale à sept fois ses fonds propres, alors qu'ils auraient difficilement toléré que celle de notre société dépasse sensiblement le montant de ces fonds.

De tout temps, des règles de prudence ont été imposées, dans chaque pays, aux banques et aux acteurs financiers, de manière à éviter le phénomène trop naturel de sous-estimation des risques. Nous devons, à l'évidence, faire de même au niveau international, mais cela sera long et difficile, et n'empêchera pas les crises.

Il y aura donc probablement, et paradoxalement, pour tout groupe industriel investissant à long terme, un avantage aux pays qui conservent un certain degré de contrôle dans les interfaces financières ou, en tout cas, qui évitent de dépendre exagérément des marchés. Le cas de la Malaisie, cité par Thierry de Montbrial, comme celui du Maroc (où le maintien d'un contrôle minimum par la banque centrale a évité la spéculation sur la monnaie) sont illustratifs à cet égard.

Croissance, rentabilité, risque : ces trois facteurs sont inévitablement associés. En gérer la combinaison représente un défi majeur, mais difficile, pour le succès et la pérennité du mouvement de globalisation.

RISQUE, ASSURANCE, PRÉVENTION

Jean Lanier

Président du directoire, Euler

Le risque est au cœur de toute démarche économique. Ni le marché ni une quelconque gouvernance ne peuvent le supprimer. C'est là que la démarche de l'assureur prend toute sa logique.

Le point de vue très stimulant de Thierry de Montbrial ne peut manquer de susciter quelque réaction chez le premier assureur-crédit mondial. L'assureur-crédit présente, en effet, l'originalité de se situer à cheval sur la distinction que fait Thierry de Montbrial entre le banquier intervenant sur des risques liés à l'acte d'entreprendre et l'assureur confronté à des risques concernant la nature. L'assureur-crédit est au cœur du champ des risques d'entreprise, mais il utilise une technique d'assurance là où le banquier, en général, recourt aux marchés financiers. Je voudrais situer mes remarques à quatre niveaux :

- le risque est lié au mouvement ;
- le contrôle des risques par la gouvernance est toujours en retard ;
- dans un environnement instable et non régulable, la gestion du risque par intermédiation est inévitable ;
- et, enfin, une démarche de prévention devient indispensable.

Le risque est lié au mouvement

Dans l'histoire économique, aucun progrès ne s'est fait sans provoquer des déséquilibres, sans induire des chances de succès et des risques d'échec. On se souvient de la « destruction créatrice », célèbre expression de Joseph Schumpeter.

Toute création porte en elle des germes de destruction dont on a d'autant plus tendance à réduire la probabilité que l'on est aveuglé par les perspectives offertes par la création. L'exemple de ces dernières années, avec le développement de la « nouvelle » économie, est de ce point de vue éclairant. Par nouvelle économie, on a trop souvent entendu une sorte de breuvage miraculeux apportant une croissance garantie et sans risques, un véritable « bonheur » économique accessible à tous. Or, tel n'a pas été le cas. Aux États-Unis, même durant les années où la croissance a été la plus forte (1996-2000), on a constaté une augmentation sensible de la sinistralité des entreprises dans pratiquement tous les secteurs de l'économie. Depuis 2000, on assiste à une véritable hécatombe de « jeunes pousses », en particulier dans le e-commerce, et l'expression même de « capital-risque » prend ainsi tout son sens. Dans un domaine que suit tout particulièrement Euler sur le plan mondial, celui des places de marché électroniques, on estime que des quelque deux mille projets plus ou moins avancés qui existaient à la fin de l'an 2000, seuls à peu près trois cents survivront en 2004, et avec des niveaux d'activité bien inférieurs aux prévisions. Enfin, on peut penser que le fossé de plus en plus large séparant les secteurs à forte croissance des activités plus traditionnelles fragilise un peu plus ces dernières, d'autant qu'elles sont plus soumises à la concurrence internationale.

On pourrait bien sûr imaginer d'interdire le mouvement et le progrès pour supprimer le risque.

Thierry de Montbrial montre bien les limites de ces attitudes totalitaires et l'histoire nous en offre bien d'autres exemples, comme le refus par la Chine au XVI^e siècle de poursuivre les aventures maritimes de l'amiral Zheng He. Face aux défis que nous offre un XXI^e siècle qui verra le monde compter quelque douze milliards d'hommes, progrès et mouvement sont incontournables et, avec eux, déséquilibres et risques. Comme le souligne Thierry de Montbrial, en valeur relative ces risques ne sont probablement pas plus importants que ceux que l'on a connus durant les grandes « révolutions » du passé. Mais, en valeur absolue, ils pèsent plus lourd et se font plus systémiques et donc plus visibles (ne mésestimons pas toutefois ce que furent des catastrophes telles que la grande peste qui toucha l'Europe à partir d'octobre 1347 ou le tremblement de terre de Lisbonne au XVIII^e siècle). Les risques courus par les premiers « marchands-aventuriers » valent bien ceux de nos contemporains « capital-risqueurs ».

Le contrôle des risques par la gouvernance est toujours en retard

Là aussi on ne peut qu'être d'accord avec Thierry de Montbrial. Au niveau national, on constate en effet qu'une grande partie de l'effort des États consiste à limiter les risques, répondant au souci des citoyens de vivre mieux tout en bénéficiant de plus grandes garanties. Les premières pierres de l'État-providence ne furent-elles pas posées avec le ciment de l'assurance ? Aujourd'hui, la plupart des États, tout au moins ceux des pays développés, encadrent autant que faire se peut le risque. Mais sur le plan économique, ils ne peuvent le supprimer sans paralyser toute forme d'innovation. En URSS, il n'existait pas de droit de la faillite puisque l'échec était impossible : on en sait les résultats. À l'inverse, le droit occidental de la

faillite, sous des formes diverses, a le mérite de clarifier le risque de l'entrepreneur. Parmi les progrès à attendre dans la plupart des pays émergents figure la mise en place d'une législation et d'une jurisprudence fiables en matière de défaillance d'entreprises. Sans elles, le développement d'une activité essentielle de prévention du risque comme l'assurance crédit est impossible.

Au niveau international, la « gouvernance » est encore plus en retard. Je crois Thierry de Montbrial quelque peu sévère dans son jugement du FMI en tant que « pompier de dernier recours ». Il aurait certainement « dû » prévoir mais je constate qu'aucun « fou du roi » n'avait anticipé le krach asiatique de juillet 1997 (et que même les articles de Paul Krugman étaient sur ce point fort ambigus). Par la suite, le FMI n'a été que ce que les États membres en ont fait et la qualité de ses interventions s'en est nettement améliorée au fil du temps. Il n'en reste pas moins que les lacunes de la gouvernance mondiale sont béantes. La faillite de la BCCI (*Bank of Credit and Commerce International de Luxembourg*) avait mis en évidence la légèreté des règles prudentielles, les zones d'ombre des paradis fiscaux et – *in fine* – l'impuissance de la Banque des règlements internationaux (BRI). L'affaire du sauvetage de LTCM (*Long Terme Credit Management*) grâce à l'action de la Réserve fédérale américaine a fait apparaître les carences de la gouvernance financière internationale face à la menace d'un risque systémique majeur.

Dans un monde toujours plus ouvert, irrigué de réseaux par essence sans frontières, la dichotomie entre État et territoire n'en est que plus évidente. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, « l'économie-monde » chère à Fernand Braudel couvre le monde dans sa totalité, elle est globale au sens du globe terrestre. Or, il n'y a pas, et il n'y aura pas, avant longtemps, d'État mondial. Dans le cas d'Internet, évoqué par Thierry de Montbrial, aucune autorité ne s'impose, et pour contrôler, par exemple, les situations de concurrence que soulève la création de places de marché sectorielles mondiales, ce sont pour l'instant la FTC (*Federal Trade Commission*) américaine

et la Commission européenne qui font jurisprudence. La plupart des traités internationaux sont effectivement en retard de quelques étapes sur les évolutions de l'économie mondiale. Plutôt que des mesures comme la taxe Tobin, à propos de laquelle je partage entièrement l'opinion de Montbrial, un minimum de coopération dans la gestion des problèmes d'opacité liés au développement des paradis fiscaux constituerait déjà un progrès considérable. Je serai en revanche plus optimiste, quoique un peu utopiste, quant aux capacités des entreprises à mettre elles-mêmes en place des systèmes d'autorégulation, des codes de conduite. On peut imaginer une sortie « par le haut », même pour un libéral modéré. Cela s'appelle la solidarité.

L'intermédiation dans la gestion du risque est inévitable

Le développement des marchés dérivés a optimisé la gestion du risque, il ne l'a pas supprimé. On a effectivement « marchéisé » de très nombreux produits liés à l'incertitude. J'en veux pour preuve les nouveaux produits « climatiques » ou ceux concernant les « droits à polluer ». Le détour par le marché permet effectivement à certains opérateurs – ceux qui sont au centre des filières et qui peuvent transférer les variations de prix – de couvrir leurs risques. Mais le producteur, tout comme le consommateur, qui se trouvent aux deux bouts de la chaîne, demeurent dans leur position de spéculateur : « Vais-je prendre ou non le risque... ? » Le marché est donc complémentaire de la démarche de l'assureur, il ne peut la remplacer.

Ainsi, face aux risques de crises dans les pays émergents, Thierry de Montbrial a raison de souligner l'aveuglement des opérateurs et donc des marchés dans des cas comme la Thaïlande, la Corée et surtout la Russie. Nul n'avait prévu une crise d'une telle ampleur et les marchés se sont révélés bien insuffisants pour en arbitrer les risques.

C'est là que la démarche de l'assureur prend toute son importance, mais, tout en devenant centrale, elle reste bien sûr insuffisante face aux carences de la gouvernance.

Nul marché n'est parfait, nulle gouvernance n'est absolue, restent les entreprises et les hommes !

Savoir prévenir

J'ai particulièrement goûté le propos de Thierry de Montbrial en ce qui concerne les « fous du roi », ceux qui pensent autrement et qui voient la différence. Les marchés sont peut-être parfaits mais ils ont (c'est-à-dire les opérateurs) des capacités d'aveuglement stupéfiantes. Les spécialistes pensent de la même manière et entraînent dans leur sillage tous les moutons. « Le miracle asiatique est sans fin et surtout sans épines », ou bien « le e-commerce est incontournable et il faut y être à n'importe quel prix » sont quelques exemples récents de ces modes. Quel fou aurait osé dire que le miracle asiatique avait les chevilles bien fragiles ou que dans le « BTOC » la part du rêve dépassait de beaucoup celle de la réalité ?

C'est là où nous avons besoin d'intervenants capables de prévoir les ruptures et d'agir en conséquence. Je pense en particulier que l'assureur-crédit de marché participe à cette fonction de prévention, non seulement par les positions qu'il prend, mais par le fait qu'il s'y engage financièrement. Dans ce cas, le « conseiller-fou du roi » est aussi payeur. Il ne se contente pas de donner un *rating* sur un pays ou une entreprise ; il s'engage financièrement sur son jugement. Or, le risque n'est vraiment bien perçu que par celui qui en est le payeur. Cette vision de prévention permet de tempérer certains aveuglements comme celui que décrit Thierry de Montbrial à propos de la Russie en 1998. À cette époque, aucun assureur-crédit de marché ne prenait de risques sur la Russie. Que ne les a-t-on entendus ! Seuls ces « fous du roi » responsables peuvent dire que « le roi est nu ».

2.

Le fichier clients

■ Robert Leblanc

Du mythe à la réalité

■ Gérard Harlin

Une organisation centrée sur le client

■ Jean-Claude Lechanoine

Pensons client dans tous nos process

■ Michel Bera

La modélisation prédictive à très grand nombre de variables

■ Dominique Vastel

Les limites du profiling : du one to one au one to when

■ Mathias Matallah

L'orientation client, évolution inéluctable ou miroir aux alouettes ?

■ Noël Chahid-Nourai • Christian Lahami-Depinay

La légalité du fichier client

DU MYTHE À LA RÉALITÉ

Robert Leblanc

Directeur général, Siaci

A ces simples mots de « fichier clients », les réactions immédiates sont multiples :

- d'abord une évidence, celle que n'importe quelle entreprise mémorise des données sur ses clients ; pour les spécialistes, le client est une donnée forte, une donnée clef du modèle de données, liée à d'autres données essentielles comme le contrat ou le distributeur ;
- déjà un doute, en évoquant le distributeur : le client final est-il le même ou non selon les distributeurs par lesquels la société a eu accès à lui ?
- ensuite une curiosité, ce mot désuet de « fichier » ; on ne parle plus que de bases de données dans les entreprises, de banques de données sous la plume des journalistes, de « data-warehouse » chez les spécialistes de l'extraction et de la présentation de données ; ce terme de fichier renvoie à l'idée que le client est fiché, avec tout ce que cela a de réducteur et de gênant, et comme s'il était si simple de s'entendre sur les attributs, comme disent les informaticiens, de la donnée « client ».

On voit que ce concept est ambigu. Ceux qui connaissent les systèmes d'information des sociétés d'assurances savent bien, d'ailleurs, qu'elles n'ont pratiquement jamais réussi à bâtir ce fameux fichier clients.

Pour ouvrir ce dossier où le client est essentiellement le particulier, la parole est donnée à un assureur, Gérard Harlin, directeur d'Axa France assurance. Cette société a beaucoup communiqué ces derniers temps sur sa réorganisation stratégique, dont la logique est précisément de mettre le client au centre de l'entreprise.

En écho, Jean-Claude Lechanoine, président d'Agea, nous présente les attentes des agents généraux, distributeurs par excellence des assurances de

particuliers, sans vouloir réduire leur champ d'action à ce segment de clientèle.

Ces deux articles mettent en évidence les perspectives de développement qui résultent d'une meilleure connaissance des clients. Saturer le client, c'est-à-dire lui offrir différents produits en plus de celui pour lequel il est devenu client, est un objectif aussi bien pour la société d'assurances que pour le distributeur. L'enjeu est double : profiter de l'acquisition d'un client pour multiplier les ventes, mais aussi le fidéliser. Car l'expérience montre que la « multidétention » accroît fortement la fidélité du client. Selon des mesures effectuées il y a quelques années, le client qui achète son assurance auto et son assurance habitation au même endroit est plus que deux fois plus fidèle à cet endroit que celui qui n'y a acquis que l'un des deux produits. Les liens entre ce type de produits et assurance vie ou épargne sont plus complexes, mais le pari des acteurs concernés porte sur l'ensemble.

Cette démarche suppose de bien connaître son client. Tout bon commerçant qui a une relation personnelle avec lui saura naturellement lui offrir des produits adaptés à son mode de vie. Mais l'acte commercial est de plus en plus dissocié de ce type de relation, et il faut substituer des outils systématiques à l'approche empirique, qui ne suffit plus. On parle alors de profiling, de scoring, de data-mining...

Ces méthodes nécessitent des outils de plus en plus sophistiqués. Michel Bera, cofondateur de Kxen Inc., nous en présente la dimension scientifique, la modélisation, qui permet de repérer avec une efficacité étonnante les données utiles par rapport au nombre de variables prises en compte.

Si pertinentes soient ces méthodes de traitement des données enregistrées, leur exploitation repose sur des hypothèses que l'étude des compor-

tements et des modes de vie doit confirmer. Dominique Vastel, directeur de Sociovision Cofremca, note que les paramètres de scoring évoluent moins vite que la société elle-même. Il avance le concept de « variables molles », dont on imagine bien qu'elles ne se prêtent pas facilement aux dissections évoquées précédemment.

Au-delà de ces questions, ce qui est encore en cause, avant de pouvoir exploiter pleinement un fichier clients, c'est l'organisation même des sociétés d'assurances et de leur distribution. Mathias Matallah, consultant, associé gérant de Jalma, nous livre ses réflexions sur ce thème.

Ce dossier ne serait pas complet si l'on n'abordait pas, pour finir, les enjeux éthiques de la mise

en œuvre de ces outils. Noël Chahid-Nouraï et Christian Lahami-Depinay, avocats à la Cour, du cabinet Allen et Overy, spécialistes de la protection des données personnelles, font le point sur ce sujet en mettant l'accent sur les partages de données entre concurrents, comme pour les risques aggravés.

De ces six articles il ressort que, si le fichier clients est un mythe dans les sociétés d'assurances, c'est qu'il est à la fois porteur de lourdes implications et difficile à concevoir. Il en ressort aussi que la technologie est aujourd'hui extraordinairement puissante et que le besoin et la volonté de développer ce type d'outil n'ont jamais été aussi grands. Le mythe est donc peut-être sur le point de devenir réalité.

UNE ORGANISATION CENTRÉE SUR LE CLIENT

Gérald Harlin

Directeur du programme Marchés, Axa France Assurance

Placer le client au centre de l'organisation d'Axa en France représente pour la société un choix stratégique majeur. Ce choix se traduit par une machine de guerre commerciale articulée autour de la construction d'une base de données et des outils de connaissance du client tels que la segmentation, le scoring et la valeur client.

« **L**e client est roi. » Cette assertion véhiculée depuis des décennies prend tout son sens au sein d'Axa en France avec ce nouveau millénaire. En effet, le client est devenu la pierre angulaire de l'organisation d'Axa. Et c'est ainsi qu'une pléthore de nouveaux termes sont nés : CRM, segmentation, data mining, scoring... pour arriver à une seule conclusion : tout passe par la connaissance du client. Qui est-il ? Qu'attend-il ? Quel est son potentiel ? Que va-t-on lui proposer ? Afin de répondre au mieux à ces questions, Axa a mis le cap sur la connaissance client et se dote des meilleurs outils pour y parvenir.

Afin de mieux comprendre en quoi ce qui peut paraître évident pour d'autres secteurs est un véritable challenge pour une société d'assurances, commençons par un bref rappel historique.

L'assurance, un métier historiquement cloisonné

Historiquement, les assureurs traditionnels étaient structurés par « domaines » (dommages particuliers, dommages entreprises, assurances de personnes et collectives) et par « branches » (auto, habitation, prévoyance, santé, assurance vie, etc.).

Cette articulation impliquait la prise en compte d'une infinité de paramètres dans la tarification d'un risque. Le degré de sophistication de l'analyse des risques est tel que, par exemple, plus de 200 000 situations de tarification sont définies pour les contrats auto.

Cette approche de la gestion des risques traduisait une vision exclusivement statistique de la relation avec les clients. Et dans ces conditions il n'était pas nécessaire, jusqu'à présent, de regrouper toutes les informations sur un client, car les variables utilisées pour tarifier un contrat étaient en général spécifiques de chaque branche. La principale conséquence de cette approche fut la construction de « silos », tant informatiques qu'organisationnels.

Si la segmentation des risques est par nature le métier de l'assureur, il a quelque peu délaissé, de ce fait, la segmentation marketing.

Fort de cette analyse, aujourd'hui, le cœur de la problématique des sociétés d'assurances est de concilier une vision statistique du risque et du client associé avec la prise en compte de chaque client en tant qu'individu. Axa, fidèle à sa réputation de précurseur et de novateur, a donc décidé, avant tout autre concurrent, de se lancer dans une réorganisation complète de son architecture de données en réservant au client la place qu'il mérite. Pour réaliser cette ambition, une véritable révolution est en marche, car sont concernés non seule-

ment l'informatique, mais aussi nos distributeurs, de même que la technique et le marketing. Cette prise de conscience s'est faite tout simplement en observant la nouvelle donne de la distribution..

La distribution, un secteur en profonde mutation depuis 1980

Depuis le début des années 80, le monde de la distribution s'est transformé en profondeur et propose aujourd'hui au consommateur une approche combinant une réponse globale à ses différents besoins et attentes avec une personnalisation de l'offre par profils de clients. Des entreprises comme La Poste ont réussi à rénover l'accueil client (par exemple en remplaçant les guichets dédiés par des guichets polyvalents). De même, les banques ont mis des outils de gestion à la disposition de leurs clients pour consacrer leurs guichets à la relation commerciale, ce qui leur permet d'élargir leur gamme de produits. Quant à la grande distribution, elle sait fidéliser sa clientèle grâce à des cartes offrant du crédit revolving et profite de ce vecteur pour proposer d'autres services financiers.

Cette modification de l'environnement a entraîné de nouvelles exigences chez les consommateurs et une nouvelle écoute de la part des distributeurs. En effet, si le consommateur veut se simplifier la vie et avoir toujours un meilleur rapport qualité/prix, le distributeur, lui, souhaite le fidéliser en couvrant un maximum de ses besoins et en élargissant ainsi son assiette de rémunération.

Dans le monde de l'assurance, la distribution a évolué avec prudence ces vingt dernières années. L'ensemble des distributeurs de produits d'assurance ont été et restent souvent pénalisés par cette approche des risques « par branches », marquée par l'absence de vision client transversale. Depuis une dizaine d'années, le succès qu'ont connu les produits d'assurance vie auprès de nos clients nous a obligés à les appréhender comme consommateurs

et comme épargnants et non plus seulement comme « un risque statistique ».

Le premier pas d'Axa en ce sens fut la création de fiches clients, puis celle d'un lien entre le client et ses contrats. Depuis, il est enfin possible d'accéder au contrat d'un client non plus seulement par le numéro de ce contrat, mais aussi et surtout par le nom du client. Celui-ci est ainsi passé du stade de numéro au stade d'individu.

Ainsi naquit le premier élément de la base de données clients d'Axa.

Avec la concurrence accrue des banquiers et de la grande distribution, cette première étape s'est révélée insuffisante : il fallait passer maître de la relation clients.

Cette nécessité s'est traduite pour Axa en France et ses distributeurs par le déploiement d'une machine de guerre articulée autour de nouveaux outils et de nouveaux principes d'organisation.

La base de données clients : un enjeu commun

La base de l'édifice dédié à la relation client est le fichier clients. L'enjeu consiste à concentrer dans une seule base de données opérationnelle la plupart des informations pertinentes sur chaque client.

Dans le cas d'Axa, les volumes de données en jeu sont colossaux (plus de 8 millions de clients particuliers), et le fait que la société soit le résultat de fusions successives a complexifié à souhait la mise en cohérence des données clients. La principale problématique de la base de données clients fut la constitution du modèle de données (façon d'organiser les données) et sa mise en cohérence avec les métiers d'Axa (protection financière : assurances, crédits et placements) et les outils de gestion de la relation client.

L'élaboration d'une base de données clients nécessite au préalable la mise en œuvre d'un dispositif garantissant l'exactitude, la pertinence et l'exhaustivité des informations, les apports externes étant à ce titre une aide non négligeable.

Construire une base de données clients représentait donc pour Axa non seulement un enjeu technique indéniable, compte tenu des volumes et de l'historique des systèmes d'information, mais également un enjeu de culture au sein de l'entreprise.

Un « pré-requis » indispensable à la réussite de cette construction était que chacun accepte de partager tout ou partie de l'information client.

Trois outils pour parvenir à la connaissance du client

Autour de sa base de données, Axa fait graviter des outils opérationnels pour l'ensemble de l'entreprise. Ces outils de connaissance du client se déclinent en trois éléments principaux :

■ La segmentation marketing

La segmentation marketing consiste à donner une vision commune du marché et des clients à l'ensemble des salariés de l'entreprise et à ses distributeurs. Pour être pertinente, la segmentation doit être simple et acceptée par tous ; elle doit aussi être pérenne : une segmentation qui changerait régulièrement ne serait plus un référentiel. Elle est articulée autour de l'analyse des comportements socioculturels ou liés à la consommation de produits Axa, des besoins financiers et des profils des clients. Globalement, la segmentation définie par Axa s'appuie sur des notions de cycles de vie et de richesse/revenu ou activité, selon que la segmentation concerne un client particulier, un professionnel ou une entreprise.

La traduction concrète de la segmentation est la mise à disposition de l'information client organisée par segments : la distribution dispose alors d'un outil dynamique permettant d'analyser les résultats des plans marketing élaborés par segments de clientèle.

Pour le client, il s'agit d'avoir une offre mieux définie en fonction de ses besoins et présentée de manière personnalisée (segmentée). L'ambition

d'Axa en France n'est-elle pas d'accompagner ses clients tout au long de leur vie, comme le montre sa nouvelle signature publicitaire : « Axa : vous avez tant de choses à vivre » ?

Pour l'entreprise, la segmentation reflète donc le positionnement qu'elle souhaite donner à ses offres et sa communication commerciale. Elle lui permet en outre d'impulser un nouveau souffle à la structure de sa clientèle en facilitant son renouvellement, mais aussi en favorisant la multidétention par des actions commerciales ciblées dans ce sens.

■ Le scoring

La connaissance des clients est également la capacité de « modéliser » leurs besoins présents ou futurs et d'anticiper leurs comportements. L'objectif est donc de déterminer des scores d'appétence à telle ou telle offre et de mettre ces techniques de ciblage au service de l'efficacité commerciale (via les campagnes commerciales) et de la fidélisation (via les campagnes relationnelles).

Le consommateur en retire un bénéfice immédiat : éviter l'engorgement de sa boîte aux lettres et optimiser la pression commerciale à laquelle il est soumis. Quant à Axa, cela représente une meilleure allocation de ses ressources.

Mais segmenter et « scorer » ne suffisent pas, il est indispensable d'affiner l'analyse des clients en déterminant le potentiel de chacun. Ce qui s'est rapidement traduit sous le vocable de « valeur client ».

■ La valeur client

La valeur d'un client est généralement, au sein d'une entreprise, la notion à la fois la plus répandue et la plus hétérogène. Le terme est intuitivement utilisé par tous les acteurs de l'entreprise, du directeur général au vendeur en passant par le cadre administratif. Mais, là est *a priori* le nerf de la guerre, la perception de la valeur client peut varier radicalement selon les métiers.

Prenons le cas d'un client « senior », fidèle à la marque Axa depuis vingt-cinq ans, aux revenus modestes et sans patrimoine important. Pour le distributeur, la valeur de ce client est élevée, car il lui est fidèle et présente un faible risque de résilia-

tion. Pour le régleur de sinistre, même constat : peu de sinistres et, quand il y en a, ils demandent une gestion généralement simple. Pour l'entreprise, l'appréciation sera plus nuancée : ce client a certes une valeur aujourd'hui importante (pour les raisons qui viennent d'être énoncées), mais il offre un potentiel relatif à court et moyen terme compte tenu de son âge et de ses possibilités.

La bonne définition de la valeur client est essentielle dans la mise en œuvre d'une démarche marketing répondant à la fois aux attentes des clients et aux objectifs de l'entreprise. L'enjeu est donc de réussir à faire de cette valeur une donnée partagée par tous.

Pour ce faire, Axa évalue trois niveaux de valeur :

- la valeur actuelle, ou valeur actualisée des contrats du client et de leur récurrence anticipée ;
- la valeur attendue, ou valeur que devrait avoir le client si Axa l'avait équipé comme la moyenne des clients de même profil ;
- la valeur potentielle, ou valeur que le client aura à moyen terme compte tenu de son évolution probable, tant du point de vue personnel (déménagement, enfants, etc.) que du point de vue professionnel (revenus, catégorie socioprofessionnelle).

Ces trois niveaux sont bien entendu relatifs et n'ont pas pour ambition d'apprécier l'actif net réévalué de l'entreprise. C'est l'analyse et l'utilisation des écarts entre ces trois valeurs qui sont un levier formidable pour une société comme Axa, notamment pour optimiser les investissements marketing et commerciaux.

La connaissance du client au service de l'efficacité commerciale

Disposer d'une base de données clients, d'une segmentation marketing, de scores et de la valeur client est une première étape. Les mettre en œuvre dans le cadre d'une entreprise comme Axa en France, avec trois grands réseaux disposant au total

de plus de 8 millions de clients, est une expérience sans précédent.

Le succès des campagnes commerciales repose sur notre capacité à délivrer au bon distributeur le bon contact pour le bon client, et ce au bon moment.

Les principes en sont simples : il s'agit de disposer d'un outil permettant au distributeur et à ses collaborateurs de générer et de suivre les contacts clients, puis de récupérer le résultat de ces contacts.

Les enjeux sont clairs : doser la pression commerciale, augmenter le taux de concrétisation, garantir la cohérence de la sollicitation client, optimiser le temps commercial et les coûts marketing. En un mot, il s'agit de favoriser la réalisation d'opportunités de ventes additionnelles à nos clients.

Pour ce faire, cet outil permet, en amont, d'identifier les opportunités grâce à la connaissance des événements de la vie du client (moments clés tels que la réalisation d'un devis, la souscription d'un contrat, un changement d'adresse, les événements personnels, etc.) et/ou de les provoquer par le biais d'actions marketing ciblées. Tandis que, en aval, ces informations sont stockées, permettant de capitaliser l'histoire de chaque contact et son résultat pour les futurs ciblage.

Ainsi, l'enrichissement de la base de données clients est permanent et l'efficacité commerciale largement accrue .

Conclusion : un choix stratégique majeur

Les consommateurs évoluent, les entreprises innovent, Axa change pour mettre au service de ses clients (actuels ou potentiels) et de ses distributeurs une machine de guerre commerciale. Cette dernière, articulée autour de la base de données clients, de la segmentation, du scoring, de la valeur client et des campagnes marketing, n'a qu'une seule ambition : doter ses distributeurs d'outils efficaces pour faire face à la concurrence tout en préservant la proximité client qui a toujours fait leur force.

PENSONS CLIENT DANS TOUS NOS PROCESS

Jean-Claude Lechanoine

Président, Agea

Fédération nationale des syndicats d'agents généraux d'assurances

La question des fichiers de clientèle s'inscrit dans une réflexion plus globale sur les modes de consommation, les marchés, le renouvellement de l'offre aux clients et prospects et des relations que nous entretenons avec eux.

Les années se suivent et ne se ressemblent pas. Aujourd'hui, tous les acteurs de l'assurance sont d'accord pour considérer la distribution comme la pierre angulaire de la réussite économique et commerciale. Toutefois, il faut qu'elle soit le résultat d'une véritable approche stratégique des attentes des consommateurs et des réponses à leur apporter dans un contexte de forte concurrence. La question des fichiers de clientèle ne peut donc être appréhendée en tant que telle. Elle s'inscrit dans une réflexion plus globale sur les modes de consommation, les marchés, le renouvellement de l'offre aux clients et prospects et des relations que nous entretenons avec eux.

Notre fédération et ses instances représentatives prônent depuis quelques années déjà une appréhension globale des attentes des clients et des réponses à leurs besoins. Elles souhaitent que les entreprises d'assurances bâtissent avec leurs réseaux une organisation de la distribution fondée sur l'écoute et la satisfaction du client, le marketing, en s'appuyant sur le développement d'outils informatiques performants qui soutiennent la gestion et le développement commercial des agences.

Nous ne pouvons faire l'économie d'une réflexion sur les nouvelles technologies. Elles agissent sur le comportement de nos clients et, donc, sur nos organisations au sens large. Elles sont de plus en plus utilisées par les nouveaux entrants sur le marché pour optimiser leurs fichiers clients et

faire des offres périphériques comme le crédit, l'assurance ou l'assistance et les services. Elles pourraient enrichir la connaissance « intime » mais trop empirique que nous avons de nos clients si elles étaient au service des réseaux de distribution existants. La notion de fichier clients est donc un peu étroite aujourd'hui. Ce sont des bases de données relationnelles qu'il faut construire, impérativement et vite, pour fidéliser nos clients et optimiser notre offre.

L'évolution du comportement des clients

Même si nous le savons, il n'est pas inutile de le rappeler : c'est l'accès au client final qui conditionne la réussite des entreprises d'assurances et des réseaux de distribution. Or, le consommateur actuel est mieux formé et mieux informé, moins fidèle. Il représente un capital précieux mais volatile. Les nouveaux opérateurs sur les marchés de l'assurance l'ont compris, qui le sollicitent régulièrement avec des offres attractives de produits et de services sur les marchés de l'assurance et de l'épargne. Sa demande est de plus en plus une demande de « rassurance ». Il aspire à la sécurité, il

est vigilant et dispose d'informations concurrentes et fiables. Depuis quelques années, il prend du recul par rapport à l'acte de consommer : ses exigences se sont accrues en termes de prix, de qualité, de sécurité des produits et des prestations et, plus globalement, en termes de transparence. Dans tous les secteurs, le besoin de contractualisation des relations progresse. Le prospect ou le client recherche l'écoute, le dialogue, la pertinence du conseil, et craint les manipulations. Tout cela a des incidences importantes sur notre activité dans le secteur de l'assurance.

Les besoins de réparation vont au-delà de l'indemnisation. Les tempêtes de décembre 1999 en ont apporté la démonstration. Les particuliers ont demandé à leurs interlocuteurs de proximité, et notamment aux agents généraux, de gérer l'événement. La seule indemnisation financière ne suffit plus : l'assurance est un tout : une offre évolutive, une couverture de risques, un ou plusieurs services associés, une indemnisation.

Nos clients entreprises prennent le même chemin. Elles sont de plus en plus attentives au développement de la prévention et de l'identification des risques.

Une évolution de la demande

Parallèlement à cette évolution des comportements, il nous faut anticiper les nouveaux risques et l'évolution significative de la demande en matière d'assurance. Deux exemples parmi d'autres : la prise en compte du vieillissement de la population et l'explosion de la demande dans le domaine de la santé. En France et dans les autres pays européens, c'est toute notre appréhension de l'individu, de sa famille et de son patrimoine qu'il va falloir repenser. L'offre, la demande d'accompagnement et de soins, leur financement ne pourront sans doute plus être dissociés.

Plus globalement, nous assistons à la montée en puissance des besoins spécifiques, à l'individualisation croissante de la demande. Autant dire que la possibilité de traiter « en masse » ne peut suffire et qu'il faut ajouter de nouveaux services à valeur ajoutée aux prestations de base. Mais lesquels ? Il nous faut bien réfléchir aux bonnes et aux fausses convergences : le consommateur souhaite-t-il acquérir simultanément son automobile et son contrat d'assurance ? Peut-on imaginer des imbrications telles que les assureurs deviennent eux-mêmes des prestataires de soins ? Que proposer et comment traiter toutes les informations nécessaires sur les clients et les prospects ?

Que proposer ?

Sur un marché en faible croissance et très concurrentiel, la conquête de nouveaux clients est à la fois coûteuse et aléatoire. Certes, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas la tenter, mais les perspectives de développement rapide et rentable résident en priorité dans l'optimisation des portefeuilles existants, c'est-à-dire dans la recherche de parts supplémentaires de clientèle. L'accès au client, la constitution puis l'enrichissement permanent de bases de données relationnelles fiables sont donc l'un des enjeux majeurs de la réussite économique des entreprises d'assurances et de leurs réseaux de distribution.

Il nous faut enrichir l'offre d'assurance à partir des produits « de masse », par exemple l'assurance automobile et la multirisque habitation, pour fidéliser nos clientèles et optimiser le portefeuille... Cela ne peut se faire qu'avec l'entreprise qui mandate les agents généraux, mais aussi par des alliances ou des partenariats : avec les filiales de l'entreprise mandante ou ses réseaux de partenaires intégrés, avec des réseaux de prestataires extérieurs – partenaires non intégrés – si nécessaire pour bâtir une offre multiservices et multiproduits ; pour la « scorer » par familles de besoins à partir des informations dont les agents

généraux disposent ; pour la renouveler sans cesse ; pour la rendre attractive.

Comment enrichir l'offre ?

Nous devons proposer à nos clients, en fonction de leur profil et de leurs besoins, des produits et services associés d'assurance santé, retraite, prévoyance, dépendance ; de gestion d'actifs : épargne, constitution et gestion de patrimoine ; de financement : auto, acquéreur, revolving, ingénierie financière.

Il nous faut aussi, avec le passage à l'euro, introduire très rapidement dans les agences générales d'assurances les nouveaux moyens de paiement et les capacités de dialogue et d'échanges d'informations liées à l'usage d'Internet.

Les nouvelles technologies permettent aujourd'hui de répondre à cette nécessité, à condition qu'il y ait une réelle volonté d'investissement et de déploiement et que les règles de leur attribution, de leur utilisation et de leur fonctionnement soient

fixées et transparentes. Alors les partenaires intégrés ou extérieurs pourront se voir confier les éléments nécessaires, et seulement ceux-là, de connaissance des clients.

Les nouvelles technologies ne sont que des outils au service d'une stratégie qui doit inclure les relations déjà existantes. Le capital clients repose sur la confiance, l'image, la proximité humaine et géographique, la valeur ajoutée perçue par le consommateur.

Cette architecture suppose des changements d'organisation et de culture. Les fonctions logistiques (systèmes d'information, technique d'assurance, statistiques, actuariat, fabrication, gestion...) doivent être subordonnées aux fonctions marketing et communication. Il faut également renforcer les remontées d'informations qui viennent des réseaux de distribution et, donc, des agents généraux. En effet, ils sont quotidiennement en relation avec des prospects et des clients. L'animation d'un réseau est alors primordiale : il est nécessaire aujourd'hui plus que jamais de développer l'information, la communication et la concertation, pour bâtir de véritables relations de confiance et valoriser notre capital clients.

LA MODÉLISATION PRÉDICTIVE À TRÈS GRAND NOMBRE DE VARIABLES

Michel Bera

*Membre à l'Institut des actuaires français
Cofondateur et Chief Scientific Officer, Kxen Inc.*

Les travaux du mathématicien russe Vladimir Vapnik (AT&T Labs) permettent de reprendre à la base la notion de statistique théorique, abandonnant les paramètres d'un Fisher en faveur des approches générales inaugurées dans les années 30 par Glivenko-Cantelli-Kolmogorov. Il devient aujourd'hui possible de modéliser des dizaines de millions d'événements décrits par des milliers de variables, dans un temps acceptable pour une application concrète. Cela ouvre des perspectives importantes à de nombreux domaines, y compris ceux de l'assurance, où les données sont si nombreuses.

Dans le cadre général de l'évolution des mathématiques et de la physique, des éclairages considérables ont été apportés par la théorie des probabilités, la statistique et, plus récemment, par l'analyse des données et la théorie de l'apprentissage. Toutes ces disciplines méritaient un cadre commun de réflexion, basé sur une formalisation commune. A ce jour, seuls coexistent une succession de rapports individuellement satisfaisants, mais qui n'éclairent pas uniformément toutes ces disciplines.

Les travaux de Vladimir Vapnik, qui remontent aux années 70, fournissent, avec la publication de deux ouvrages majeurs ([1][2]), le cadre méthodologique de la « théorie de l'apprentissage statistique ». C'est ce cadre de réflexion nouveau que nous voulons présenter ici succinctement aujourd'hui.

Ces travaux théoriques ont d'ores et déjà donné un avantage compétitif aux entreprises qui les ont adoptés en apportant une information plus fiable et plus rapide que toutes les méthodologies classiques. Leurs domaines d'application dans l'assurance vie et IARD sont nombreux. Nous tâcherons d'en ébaucher certains.

Epistémologie de la notion de « modèle simple » : d'Aristote au rasoir d'Ockham

Si l'on se rapporte à l'approche de Kant, toute théorie scientifique doit comprendre trois éléments : l'énoncé du problème ; la résolution du problème ; les preuves.

Bien avant lui, Aristote [3][4] exposait qu'il était préférable de représenter la nature de la manière la plus simple et concise, à qualité de modèle égale. Guillaume d'Ockham (v. 1285-v. 1349), avec son fameux « rasoir », institutionnalisait ce principe : si deux théories expliquent des faits avec la même qualité, alors la théorie la plus simple doit être retenue.

Dans les années 30, deux grandes approches conduiront à deux développements fort différents de la modélisation des données, celle de Glivenko-Cantelli et celle de Fisher.

Glivenko et Cantelli analysent la convergence uniforme d'une fonction empirique de distribution F_{emp} d'un échantillon de L variables aléatoires indépendantes identiquement distribuées à valeurs dans \mathfrak{R} , (X_1, \dots, X_L) tirées d'une même variable X :

$$F_{\text{emp}}(x) = 1/L \{\text{Card}\{X_i | X_i < x\}\}$$

vers la fonction de distribution

$$F(x) = P(X < x).$$

Ils établissent la convergence vers 0 en probabilité de $\sup_x |F(x) - F_{\text{emp}}(x)|$, pour un échantillon de taille L . Pour parachever ce travail, Kolmogorov et Smirnov établiront une loi limite restée célèbre de cette statistique.

Fisher choisit vers la même époque une approche plus concrète, basée sur une représentation paramétrique des lois de probabilités : il pose alors les bases des théories modernes actuelles de l'analyse de la densité, de l'analyse discriminante et de l'analyse de la régression. Il sépare enfin la statistique théorique, partie de la science statistique qui étudie les problèmes généraux d'inférence, et les statistiques appliquées, qui mettent en œuvre des modèles paramétriques particuliers.

La qualité de l'approche et des résultats concrets de Fisher contribua à établir une confiance forte dans les statistiques appliquées, au détriment de la statistique théorique.

Dans les années 60, avec l'arrivée des premiers fichiers de données importants, aux variables multiples et très corrélées, il devint évident que les méthodes appliquées classiques ne suffiraient pas à construire une modélisation acceptable pour les ensembles de données à grand nombre de variables : une sorte de « malédiction des problèmes de grande dimension » apparaissait. Ceux qui mettaient en évidence des solutions efficaces mais non démontrées à l'époque (par exemple, l'analyse des données, l'analyse des correspondances, les premières vagues de réseaux de neurones) se sont vus rejetés dans un artisanat contesté par la communauté statistique traditionnelle.

Il faudra attendre vingt-cinq ans et les premiers résultats tangibles de réseaux de neurones (1990) pour voir conjurée la « malédiction des problèmes de grande dimension ». Le cadre général de la

théorie de l'apprentissage posée par Vapnik en 1995 permet, en remettant en question l'énoncé du problème de la modélisation prédictive, un nouveau mode de résolution. Contrairement aux solutions alors disponibles, cette résolution est assise sur une théorie statistique parfaitement démontrée.

Pour prendre un exemple concret, dans ce nouveau cadre scientifique, il n'est plus dépourvu de sens de modéliser un scoring sur 3 000 variables descriptives à partir d'un échantillon de 100 observations, exemple courant en génétique moderne. Dans le monde de l'Internet, un enregistrement systématique et en temps réel de comportements de prospects sur un site permet souvent d'obtenir des informations brutes relatives à des sessions de dizaines de millions d'individus. Chacune de ces sessions contenant des milliers de variables, ces informations étaient auparavant inexploitable. Le besoin s'est donc fait sentir de cette nouvelle génération de modèles qui recherchent à la fois la robustesse, c'est-à-dire la stabilité du comportement du modèle sur un nouveau jeu de données du même univers, et la vitesse de mise en œuvre, puisqu'il faut réagir en quelques secondes sur une autorisation de crédit ou l'octroi d'un contrat d'assurance où des dizaines de milliers de variables peuvent intervenir.

Problème principal de l'apprentissage (construction d'un modèle à partir de données existantes)

On dispose d'un ensemble de données, décrites par des lignes (événements) comprenant chacune n paramètres et une dernière colonne (la « question business »). On peut ainsi imaginer chaque ligne sous la forme $[x_1, \dots, x_n | y]$, où y est appelé « question business ».

Appelons X le vecteur de $\mathfrak{R}^n : X = (x_1, \dots, x_n)$. On va ici chercher à construire un modèle de \mathfrak{R}^n dans \mathfrak{R} (régression) ou de \mathfrak{R}^n dans $[0,1]$ (classification). Pour ce faire, un modèle calcule une fonction $f(X,w)$ qui doit estimer y , où

- w est un paramètre de \mathfrak{R}^p qui définit le modèle,
- $Z_i = (X_i, y)$ sont les valeurs possibles des données,
- $Q(z,w)$ est le coût des erreurs faites par le modèle en assimilant $f(X,w)$ à y ,
- $P(z)$ est la probabilité inconnue des données Z .

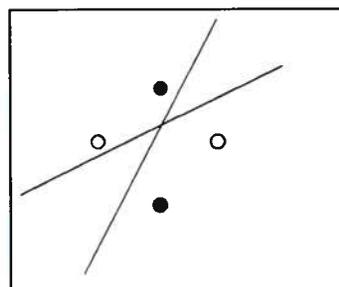
L'objectif est alors de minimiser sur w l'espérance de risque : $R(w) = \int Q(z,w) dP(z)$. Pour ce faire, nous disposons seulement de L cas d'apprentissage (z_1, \dots, z_L) , qu'on considère tirés suivant la loi inconnue $P(z)$. On tâchera donc de minimiser le risque empirique

$$E(w) = (1/L) \sum \{ Q(z_i, w) \mid i=1, \dots, L \}$$

La puissance de la théorie de Vapnik est d'aboutir à une majoration du risque R par la somme du risque empirique, mesuré sur l'ensemble d'apprentissage, et d'une quantité déterministe.

Un modèle est dit « consistant » si l'erreur de ce modèle sur des données nouvelles converge vers l'erreur du modèle sur les données d'apprentissage lorsque la taille de l'ensemble d'apprentissage augmente.

Soit $f \in \mathfrak{S}$ la fonction qui décrit le modèle : $Y = f(X,w)$. Vapnik associe à la famille de fonctions \mathfrak{S} de \mathfrak{R}^n dans \mathfrak{R} un nombre entier h , appelé dimension de Vapnik-Chernovenkis de la famille \mathfrak{S} . Ce nombre caractérise pour la famille \mathfrak{S} sa capacité à séparer (« complexité »), à « hacher » des points de l'espace \mathfrak{R}^n : une famille \mathfrak{S} de fonctions de \mathfrak{R}^n dans \mathfrak{R} « hache » un jeu de points (x_1, \dots, x_L) de \mathfrak{R}^n si, quelle que soit la coloration des L points en m points blancs et $L-m$ points noirs (il y en a 2^L possibles), il existe une fonction particulière f de \mathfrak{S} qui aura des valeurs positives sur les « blancs » et négatives sur les « noirs ». La famille \mathfrak{S} de fonctions de \mathfrak{R}^n dans \mathfrak{R} a alors la VC dimension h s'il existe un jeu de h points de \mathfrak{R}^n qui peut être « haché », aucun ensemble de $h+1$ vecteurs ne peut être « haché ». On montre par exemple que si \mathfrak{S} est l'ensemble des droites du plan, alors $h=3$.



Une droite ne peut pas toujours séparer 4 points donc si F est l'ensemble des droites du plan $h_F=3$

Le théorème majeur de Vapnik est alors le suivant :

- l'apprentissage du modèle $f(X,w)$ est consistant si et seulement si la famille de modèles a une dimension h finie ;

- avec la probabilité $1-q$

$$R(w) < E(w) + \sqrt{[h(\ln(2L/h)+1) - n(q)]/L}$$

Cette dernière équation est fondamentale :

- le risque du modèle « lâché dans la nature » est majoré avec la probabilité $1-q$ (seuil de risque, eg. $q=1\%$ ou 0.01) par la somme du risque empirique, mesuré sur l'ensemble d'apprentissage, et d'une quantité déterministe.
- Elle ne fait pas intervenir le nombre de variables du problème : c'est ce théorème qui permet de reprendre complètement l'approche intellectuelle de la modélisation statistique.
- Elle ne fait pas intervenir la loi de probabilité inconnue $P(z)$, pour laquelle aucune hypothèse n'est formulée.
- le terme à la droite de $E(w)$ tend vers 0 lorsque h/L tend vers 0.

Même si la borne est dans la pratique trop élevée, elle montre qu'il est possible de contrôler l'erreur d'un modèle général « lâché dans la nature », même pour un très grand nombre de paramètres, à condition de choisir le modèle $f(X,w)$ dans une famille de modèles \mathfrak{S} dont la VC dimension h reste petite par rapport à L . Par ailleurs, même si le modèle fait intervenir des millions de variables, si le rapport h/L reste faible ($1/20$ est une

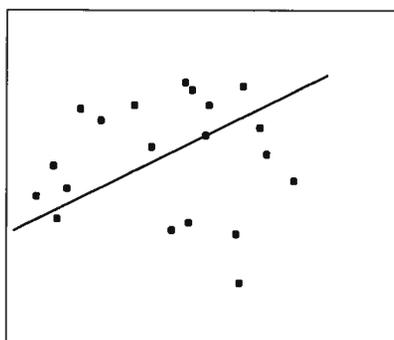
bonne valeur pratique), le modèle est utilisable et robuste : il va donner des résultats comparables en test à ceux observés sur les données dont on dispose pour le bâtir (ensemble d'apprentissage).

Principe de la SRM (Structured Risk Modelization)

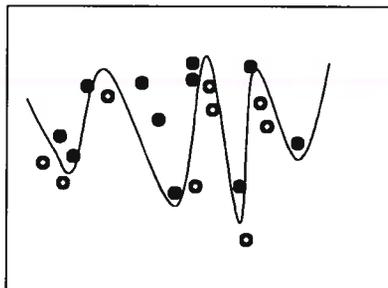
L'idée de la SRM est de construire une approche dans laquelle le modèle $f(X,w)$ va être choisi parmi une famille \mathfrak{S}_m de modèles donnée par un arbitrage entre la précision du modèle (le fit, $E(w)$) et la robustesse du modèle (caractérisée par l'inverse du terme $\sqrt{[h(\ln(2L/h)+1)-\ln(q)]/L}$). Pour ce faire, on construit une succession de familles de modèles possibles, de plus en plus « riches » : $\mathfrak{S}_1 \subset \mathfrak{S}_2 \subset \dots \subset \mathfrak{S}_p$ avec $h_1 < h_2 < \dots < h_p$. Les familles de modèles étant de plus en plus « riches », le meilleur modèle de la famille \mathfrak{S}_q aura une meilleure précision que le meilleur modèle de la famille \mathfrak{S}_p si p est inférieur à q . Par contre, comme $h_p < h_q$, la robustesse (consistance) de ce modèle sera moins bonne.

Un concept de « poupées gigognes » de familles de fonctions \mathfrak{S}_m peut s'effectuer de plusieurs manières :

- architecture de réseaux de neurones ;
- degré d'un polynôme ;
- contrôle des poids dans un réseau de neurones ;
- niveau de lissage dans un filtrage des données, etc.



Exemple de séparation d'un nuage de point par une droite.



Séparation du même nuage par un polynôme de degré plus élevé : le fit est meilleur mais la robustesse est réduite.

Modéliser dans une approche SRM (qui est présente à chaque étape de chacun des composants de K_{Xen}), c'est remplacer le processus classique :

- effectuer une hypothèse sur la distribution statistique (inconnue) des données ;
- accepter qu'un grand nombre de dimensions du problème impose soit un grand nombre de paramètres et des temps de calcul prohibitifs, soit des choix *a priori* de variables instrumentales avec leurs problèmes de consistance ;
- chercher le meilleur fit et tester des hypothèses nulles

par le processus :

- étudier et construire la famille optimale \mathfrak{S} au sens de la SRM, en contrôlant sa dimension de Vapnik-Chernovenkis h ;
- retenir tous les paramètres, puisque l'on contrôle par définition la consistance du modèle ;
- chercher le meilleur compromis entre fit et robustesse/consistance.

Exemples concrets

Un exemple de famille \mathfrak{S} facile à travailler est celui des polynômes à n variables : $Y = P(X_1, \dots, X_n)$.

Vapnik a bâti toute une théorie en écrivant directement les équations de consistance optimale pour des modèles du type : $Y = \langle w, X \rangle + b$, où w est le paramètre recherché pour fixer le modèle et $\langle w, X \rangle$ est le produit scalaire du vecteur de paramètres w et du vecteur X .

On est alors ramené à des équations de Lagrange et à un modèle d'optimisation quadratique sous contraintes linéaires : c'est la théorie des Support Vector Machines, qui sort du cadre de ce papier, et qui permet de traiter des problèmes de très grande dimension dans un cadre théorique exact.

Une autre approche revient à contrôler la dimension h du polynôme par des approches basées sur la théorie des problèmes mal posés, c'est-à-dire des problèmes dont la résolution numérique est fortement instable lorsqu'il y a du bruit dans les données (typique des données humaines). En injectant artificiellement du bruit dans les données, on contrôle le h et donc la robustesse du modèle : trop de bruit donne un modèle parfaitement idiot mais très stable sur de nouvelles données, aucun bruit donne un modèle très précis sur l'apprentissage mais très instable sur de nouvelles données. On retrouve par l'approche SRM le meilleur arbitrage.

Cette seconde méthode permet de traiter des jeux de données importants (millions de lignes), jusqu'à 3 000 paramètres environ. On peut ainsi modéliser un jeu de données brutes (chaînes de caractères en les encodant au vol) extrêmement rapidement : 250 variables descriptives (chaînes de caractères, variables numériques et ordinales) et 1 million de lignes (individus) en cent minutes sur un PC ordinaire, contre trois semaines de travail auparavant avec des méthodes statistiques traditionnelles (où il faut tout tester, colonne après colonne).

Pour donner un exemple, une approche SRM (moteurs K2C pour l'encodage des variables, moteur K2R pour une régression robuste) a permis à Kxen de construire à partir des données brutes, en quatre-vingt-cinq secondes, un modèle de scoring de clientèle pour une assurance de caravanes, fonction de variables socioprofessionnelles données. Ce modèle est arrivé cinquième¹.

Applications à l'assurance

Les modèles issus de la théorie de Vapnik permettent une exploitation optimale des données historiques disponibles dans les sociétés d'assurances ou dans les orga-

nismes professionnels (FFSA). On abordera ici deux exemples liés à l'assurance automobile.

La méthode de la SRM peut avantageusement se substituer aux méthodes de crédibilité utilisées dans la tarification automobile monovéhicule. En effet, une analyse historique des contrats en portefeuille permet de recueillir de nombreuses informations (x_i), comme la marque et le type du véhicule, l'année de souscription, son immatriculation, sa couleur, le lieu de résidence, le coefficient de bonus-malus du souscripteur. L'adjonction à ces informations brutes de la charge de sinistres rattachée à ce contrat (y_i) permet d'obtenir une estimation consistante de la cotisation pure à appliquer à chaque couple (conducteur-véhicule) et isole notamment les facteurs de risques. Ici, c'est la capacité du modèle à réduire seul la dimension du problème qui est déterminante.

Appliqué à la base de données des sinistres, la SRM peut permettre une estimation fiable à l'ouverture d'un sinistre et de minimiser ainsi les écarts sur les provisions pour sinistres à payer (PSAP) à constituer. L'impact pour les sociétés est loin d'être négligeable, les reprises sur PSAP étant lourdement taxées. Dans ce cas, les informations (x_i) sont constituées des différents éléments connus à l'ouverture du sinistre, telles qu'elles figurent dans les bases de données de la société. (y_i) pourrait représenter le coût total du sinistre ou sa durée de traitement, en fonction de l'information recherchée. Avec l'aide de Kxen, une société pourrait ainsi évaluer de façon fiable et optimale le coût total espéré d'un sinistre et éviter d'avoir recours à des méthodes de coût moyen dont les résultats sont souvent insatisfaisants. En effet, la distribution des sinistres étant « à queue épaisse », les sinistres exceptionnels peuvent perturber les calculs, et le simple écrêtement donne parfois des résultats peu probants. Dans ce cas, c'est la capacité du modèle à identifier seul les bonnes variables « instrumentales » qui est un atout.

Demain, le fait de pouvoir utiliser des bases de données clients permettra de disposer d'information toujours plus fines sur les assurés et de garantir une tarification toujours plus fine sur des millions

de critères. La société qui développera en premier ce savoir-faire bénéficiera alors d'un réel avantage concurrentiel.

Conclusion

L'approche de Vladimir Vapnik, en reprenant à la base la notion de modélisation prédictive, permet de conjurer la malédiction vieille de vingt-cinq ans des problèmes à très grand nombre de données.

Le jeu de théorèmes basés sur le concept de VC dimension d'une famille de fonctions et la stratégie de la SRM (*Structured Risk Modelization*) donnent un cadre général où la plupart des anciennes méthodes se trouvent reprises, étendues, validées, des méthodes de *ridge regression* aux séries chronologiques, de l'analyse des correspondances aux problèmes de *trade-off* et de panels.

C'est pour la statistique un défi constructif, puisque désormais, dans les problèmes des bases de données du CRM, et notamment celles de la finance et de l'assurance, il devient possible d'approcher d'une nouvelle manière les calculs de comportement, à partir de fichiers qui comptent aujourd'hui des millions de variables et des centaines de millions de lignes dans les cas les plus étendus.

Je tiens à remercier Sylvain Coriat, de Generali France Assurances, qui a accepté de relire ce papier et y a apporté sa précieuse contribution.

Bibliographie

- [1]. V. VAPNIK, *The Nature of Statistical Learning Theory*, Springer-Verlag, 1999 (2nd édition).
- [2]. V. VAPNIK, *Statistical Learning Theory*, Wiley, 1998.
- [3]. Aristote, Livre I, chap. VI.
- [4]. Aristote, Livre VIII, chap VI.

Voir aussi, pour une étude plus approfondie :

- [5]. NELLO CRISTIANINI, JOHN SHAWE TAYLOR, *Support Vector Machines and Other Kernel-Based Learning Methods*, Cambridge University Press, 2000.
- [6]. ALEXANDER SMOLA, PETER BARTLETT et alii, *Advances in Large Classifiers*, MIT Press, 2000.
- [7]. BERNARD SCHÖLKOPF, CHRISTOPHER BURGESS et alii, *Advances in Kernel Methods*, MIT Press, 1999.

Note

1. Ce concours mondial était organisé par P. Van der Putten et M. Van Someren (EDS). *CoIL Challenge 2000 : The Insurance Company Case*. Publié par Sentient Machine Research, Amsterdam. Leiden Institute of Advanced Computer Science Technical Report 2000-09. June 22, 2000 (Disponible à l'URL : <http://www.liacs.nl/~putten/library/cc2000/>.)

LES LIMITES DU PROFILING : DU ONE TO ONE AU ONE TO WHEN

Dominique Vastel

Directeur, Sociovision Cofremca

A l'instar des acteurs des marchés de la grande consommation, mais avec un certain retard, les sociétés d'assurances découvrent les vertus du marketing. Plusieurs d'entre elles, et non des moindres, entendent désormais mettre le client au centre de leur stratégie. Cette double révolution – la primauté de la démarche marketing et le passage du contrat au client – implique d'être en mesure d'identifier le client et de le caractériser pour adapter l'offre à ses attentes supposées.

Tel Big Brother, de nombreuses entreprises pistent le consommateur, cherchant à tout savoir de lui : tracking, data-mining, profiling, CRM (*Customer Relationship Management*) sont autant d'approches qui visent à permettre aux directions marketing de mieux comprendre leurs clients et prospects et de s'adresser à eux comme à des individus connus, proches et... prévisibles.

S'il ne faut plus aujourd'hui s'étonner de recevoir à son domicile des lettres personnalisées qui nous souhaitent notre anniversaire ou nous proposent de renouveler un bien d'équipement, il est en revanche permis de s'interroger sur le bien-fondé et l'efficacité de ce marketing intrusif. Nous le ferons sous les aspects éthique et marketing.

L'aversion pour la mise en fiches

En France comme ailleurs, nous observons une sensibilité croissante à la protection de la sphère privée. La recherche d'autonomie, la volonté d'être soi, le refus de normes et de contraintes que l'on n'a pas choisies,

la relativisation des valeurs économiques et marchandes rendent de moins en moins légitime la mise en fiches des consommateurs par des acteurs économiques.

Après des années de voracité consummatrice, où l'acte d'achat était un facteur structurant de la vie, les Français ont pris leurs distances avec la consommation. Ils ont des comportements plus vigilants, plus avisés, plus choisis. Ils entendent préserver leur libre arbitre et se décider par eux-mêmes. D'où leur refus d'être instrumentalisés ou piégés à leur insu. Il s'agit là d'attitudes massives, dont la non-prise en compte peut avoir des effets très contre-productifs.

Près des trois quarts des Français se disent aujourd'hui inquiets à l'idée que les entreprises ou les gouvernements détiennent des informations sur la vie privée des gens. Et, à l'inverse, à peine plus d'un quart d'entre eux se disent prêts à donner des informations sur leur vie personnelle à une entreprise pour obtenir des tarifs moins élevés.

En revanche, le *permission marketing* semble être promis à un avenir moins sombre : plus de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans sont intéressés par la possibilité de recevoir des propositions vraiment adaptées à leurs besoins à partir d'informations qu'ils ont fournies à une entreprise ou à un orga-

nisme. Mais permission n'est pas permissivité : les jeunes sont d'accord pour entretenir un flux d'informations, mais uniquement dans un champ et pour des sujets qu'ils ont choisis, et après avoir donné leur autorisation. Ils entendent garder la maîtrise de l'échange. Cette ouverture à l'égard du *permission marketing* décroît très vite avec l'âge, et le refus redevient majoritaire dès la trentaine passée.

L'aversion des Français pour la mise en fiches nous conduit à poser la question des dommages qu'elle cause. Les directions marketing se focalisent exclusivement sur les rendement positifs d'un mailing, d'une campagne de prospection ou d'un lancement de produit. Mais qui s'intéresse au rendement négatif ? C'est-à-dire aux prospects irrités ou devenus hostiles et qui vont se détourner de la marque ou de la société dont ils ont subi ce qu'ils ressentent comme une agression. Les responsables du marketing parlent volontiers de pression publicitaire, de pénétration, de taux de couverture, de coût au contact, de retour sur investissement. Nous leur suggérons souvent d'ajouter un instrument de mesure : le compteur à dégâts. Pour un produit vendu, combien de prospects perdus ou mécontents ? Quel détrimement d'image ?

La mobilisation de bases de données visant à établir des segmentations marketing pointues appelle une autre interrogation. Ne surestime-t-on pas l'efficacité de ces méthodes et sont-elles toujours aussi pertinentes ?

Variables dures et variables molles

Les segmentations produites par les techniques de data-mining, importées des États-Unis, reposent pour l'essentiel sur la construction de typologies fondées sur des variables que nous appellerons dures, c'est-à-dire rationnelles, caractéristiques d'une situation à un moment précis et souvent univoques. Il en est ainsi de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle, des revenus, de l'adresse, de la situation de famille,

des biens possédés, etc. Si ces données ont longtemps permis de concevoir des politiques marketing adaptées aux profils ainsi définis, elles sont aujourd'hui beaucoup moins efficaces. Si hier on pouvait aisément déduire le mode de vie et de consommation d'une femme en sachant qu'elle avait 45 ans, était mariée à un cadre supérieur et habitait le 16^e arrondissement de Paris, c'est devenu beaucoup moins éclairant, voire contre-intuitif.

L'observation des comportements et des modes de vie nous conduit à privilégier les variables molles, c'est-à-dire comportementales. A la notion de situation ou d'état à un moment précis nous préférons une approche dynamique, reposant sur les modes de vie, les attitudes et les parcours individuels. Cela permet d'ancrer les segmentations dans la vie des gens, en tenant compte de leur réalité quotidienne.

Les segmentations classiques nous semblent en effet peu adaptées à la mobilité mentale du consommateur. Selon le moment, les circonstances, il révélera l'une ou l'autre de ses facettes multiples. Il s'évadera des cases de la typologie que le marketing traditionnel lui avait assignées. Quelques exemples récents illustrent ces comportements difficilement prévisibles par le data-mining : le cadre supérieur de 40 ans faisant de la patinette dans la rue pour aller à ses rendez-vous, le *friday wear* qui transforme les costumes des banquiers en polos et jeans...

Il est encore fréquent de rencontrer dans la banque ou l'assurance des paramètres de scoring qui n'ont pratiquement pas changé depuis quinze ans. De ce fait, beaucoup de grilles de score sont établies sans prendre en compte les évolutions de la société et reflètent donc des modes de vie de plus en plus obsolètes. Elles privilégient les vies linéaires, les emplois stables, les familles traditionnelles et non recomposées. C'est ainsi que sont souvent pénalisés des consommateurs divorcés, non salariés, mobiles géographiquement, intérimaires ou ayant une faible ancienneté dans leur emploi. Ce qui bien souvent revient à exclure des consommateurs modernes, dynamiques, en prise avec le changement et qui représentent un marché important et en augmentation.

Cela condamne-t-il à terme le CRM ? Non, bien évidemment. Mais il convient de s'interroger sur la pertinence de méga-compilations qui passeraient à côté de l'essentiel ou instrumentaliserait trop les comportements du consommateur. La question est donc de savoir comment enrichir le data-mining avec des variables molles.

Tenter de paramétrer l'irrationnel ?

Les gens ressemblent de moins en moins à ce qu'ils sont. C'est-à-dire qu'ils se révèlent de moins en moins réductibles à leur identité économique, sociale ou statutaire. Pendant la décennie 90, la société française a connu une mutation analogue à celle de la fin des années 60. Nous avons assisté à un profond bouleversement des valeurs : nous sommes passés d'un système où dominaient des logiques économiques et matérielles – consommation, accumulation, rationalité, argent, statut, travail – à des valeurs beaucoup plus immatérielles, centrées sur les indi-

vidus – émotion, sens, proximité, épanouissement personnel, irrationnel, refus des normes, plaisir.

Il est évidemment difficile de paramétrer l'irrationnel et de mettre les émotions en fiches. Pour autant, les ressorts de la consommation sont de plus en plus liés aux parcours de vie, aux comportements et aux facteurs culturels.

C'est pourquoi, au fameux marketing *one to one* – une offre pour un consommateur donné – nous préférons l'approche *one to when*. L'important n'est pas de construire une segmentation ou des profils qui ont une durée de vie de plus en plus faible et de moins en moins de sens. L'enjeu du marketing moderne n'est donc plus tant de définir des cibles immobiles – ce qui a de moins de moins de sens – que d'être en mesure de saisir des fenêtres d'opportunité, qui seront fonction des individus, du moment et des circonstances.

La prise en compte de ces variables molles implique de valoriser les approches qualitatives et l'observation socio-ethnologique. Cela signifie qu'après une première segmentation dure, campant les champs du possible, il convient de faire intervenir des facteurs de vie, fournissant les clés du passage à l'acte.

L'ORIENTATION CLIENT, ÉVOLUTION INÉLUCTABLE OU MIROIR AUX ALOUETTES ?

Mathias Matallah

Associé gérant, Jalma

Président, Jalmanet

L'orientation client est devenue la nouvelle frontière de l'assurance. One to one, CRM, data mining sont les concepts à la mode dans lesquels les principaux opérateurs investissent sans sourciller des centaines de millions de francs. Obnubilés par la réussite des bancassuranceurs, qui leur prennent régulièrement des parts de marché, ils ne réalisent pas que ces concepts ne sont pas adaptés à leur organisation et à leurs modes de distribution et que, s'ils veulent les mettre en œuvre, il leur faudra vraisemblablement repartir de zéro.

Mimétisme ou stratégie originale ?

Les banquiers sont la bête noire des assureurs. En moins de vingt ans, ils leur ont pris deux tiers du marché de l'épargne, et le mouvement n'est sans doute pas terminé. Depuis deux ou trois ans, ils s'attaquent avec des moyens importants aux marchés de l'automobile, de la MRH et de la santé, et beaucoup de spécialistes prédisent qu'ils vont conquérir de 30 à 40 % de ces marchés dans les sept à dix prochaines années.

Plus grave, ils ont pris une avance importante dans la connaissance du client, qui est aujourd'hui unanimement considérée comme un facteur essentiel de développement et de compétitivité. N'importe quelle banque est aujourd'hui en mesure de consolider les différentes opérations de ses clients : comptes à vue, Sicav, PEL, assurance vie, emprunts immobiliers ou autres, etc. Ce faisant, elles peuvent correctement évaluer la

contribution de chaque client et s'orienter progressivement vers des approches marketing inspirées des préceptes du one to one.

Cette meilleure connaissance des clients s'accompagne d'une aptitude grandissante à communiquer efficacement avec eux et à leur transférer ainsi nombre de tâches administratives. Les banquiers, qui ont utilisé très tôt le Minitel pour permettre à leurs clients de consulter leurs comptes et d'effectuer des opérations courantes, migrent d'autant plus facilement aujourd'hui sur Internet, dont les fonctionnalités sont infiniment supérieures.

Confrontés à un risque de marginalisation progressive sur le marché des particuliers, les assureurs traditionnels essaient tant bien que mal de trouver des parades et de mettre en place des stratégies de défense de leurs portefeuilles. Fascinés par l'exemple des banquiers, ils découvrent, cinq ans après eux, les vertus du reengineering et de l'orientation client. Des démarches extrêmement ambitieuses sont engagées par les principaux d'entre eux. Les plus audacieux vont jusqu'à tenter des incursions dans le cœur de métier de leurs rivaux, en proposant à leurs clients une approche finan-

cière globale comportant des services bancaires classiques.

Ces stratégies sont-elles réalistes et ont-elles une chance d'aboutir ? Pour répondre à cette question, il faut se placer de trois points de vue différents. Celui du client, tout d'abord : est-ce réellement ce qu'il attend en 2001 de son assureur ? Celui de l'intermédiaire, courtier, agent général ou autre, ensuite : est-il d'accord pour entrer dans un tel processus, qui peut à terme entraîner sa marginalisation ? Celui des entreprises, enfin : le degré d'évolution actuel de leurs outils de relation client est-il compatible avec leurs ambitions ? Cet article essaie d'apporter des réponses à ces différentes questions avant de déboucher sur une appréciation plus globale.

Le client est-il demandeur ?

Le client d'assurance est aujourd'hui un homme (ou une femme) heureux(se). L'offre de produits n'a jamais été aussi abondante. Quel que soit le risque contre lequel il souhaite se couvrir, il a le choix entre des dizaines de solutions, disponibles auprès des réseaux d'assurance, des distributeurs de tous bords, ou encore de sa banque. Dans la mesure où ces solutions se distinguent de moins en moins par les garanties proposées, il arbitre essentiellement en fonction de quatre critères : le prix, la qualité du service, la commodité et l'adhésion à certaines valeurs.

Le prix reste un facteur de différenciation important. Une étude récente sur l'assurance santé montre qu'il peut encore varier du simple au double pour des produits strictement identiques. Le risque étant théoriquement normalisé sur de très grands portefeuilles et la mutualisation s'effectuant au niveau de la réassurance, seuls les frais de commercialisation et de gestion peuvent encore expliquer de tels écarts. Longtemps tenus dans l'ignorance de ces différences en raison d'un phénomène classique d'asymétrie d'information, les clients sont aujourd'hui de mieux en mieux renseignés – grâce à l'apparition d'« infomédiaires » –, de plus en plus

attentifs, et n'hésitent plus à remettre leurs contrats en concurrence tous les ans.

La qualité est plus diffuse et plus difficile à appréhender. Tous les opérateurs se targuent de délais records dans le traitement des dossiers et mettent en avant l'efficacité de leur service après-vente. Les clients, qui ne sont pas idiots, sont peu réceptifs à ces arguments, et même les normes de type ISO, qu'ils comprennent mal, ne les impressionnent guère. Bien traiter ses clients permet donc, au mieux, de les fidéliser si l'on est compétitif sur le plan du prix.

La commodité est un facteur de choix essentiel souvent mal appréhendé. Acheter son contrat auto en même temps que sa voiture permet un gain de temps auquel beaucoup de clients sont sensibles. Se voir proposer une couverture MRH par son syndic de copropriété, également. Ces exemples, qui ne sont pas limitatifs, expliquent la percée de ce que l'on appelle communément les « nouveaux entrants », qui n'en est qu'à ses débuts.

Last but not least, les valeurs. Le poids de la mutualité en assurance santé s'explique mieux, quoi qu'en pensent beaucoup d'assureurs, par l'adhésion de nombreux Français à ses valeurs qu'à des avantages fiscaux. Le prodigieux développement de l'Afer dans les années 80 était plus lié à l'impact de son discours institutionnel sur les professions indépendantes qu'à la qualité de produits rapidement banalisés.

Qu'est-ce qui pourrait bien pousser notre homme (ou femme) heureux(se) à se laisser séduire par une approche orientée client ? Un assureur qui serait tout à la fois moins cher et plus facile d'accès que les autres, gestionnaire irréprochable et défenseur de la veuve et de l'orphelin. Reconnaissons à tout le moins que cela fait beaucoup pour un seul assureur.

Les intermédiaires sont-ils d'accord ?

Contrairement aux banquiers, les assureurs n'ont pas la chance de distribuer leurs produits en direct. La clientèle particulière leur est apportée par des

réseaux commerciaux sur lesquels ils ont une autorité très relative. Les courtiers sont par définition indépendants et propriétaires de leurs portefeuilles. Ils bénéficient à plein de l'offre surabondante et pratiquent un nomadisme sans complexes. Pour assurer à leur clientèle une qualité de service irréprochable, ils font de plus en plus fréquemment appel à un échelon supplémentaire d'intermédiation, les grossistes, ce qui les éloigne d'autant des véritables assureurs du risque.

Les agents généraux et les commerciaux salariés sont *a priori* captifs et liés à leur entreprise par des accords d'exclusivité. Les plus dynamiques trouvent cependant des arrangements avec le Seigneur et placent une partie de leurs risques auprès d'opérateurs qui savent les motiver par une offre et des niveaux de commissionnement plus attractifs que ceux qui leur sont proposés dans le cadre de leur mandat principal. C'est ce qui explique que certains grossistes déclarent travailler avec 9 000 intermédiaires alors qu'il n'y a, au plus, que 3 000 courtiers réellement indépendants en France.

Tous ces intermédiaires se laisseront-ils séduire par une orientation client ressemblant furieusement à une exclusivité qui ne dit pas son nom ? Accepteront-ils de communiquer aux entreprises l'information sur leurs clients qui constitue l'essentiel de leur fonds de commerce ? Il est permis d'en douter. Et même si c'était le cas, ce serait sans doute insuffisant pour permettre une approche globale du client comme il en existe dans les banques.

Un deuxième problème lié à la distribution est en effet son éclatement. Un intermédiaire n'a lui-même que très rarement une vision complète de son client. L'exemple des cadres, population au plus fort pouvoir d'achat, est à cet égard typique. Leur prévoyance est assurée au travers de contrats d'entreprise gérés par le grand courtage et les institutions de prévoyance. Ils bénéficient souvent d'autres contrats d'entreprise, gérés par d'autres intermédiaires, pour leurs véhicules. Enfin, leur épargne est l'objet de toutes les convoitises et bien souvent confiée à leur banque ou à un groupement associatif.

Les sociétés d'assurances sont-elles prêtes ?

Imaginons cependant que tous ces obstacles soient balayés et qu'une réelle opportunité de marketing one to one s'offre aux sociétés d'assurances ou à certaines d'entre elles. La question qu'il faut alors se poser est celle de leur capacité à saisir cette chance. Disposent-elles des outils de gestion des bases de données nécessaires ? Sont-elles capables de communiquer avec leurs clients de manière suffisamment efficiente pour collecter les informations indispensables ? La réponse à ces deux questions est clairement négative.

Pourquoi ? Tout d'abord parce que l'informatique des sociétés d'assurances est conçue non pour collecter de l'information mais pour automatiser des traitements administratifs. Les modèles de données disponibles sont centrés sur le contrat d'assurance et n'intègrent que rarement la notion même de client. Plus grave, beaucoup d'informations prévues à l'origine sont absentes ou inexactes, leur saisie n'étant pas indispensable à la gestion courante.

L'exemple des banques, qui n'étaient pas mieux loties il y a dix ans, montre qu'une telle situation n'a rien d'insurmontable et qu'il est possible de créer des bases de données fiables au fil du temps. Il suffit pour cela de faire évoluer les outils informatiques et de mettre à profit la relation récurrente avec le client pour reconstituer l'information manquante. Le facteur clé de succès dans ce cas est l'aptitude à communiquer avec le client et à créer un dialogue permanent avec lui.

Les assureurs ont dans ce domaine un retard certain, qu'ils ne contestent d'ailleurs généralement pas. Le téléphone est souvent leur talon d'Achille et ils n'ont que très récemment commencé à le considérer comme partie intégrante de leur système d'information. Les Call Centers sont encore rares et leur mise en place est rendue difficile par la rigidité des relations du travail et le manque visible d'enthousiasme que manifeste un personnel habitué à brasser du papier pour se reconvertir à la relation client interactive.

Internet, qui est en train de révolutionner la relation client, est une formidable opportunité pour les assureurs de rattraper leur retard. L'absence d'existant Minitel significatif peut constituer une chance pour des entreprises qui ne sont pas aujourd'hui, contrairement à leurs concurrents bancaires, lésées par un existant pesant et qui incite au conservatisme.

Cela étant, Internet est aussi en train d'apporter à beaucoup d'entreprises, tous secteurs d'activité confondus, la preuve que la maîtrise de la relation client ne se décrète pas. Il s'agit d'une véritable culture, reposant sur des systèmes d'information parfaitement adaptés, mais aussi sur une attitude et un état d'esprit particuliers des équipes. N'est pas amazon.com qui veut.

Projet Lexus ou miroir aux alouettes ?

Au bout du compte, il apparaît que l'orientation client est tout sauf une sinécure. Une société qui voudrait en goûter les délices devrait :

- avoir un discours institutionnel suffisamment clair et incisif pour inciter un segment de clientèle suffisamment significatif à lui faire confiance pour la gestion de l'ensemble de ses risques ;
- développer des outils de communication suffisamment performants pour fédérer ce segment de clientèle autour de son discours et lui donner les contours d'une véritable communauté, de valeurs et d'intérêts ;
- proposer des produits attractifs et personnalisés à un prix raisonnable, ce qui implique de reconfigurer en profondeur le processus même de création et de mise sur le marché des produits ;
- mettre en œuvre un système d'information centré sur la notion de client et non plus sur des critères de branche d'assurance et de gestion administrative ;
- distribuer ses produits au travers de réseaux offrant une transparence équivalente à celle des agences bancaires.

Une telle entreprise n'existe pas aujourd'hui. Qu'importe, il suffit de la créer. En d'autres temps, les principaux opérateurs d'assurance n'ont pas hésité à prendre un tel risque pour développer leurs activités de marketing direct. Ils ont subi à cette occasion une déconvenue cuisante, non pas parce que le marketing direct n'est pas adapté à l'assurance, mais parce qu'ils n'ont pas su expliquer à leur clientèle potentielle pourquoi il fallait acheter en direct.

Ils pourraient aujourd'hui profiter des enseignements de cette amère expérience pour développer sur des bases plus saines une approche orientée client originale et compétitive face au modèle bancaire. Ils ont appris avec la vente directe que l'argument prix ne suffisait pas pour attirer des clients qui assimilent très souvent le discount à des produits bas de gamme. Il leur reste à admettre que la relation directe avec le client ne peut pas passer par des réseaux de distribution traditionnels.

Ils n'ont plus qu'à faire le chemin accompli par Toyota au moment du lancement de la marque Lexus. Les vénérables vieillards qui dirigent cette entreprise ont en effet réalisé à cette occasion que l'accès à une clientèle haut de gamme et particulièrement exigeante passait par une connaissance de ses besoins et de ses désirs que les réseaux de concessionnaires de la marque ne lui donneraient jamais. Ils en ont tiré les conséquences et ont créé un réseau exclusif, fonctionnant sur des critères adaptés à la stratégie qu'ils souhaitaient mettre en œuvre.

Une telle démarche, qui a brillamment réussi à Toyota, est très risquée dans le monde de l'assurance. Les intermédiaires, qui détiennent aujourd'hui l'exclusivité de la relation client, sont en mesure de faire payer très cher une telle audace à l'opérateur qui s'y aventurerait. Ne pas la tenter peut également avoir des conséquences dramatiques à moyen terme. La perte de parts de marché en automobile ou en santé, qui sont des marchés stagnants, contrairement à l'assurance vie, est une forme de mort lente. Le choix à effectuer se résume donc à une appréciation optimale des risques. Un métier d'assureur, en somme.

LA LÉGALITÉ DU FICHER CLIENTS

Noël Chahid-Nourai • Christian Lahami-Depinay

Avocats à la Cour

*Cabinet Allen et Overy, département Droit public économique
et Droit de l'environnement, Paris*

Si les sociétés d'assurances se préoccupent de la pérennité des fichiers nécessaires à l'exercice de leur activité, celle-ci ne va pas sans un strict respect de la réglementation relative à la protection des données personnelles. Comment garantir ce respect ? Il n'existe pas de réponse certaine à ce jour, mais il est toujours possible d'imaginer et de proposer...

Dans un article publié il y a un an dans cette revue¹, Michel Chevillet présentait les procédures mises en place par les AGF pour traiter les informations à caractère médical dans le respect du Code de bonne conduite de 1991.

La question se pose aujourd'hui de savoir de quelle manière de telles procédures pourraient être instituées, non plus à l'intérieur d'une seule société mais au sein d'un organisme regroupant plusieurs sociétés distinctes, alors qu'une tentative précédente, le fichier dit « des risques aggravés », a échoué. C'est cette question que nous voudrions aborder dans les pages qui suivent.

La transposition en droit interne de la directive n° 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des données personnelles et à la libre circulation de ces données² conduira sans doute à renouveler profondément l'analyse des procédures de gestion des fichiers de clientèle des sociétés d'assurances qui contiennent de telles données.

Il est d'ores et déjà certain, en effet, que cette transposition sera l'occasion d'une réforme d'ampleur de la loi du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés ». C'est d'ailleurs cette ampleur qui explique en grande partie le retard important pris par la France dans la transposition, retard qui nous place fâcheusement en situation de manquement par rapport à nos obligations communautaires.

L'importance du chantier qui doit être entrepris tient, notamment, à ce que la directive invite le législateur de chaque État membre à privilégier les contrôles *a posteriori* par rapport aux contrôles *a priori*. Dès lors qu'il s'agit de substituer à un régime fondé essentiellement sur le contrôle préalable un régime reposant principalement sur la sanction, les opérateurs doivent être clairement avertis des règles de fond qu'ils sont tenus de respecter, et, en conséquence, ces règles doivent être établies de manière précise par le texte fondateur.

Cela ne signifie pas pour autant que les règles de fond et les sanctions suffisent ni, par suite, que le contrôle *a priori* et les règles de procédure puissent être absentes de la nouvelle loi. Bien au contraire, et la réflexion que nous souhaiterions amorcer ici relève précisément de ce domaine.

Il s'agit – pour faire court et simple – de revenir sur l'affaire des fichiers des risques aggravés et, à la lumière des enseignements que l'on peut en tirer, de déterminer s'il existera, une fois la directive transposée, un mode de gestion de ces fichiers – l'externalisation – dont l'utilisation pourrait conduire à une issue plus heureuse.

Il faut souligner que la mise en œuvre d'un tel fichier pourrait, une fois la directive transposée, être soumise à une procédure d'examen préalable obligatoire par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), dès lors qu'il pourrait être utilisé afin d'opposer à un tiers un refus de contracter.

L'incident de 1990

C'est, on s'en souvient, par la délibération n° 90-95 du 11 septembre 1990³ que la Cnil a considéré que les modalités d'exploitation du fichier des risques aggravés pouvaient être contraires à plusieurs dispositions de la loi Informatique et libertés, dans sa rédaction en vigueur à la date de la délibération. Cette rédaction n'est plus au demeurant – mais sur des points étrangers à cette affaire – celle qui est applicable aujourd'hui⁴.

Le fichier des risques aggravés était un fichier de type « alerte » ou « exclusion » mis en place en 1981⁵ par la Réunion des sociétés d'assurances sur la vie, à laquelle a succédé le Groupement des assurances de personnes (GAP), pour le compte de la Fédération française des sociétés d'assurances. Le fichier recensait les personnes qui, candidates à la conclusion d'un contrat d'assurance sur la vie, présentaient des risques de surmortalité ayant entraîné une décision défavorable de la part d'un précédent assureur – qu'il s'agisse d'une décision de surprime ou, plus radicalement, d'un refus de contracter.

Pour les sociétés d'assurances – comme le rappelait le rapporteur devant la Cnil –, un tel fichier était essentiel pour lutter contre les fraudes, éliminer les demandeurs multiples, éviter une mutualisation indue du coût des assurés présentant un risque supérieur, et aussi pour substituer à une sanction (la résiliation d'un contrat en cours pour erreur ou fraude) un mécanisme de prévention moins dommageable pour les intéressés eux-mêmes (à savoir le refus de contracter).

En substance, les sociétés estimaient que le fichier avait essentiellement pour objet de mettre en commun une compilation de renseignements médicaux, et elles rappelaient que cette mutualisation des renseignements disponibles sur un assuré, base de la décision d'assurer ou de ne pas assurer effectivement, n'avait pas pour effet de priver les sociétés y ayant accès de leur pouvoir d'appréciation quant à l'opportunité d'assurer ou de ne pas assurer.

La Cnil, de son côté, partageait les inquiétudes du Conseil national du sida, dans un contexte marqué par le développement d'une épidémie s'accompagnant d'une incertitude quant à l'espérance de vie de ceux qui en étaient atteints, élément clé de la mesure du risque d'assurance.

Plus précisément, la Cnil craignait que l'utilisation du fichier pour éliminer les demandes multiples ne conduise à une dérive : ne risquait-on pas que, au seul vu de l'inscription d'un demandeur présentant un risque aggravé de mortalité, aucune des sociétés d'assurances ayant accès au fichier n'accepte de lui offrir les garanties sollicitées ?

La Cnil a semblé particulièrement sensible au risque d'un comportement d'imitation, d'autant plus à craindre qu'en période d'incertitude – ce qui était le cas, rappelons-le, s'agissant du sida – les opérateurs économiques peuvent avoir tendance à reproduire les comportements de leurs pairs et concurrents afin de limiter les conséquences d'une erreur. Autrement dit, l'inscription au fichier des risques aggravés pouvait avoir comme conséquence que le refus isolé opposé par une société d'assurances à un candidat exclue de fait ce dernier de l'accès à la totalité de l'offre d'assurance sur la vie par le jeu d'un effet de levier à rebours démultipliant excessivement les conséquences négatives du refus initial isolé.

C'est en raison de ces préoccupations que l'autorité administrative indépendante a émis plusieurs réserves sur le fichier des risques aggravés.

Sur le plan des principes, tout d'abord, la Cnil a développé des réserves substantielles.

Elle a considéré que le fichier envisagé n'était pas indispensable à l'activité des sociétés d'assurances dès lors que celles-ci pouvaient faire procéder à un examen médical individuel des personnes concernées. Sur ce point au contraire – et l'argument ne paraît pas dépourvu de sérieux –, les sociétés d'assurances estimaient qu'il était de bonne administration, notamment financière, d'éviter la reproduction d'examens médicaux identiques pour un même demandeur.

La Cnil a aussi estimé qu'il pouvait être fait du fichier une utilisation de nature à méconnaître

directement les dispositions de l'article 2 de la loi Informatique et libertés interdisant qu'une décision impliquant une appréciation sur un comportement humain soit prise sur le seul fondement d'un traitement automatisé d'informations donnant « une définition du profil ou de la personnalité de l'intéressé ». Il s'agit là d'une disposition souvent appliquée, qui a pour objet de garantir le droit à l'examen individuel d'une demande et d'éviter les décisions stéréotypées.

Sur le plan procédural, ensuite, la Cnil a formulé également plusieurs critiques assez vives.

Il ne pouvait être admis, selon elle, que les intéressés ne fussent pas informés de leur inscription au fichier afin d'être en mesure de faire usage du droit, prévu par l'article 26 de la loi fondatrice, de s'opposer à cette inscription.

Il était contestable, aussi, que les demandeurs ne fussent pas davantage informés de la mutualisation des informations contenues dans le fichier, compte tenu des exigences de l'article 27 de la loi Informatique et libertés.

De plus, la Cnil observait que les droits d'accès aux informations nominatives et de rectification de ces informations, prévus par les articles 35 et 36 de la loi, ne pouvaient être exercés par les intéressés dans des conditions satisfaisantes.

Enfin, la commission remarquait que les modalités de diffusion de l'information au sein des sociétés clientes du fichier pouvaient être attentatoires à la vie privée, et ce en méconnaissance de l'article premier de la loi.

Quelles sont les règles du jeu ?

De toutes ces observations critiques la Cnil tirait une conclusion négative. Elle souhaitait, sinon la suppression du fichier litigieux – puisqu'elle ne pouvait ni n'avait à l'ordonner, cette suppression

ayant été décidée à la veille de la délibération –, du moins un aménagement substantiel de ses conditions de fonctionnement, selon les principes tracés par la délibération elle-même :

– d'une part, devait être garantie aux intéressés l'information de leur inscription sur le fichier et des droits dont ils bénéficiaient à cet égard, à savoir le droit d'opposition, le droit d'accès et le droit de rectification ;

– d'autre part, les sociétés concernées devaient être rendues directement destinataires des demandes d'accès et, sans doute, des demandes de rectification.

Si l'on rappelle ici l'échec du fichier des risques aggravés, ce n'est pas parce qu'il serait exemplaire des divergences – prétendues ou réelles – entre les intérêts des opérateurs, dont l'activité impose le traitement automatisé de données personnelles, et les préoccupations du régulateur, chargé de protéger les libertés et droits mentionnés à l'article premier de la loi Informatique et libertés.

La raison est tout autre. Elle est de permettre, à la veille de la transposition de la directive de 1995, d'identifier les pistes qui pourraient être explorées pour trouver une solution opératoire tenant compte des nécessités professionnelles comme des libertés et droits à protéger.

On peut admettre, au préalable, que pour les sociétés d'assurances le traitement des données nominatives – dites désormais « à caractère personnel » – est une nécessité. Le rapporteur devant la Cnil remarquait d'ailleurs, dans le rapport précité, qu'une société d'assurances avait reproduit, à une échelle plus grande encore, mais à des fins purement internes, le fichier abandonné par le GAP. Pour autant que l'on puisse en juger, la Cnil serait prête à convenir de la nécessité pour les sociétés d'assurances de recueillir des informations à caractère médical. Ce qu'elle récuse, en réalité, est l'utilité d'un fichier commun et d'une mise en mémoire des informations à caractère médical.

Deuxième point : le traitement des données à caractère personnel devrait, selon la Cnil, être soumis – et sera soumis, il ne faut pas en douter – à des règles de fond nettement plus contraignantes

que celles qui existent actuellement. Ces exigences devraient rejoindre les préoccupations exprimées dans la délibération du 11 septembre 1990. A ce sujet, il faut garder à l'esprit que la Cnil pourrait bien obtenir, à la faveur de la réforme de la loi de 1978, des pouvoirs plus contraignants à l'égard des opérateurs.

Les réflexions qui précèdent conduisent à considérer que la gestion des données à caractère personnel devient un métier en soi, mais un métier particulier puisque son matériau de base, l'information sensible, est de ceux que l'on serait précisément tenté d'exclure de la vie marchande. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la sous-traitance pure et simple, par un contrat de prestation de services, de la collecte, de l'analyse et de la communication des données à caractère médical paraît difficilement compatible avec les exigences formulées par la réglementation.

Les professionnels n'ont-ils pas intérêt, dans ces conditions, à anticiper une évolution prévisible en se préparant à un réexamen des procédures mises en place pour collecter et utiliser cette information ? Il va de soi, toutefois, qu'un tel *aggiornamento* ne pourrait se faire avec succès sans la participation active du régulateur, c'est-à-dire de la Cnil ou de l'autorité indépendante qui lui succédera.

Cette coopération pourrait trouver une base légale nouvelle dans ce qui semble être actuellement la teneur de l'article 13 de l'avant-projet de loi de transposition. On sait, en effet, que cette disposition – dont l'économie comme la numérotation pourraient être revues à la faveur des différentes procédures consultatives et de la discussion parlementaire – permet aux associations professionnelles de soumettre à la Cnil ou à l'autorité qui lui succédera toute procédure de traitement des données à caractère personnel, aux fins d'obtenir, d'une part, la confirmation que cette procédure assure le respect de la réglementation en vigueur et, d'autre part, une labellisation de cette procédure, qui pourrait éventuellement être utilisée à des fins promotionnelles.

Le tiers de confiance : une solution ?

Acet égard, il semble que l'une des procédures qui pourrait susciter la réflexion, surtout au sein de groupements de professionnels pouvant en partager le coût, est celle du tiers de confiance non intéressé.

Puisque nous mettons cette idée sur la table, qu'il nous soit permis de lui donner quelque chair, non sans avoir regardé au préalable du côté des formules existantes qui correspondraient à des problématiques comparables.

L'aspect juridique d'une telle entité reste à définir, bien que certaines formes de personnes morales existant actuellement soient particulièrement adaptées. L'exigence fondamentale est, d'une part, qu'il s'agisse d'une personne morale distincte des sociétés d'assurances et, d'autre part, qu'il ne s'agisse pas d'une structure devant impérativement réaliser des bénéfices, alors qu'en même temps la formule de l'association ne paraît pas adaptée.

Désintéressé, le tiers de confiance devrait être doté par les opérateurs « clients », ainsi qu'il est de règle pour les fondations, des moyens de fonctionnement nécessaires à son activité, de sorte que la pérennité de la structure ne soit pas dépendante de la volonté des « clients » et, par conséquent, de la satisfaction qu'ils estimeraient subjectivement tirer des prestations dont ils bénéficieraient. Il s'agit ici, évidemment, de garantir l'indépendance du tiers de confiance, alors même que son financement ne peut venir que des opérateurs utilisant ses services. Cela n'interdit pas que le fiduciaire se trouve placé auprès du groupement des professionnels, voire qu'il soit abrité par ce groupement.

Garant du respect de la loi par les opérateurs utilisant des données personnelles dans le cours de leur activité, le tiers de confiance devrait bénéficier d'un engagement d'exclusivité souscrit par ces opérateurs. Il n'est pas en effet concevable de permettre aux intéressés d'adhérer formellement au mécanisme afin de bénéficier de l'onction du régulateur tout en recueillant et en traitant ailleurs, peut-

être dans des conditions discutables, les informations qui leur sont nécessaires.

Détenant et traitant des renseignements à caractère médical, par exemple, il va de soi que le personnel de cette entité indépendante serait composé, sinon essentiellement, du moins substantiellement, de médecins soumis légalement au respect d'un code de déontologie et, à ce titre, gardiens de la protection du secret médical, qui opéreraient, seuls, l'extraction des renseignements techniques du matériau brut de l'information médicale constituée des réponses aux questionnaires de santé et des pièces médicales éventuellement jointes.

Distinct des opérateurs, mais également dédié de manière exclusive au traitement des données personnelles qui leur sont nécessaires, le tiers de confiance serait plus accessible aux personnes au sujet desquelles les informations doivent être recueillies. Il s'agit évidemment d'assurer là le plein exercice du droit d'accès à l'information et du droit de rectification des informations dans des conditions telles que le détenteur des informations, d'une part, soit pleinement disponible pour répondre aux demandes des personnes intéressées et, d'autre part, n'ait aucun intérêt à conserver la mémoire de ce qui doit être effacé. Les sociétés d'assurances devront en effet prendre conscience de la circonstance que la possibilité pour leurs clients d'accéder aisément à ces informations aux fins d'exercer les droits que leur reconnaît la loi pourrait devenir l'un des critères d'appréciation de la prestation qu'elles rendent.

Au-delà de ce qui vient d'être indiqué, il reste naturellement à étudier, avec les opérateurs intéressés et le régulateur, les questions de coût et de faisabilité ainsi que les modalités de contrôle permanent par le régulateur.

Conclusion

Autre dit, ce qui est esquissé ici est un cadre général dont il faudrait tester l'acceptabilité par la profession et l'autorité régulatrice, puis déterminer avec précision les modalités.

Mais s'il s'agit ainsi d'une matière importante de réflexion pour la Cnil renouvelée, qui sera nommée à la suite du vote de la loi de transposition, et d'un thème utile de concertation pour les professionnels, cette concrétisation d'un équilibre entre les nécessités de la profession et les droits inaliénables de la personne est aussi, et pour cette raison même, un sujet de société auquel personne ne restera indifférent.

Annexes

• *Qu'est-ce que la Cnil ?*

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a été créée par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dite « Informatique et libertés ». Il s'agit d'une autorité administrative indépendante, dotée par ses textes institutifs d'une forte indépendance aux fins d'exercer des fonctions de régulation d'un secteur d'activité le plus souvent lié à l'exercice de droits et libertés fondamentales, plus précisément des droits concernés par les traitements automatisés ou manuels des données à caractère nominatif.

La Cnil dispose, sous le contrôle du juge, du pouvoir d'édicter une réglementation, de recevoir des déclarations, de rendre des avis sur les traitements opérés par les personnes publiques, d'informer le public, d'effectuer des contrôles, mais non du pouvoir de sanction, lequel appartient au juge pénal.

Elle est composée de dix-sept membres, qui sont des magistrats de l'ordre judiciaire ou administratif, des parlementaires et des membres de la société civile disposant d'une compétence particulière en la matière. Leur mandat est de cinq ans et ils sont inamovibles pendant cette période.

La Cnil possède un site Internet assez riche et informatif dont l'adresse est www.cnil.fr.

• *Qu'est-ce que la loi du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » ?*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, qui est le principal des textes applicables au traitement des données à caractère nominatif et aux fichiers, a été adoptée dans un contexte marqué par la crainte d'un abus, par les autorités de l'État, des possibilités nouvelles de l'informatique, notamment de l'augmentation de puissance des fichiers ainsi que de leur croisement et de leur interconnexion.

La loi régit le traitement des données nominatives, qu'elles fassent l'objet d'un traitement automatisé ou manuel, et elle confie à la Cnil la mission de veiller à ce que les opérations de traitement se fassent en conformité avec la loi. Ce

traitement est soumis, selon les cas, à une procédure de déclaration préalable ou, en ce qui concerne les traitements publics, d'avis, auquel il ne peut être passé outre que par décret en Conseil d'État. La Cnil n'ayant pas de pouvoir de sanction, la méconnaissance de la loi est directement sanctionnée par le juge pénal, les sanctions spécifiquement prévues en cette matière par la loi du 6 janvier 1978 ayant été codifiées dans le Nouveau Code pénal.

La loi Informatique et libertés est sur le point d'être modifiée pour tenir compte de la directive européenne de 1995 régissant la matière.

• *Et le droit international ?*

La France est liée, en matière de traitement des données à caractère personnel, par des traités internationaux auxquels le droit national doit être conforme, comme le rappelle la jurisprudence du Conseil d'État.

Il s'agit, d'abord, de la convention relative à la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé de données à caractère personnel, dite convention STE n° 108 du Conseil de l'Europe, signée le 28 janvier 1981 et entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1985.

La convention impose que la finalité de tout traitement soit légitime, que les informations sollicitées soient nécessaires, qu'elles soient recueillies et traitées loyalement, qu'elles soient mises à jour, qu'elles ne soient pas conservées au-delà de la durée strictement nécessaire et qu'elles soient conservées de manière sûre. Elle impose également que soient prévus et garantis, dans la réglementation des États, l'obligation d'informer les intéressés de l'utilisation des informations les concernant, un droit d'accès et de rectification.

Les réglementations nationales doivent également instituer des sanctions en cas de méconnaissance de ces règles. La convention contient enfin des stipulations relatives aux flux transfrontières de données personnelles et prévoit une procédure d'assistance et d'entraide entre les États qu'elle lie.

Le second texte essentiel dans ce domaine est la directive n° 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (publiée au *Journal officiel des Communautés européennes* n° L 281 du 23/11/1995).

Cette directive ne s'applique pas directement en France, mais nécessite une loi de transposition. Le projet de loi rédigé par le gouvernement a été transmis pour avis à la Cnil, qui s'est prononcée. Reste à soumettre le projet au Conseil d'État, qui l'examinera également pour avis. Le projet sera ensuite présenté au Parlement pour discussion et adoption. Le but de la directive est d'harmoniser la réglementation des États membres dans un sens assez similaire à celui de la convention STE du Conseil de l'Europe. Les apports du texte sont nombreux. On retiendra ici l'étendue du champ d'application, qui est celui des données personnelles, expression qui se substituera, en France, à celle plus restrictive de données « nominatives », l'extension des pouvoirs des autorités de régulation, la substitution pour l'essentiel du contrôle *a posteriori* au contrôle *a priori*, l'exigence de niveaux comparables de protection chez les partenaires avec lesquels les pays européens commercent.

Notes

1. Risques, n° 41, janvier-mars 2000, pages 30 et suivantes.
2. Cette directive est publiée au *Journal officiel des Communautés européennes* du 23 novembre 1995.
3. *Commission nationale de l'informatique et des libertés, délibération n° 90-5 du 11 septembre 1990 relative au fichier des risques aggravés vie, 11e Rapport de la Cnil, pages 153 et suivantes. Cette délibération venait après une première délibération du 11 octobre 1988 qui, selon le rapport, « n'avait pas été suivie d'effets ».*
4. *Depuis cette décision, la loi du 6 janvier 1978 a été modifiée, sur divers points, par la loi n° 88-227 du 1er mars 1988 relative à la transparence financière de la vie politique, par la loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992, par la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 et par la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000.*
5. *Ce fichier avait fait l'objet d'une déclaration préalable à la Cnil en 1981, conformément aux dispositions de l'article 16 de la loi du 6 janvier 1978. Il faut toutefois préciser que cette procédure de déclaration ne permettait pas – et ne permet toujours pas à ce jour – à la Cnil de s'opposer à la création du fichier.*

3. Segmentation, assurance et solidarité

■ Pierre Picard

Marchés d'assurance et solidarité

■ Jean-Michel Belorgey

*Contre la discrimination ou l'exclusion à raison de la santé,
quelles stratégies ?*

■ André Renaudin

Assurer les risques aggravés

■ Georges Durry

La sélection de la clientèle par l'assureur : aspects juridiques

■ Joël Winter

Sélection et ségrégation en assurance

■ Pierre-André Chiappori

Inégalités et risque de santé

■ Pierre Pestieau

Connaissance des risques et protection sociale

MARCHÉS D'ASSURANCE ET SOLIDARITÉ

Pierre Picard

Professeur d'économie

Université Paris X-Nanterre (Thema)

École polytechnique

Le regard porté sur les mécanismes de création et de répartition des richesses dans les économies contemporaines tend souvent à séparer, et parfois même à opposer comme des objectifs concurrents, la recherche de l'efficacité dans le partage des risques et la solidarité entre les personnes. Au premier de ces objectifs répondrait principalement une logique de marché, qu'il s'agisse de mutualiser des risques sur un mode assuranciel ou de les répartir entre des investisseurs plus ou moins aptes à les supporter. Le partage des risques consiste, de ce point de vue, en la recherche de l'efficacité dans l'allocation des ressources d'une économie soumise à des aléas individuels ou collectifs, domaine dans lequel les mécanismes de marché sont généralement les plus efficaces. La solidarité répond quant à elle à une logique d'équité. Elle est, par nature, le domaine du hors marchand, des transferts sociaux, de la redistribution et, finalement, de l'État. La principale exception à ces principes, mais elle est de taille, c'est bien sûr la Sécurité sociale qui, en séparant le calcul des cotisations des risques effectifs et en les rapprochant des revenus, mêle étroitement partage de risques et solidarité.

Cette répartition des rôles entre le marché, vecteur fondamental des mécanismes de partage des risques, et l'État qui organise la solidarité entre individus ou entre générations, n'a pas toujours été aussi évidente qu'elle semble l'être aujourd'hui : les sociétés traditionnelles fondées sur la coutume, le don contre don, la famille ou la collectivité

villageoise mêlent étroitement des mécanismes de partage des risques et de solidarité. Mais il est vrai que le développement économique a présidé à une sorte de répartition des tâches : au marché d'harmoniser les initiatives individuelles en mutualisant ou en répartissant les risques de manière adéquate, à l'État de protéger les plus faibles en leur transférant une partie des ressources dont les privent les lois du marché.

Par-delà cette distinction, banale au demeurant, on ne peut ignorer le fait que les conditions d'accès à un marché peuvent être elles-mêmes source de discriminations qui ne pourront être acceptées pour des raisons éthiques. Il revient alors à l'État de définir les règles que devront respecter les intervenants sur les marchés pour ne pas contredire de tels principes éthiques. C'est là une question d'une grande importance pour la régulation des marchés d'assurance. Les problèmes liés à l'assurabilité des risques aggravés (apparus au début des années 90 à propos de l'accès aux contrats d'assurance emprunteurs des personnes séropositives) ou les débats actuels sur l'usage des tests génétiques en assurance de personnes ont en effet une dimension éthique qui ne peut être ignorée.

Cependant, sur le plan des principes, s'interroger sur la légitimité des méthodes de sélection de clientèle ou de discrimination en assurance de personnes heurte de front certains principes économiques ou juridiques. D'un point de vue économique, sauf à recourir à des restrictions de concurrence, l'assurance suppose de pouvoir s'ap-

payer sur une tarification actuariellement juste, faute de quoi elle conduirait inéluctablement à des comportements d'« écrémage », les assureurs concurrents attirant les bons risques, qui paient pour les mauvais, en leur offrant des contrats à la fois profitables pour l'assureur qui les propose et avantageux pour l'assuré qui en bénéficie. Cette tarification actuarielle repose sur l'analyse des risques, c'est-à-dire sur des méthodes de segmentation de clientèle ou de scoring qui permettent de calculer le véritable prix du risque. Traiter différemment des risques différents n'est alors que l'expression de la recherche du juste prix, celui qui rapproche les prix des coûts. Sur un plan juridique, il est largement reconnu qu'un assureur a le droit de sélectionner sa clientèle même si, comme le montre Georges Durry dans ce numéro, ce droit n'est pas totalement discrétionnaire. Le principe de la bonne foi, qui stipule qu'un contrat d'assurance est réputé caduc si l'assuré a délibérément masqué certaines informations sur ses risques au moment de la signature, reconnaît implicitement que c'est bien une prérogative de l'assureur que d'adapter les clauses du contrat à la réalité des risques couverts.

Le métier de l'assureur le conduit donc, dans sa pratique quotidienne, à estimer et à tarifier les risques, et le droit lui en laisse en général effectivement la possibilité. Toutefois, si la légitimité d'une segmentation en assurance dommages est rarement contestée, il n'en va pas de même des assurances de personnes. Dans le premier cas, l'assurance est associée aux risques d'un acte de consommation (comme les accidents automobiles), de détention d'un patrimoine (l'incendie d'une maison) ou d'exercice d'une activité (la responsabilité civile personnelle ou professionnelle), et la tarification sur la base des risques estimés est peu controversée : rares sont ceux qui souhaitent que s'expriment une

solidarité entre générations qui conduirait les conducteurs expérimentés à payer les mêmes cotisations d'assurance que les nouveaux titulaires du permis de conduire ! La situation est bien plus complexe en assurance de personnes. Ce qui y est contesté, ce n'est pas véritablement que des risques différents conduisent à des prix différents : le fait que les cotisations d'assurance décès ou le calcul des rentes viagères dépendent de l'âge de l'assuré est considéré comme une disposition normale. A l'inverse, le fait qu'une tarification sur la base du risque puisse bloquer l'accès à certains services tenus pour essentiels (la santé ou le logement) est jugé contraire aux principes moraux qu'une société moderne devrait respecter. C'est bien la question de l'exclusion qui est ici en jeu.

L'exigence de solidarité interfère alors directement avec la régulation des marchés d'assurance, car elle doit imposer des règles du jeu, en particulier des dispositifs contractuels (notamment en termes de cofinancement et de confidentialité), qui ne conduisent pas à exclure de services essentiels ceux qui courent les plus grands risques et qui n'ont pas les moyens de s'en protéger. Pour le dire autrement, il est plus efficace, et aussi plus satisfaisant sur le plan de la cohérence sociale, de trouver les moyens qui permettront au plus grand nombre d'accéder aux services d'assurance, pour se soigner, acheter un logement, préparer sa retraite, que de rejeter les exclus dans le champ de l'assistance. C'est là un chantier d'une grande importance qui, à propos des contrats d'assurance emprunteurs, a été ouvert par la commission sur l'assurabilité des risques aggravés présidée par Jean-Michel Belorgey. On en perçoit le caractère crucial, car il s'agit en fin de compte de s'interroger sur la capacité des sociétés contemporaines à gérer les risques par les marchés sans que cela conduise à exclure les plus faibles.

CONTRE LA DISCRIMINATION OU L'EXCLUSION À RAISON DE LA SANTÉ, QUELLES STRATÉGIES ?

Jean-Michel Belorgey

Conseiller d'État, section du Rapport et des Études

Si l'idée qu'un handicap puisse interdire de prendre part à la vie sociale apparaît à beaucoup comme contraire à l'éthique de solidarité, d'autres estiment qu'on ne saurait en permanence imposer aux forts de payer pour les faibles. Une fois que l'on a pris acte de ces sensibilités contradictoires, à qui revient-il de trancher ?

Face à la question de la discrimination ou de l'exclusion à raison de la santé, la sensibilité contemporaine est, comme sur d'autres fronts, étrangement éclatée. L'idée qu'un handicap, une maladie invalidante ou rare, puisse interdire à celui qui en est atteint de prendre part à la vie sociale, aux activités productives, ou encore d'accéder à la consommation de certains biens, apparaît à beaucoup comme une source de scandale, comme non seulement contraire à l'éthique de solidarité sur laquelle sont, de façon plus ou moins consensuelle, fondées les sociétés démocratiques, mais encore défavorable à une optimisation de l'utilisation des ressources humaines, facteur par conséquent tout à la fois de souffrances et de gaspillages. Mais d'autres sensibilités, pour partie héritées d'un âge antérieur, pour partie stimulées par la nouvelle popularité de l'éthique de compétition et de marché, tiennent pour un parti contraire ; elles estiment qu'on ne saurait en permanence imposer aux forts, ou à tout le moins à ceux qui ne sont pas faibles, de payer pour les faibles, car cela est de nature à décourager leur investissement productif, à stériliser leur goût de l'effort. La question des cumuls de handicaps – le mot est ici pris en son sens figuré – complique

les choses, dont l'approfondissement fait apparaître qu'on peut être à la fois malade et handicapé, et pour ce motif, ou sans rapport avec lui, pauvre, mais qu'on peut aussi être malade et handicapé et pourvu de ressources confortables, ou encore pauvre bien qu'en bonne santé ; et que faire simultanément justice à ces trois situations en trouvant des critères pour faire le départ entre elles, sans peser exagérément sur les budgets publics, ou multiplier les désincitations à l'effort, des plus performants comme des autres, est une gageure.

Contradictions et amalgames

Les amalgames auxquels procèdent, comme de juste, les tenants des sensibilités contradictoires en présence ne facilitent naturellement pas la clarification du débat social, quand débat social il y a. Entre discrimination à raison du sexe, à raison de l'origine nationale ou ethnique ou de l'appartenance religieuse, à raison du handicap ou de la santé, à

raison de la santé actuelle ou des perspectives de santé appréciées à travers des investigations sur le patrimoine génétique, il y a évidemment des différences de nature ; entre problèmes soulevés par la souscription d'assurances en faveur de jeunes ou de moins jeunes personnes handicapées, par leurs parents, afin de leur garantir, lors du décès de ceux-ci, une rente de survie, et la souscription par des personnes handicapées ou malades de contrats les concernant eux, soit en vue de leur permettre de faire face aux dépenses de santé non couvertes par les régimes obligatoires de base, ou assimilés, de protection sociale, soit en vue de couvrir les risques de non-paiement d'annuités et de charges d'emprunt lors d'un décès ou d'une invalidité ou maladie invalidante, il faut également admettre qu'il existe des différences extrêmement sensibles.

Mais une fois qu'on a pris acte de l'existence de sensibilités contradictoires, et qu'on est peu ou prou parvenu à surmonter les amalgames, la question est, en dernière analyse, de savoir à qui il revient de trancher des solutions qu'il est éthiquement satisfaisant, économiquement, politiquement et socialement plausible de faire prévaloir, et par quelles voies.

Un vouloir collectif

Nul ne saurait soutenir, sauf dans un accès messianique ou paranoïaque de souveraineté, que c'est aux personnes handicapées ou malades de faire la décision, ni davantage aux professionnels et aux opérateurs ; à qui il est évidemment plus commode de raisonner sur les grands nombres que sur les cas non standards – au surplus souvent minoritaires –, que sur ceux qui ne pèsent pas d'un grand poids dans les chiffres d'affaires réalisés ou potentiels, et qui obligent à assortir les traitements de masse de traitements complémentaires, ou à infléchir ces traitements, ce qui est vraisemblablement mieux pour les intéressés, car cela comporte une moindre menace de

marquage, mais plus lourd encore pour les opérateurs. Personne dans une société organisée ne peut être crédible en brandissant le slogan : « Charbonnier est maître chez soi ». Il faut qu'un vouloir collectif se dégage à la lumière des critères précédemment énoncés ; qui ne traduise pas, si possible, un rapport de forces numériques ou corporatives, mais un rapport de forces pour partie numériques ou corporatives, pour partie morales. En tout cas devrait-il en aller ainsi dans la meilleure hypothèse, et quand les gouvernants font leur métier, qui ne consiste pas seulement à compter les suffrages.

Ce vouloir collectif doit-il nécessairement être, dans tous les cas, celui du législateur ? Qu'il en aille ainsi n'est pas contraire aux bonnes mœurs, et toutes initiatives législatives, à quelque tendance politique qu'appartiennent leurs auteurs, ne peuvent être regardées comme illégitimes par-delà leur apparence de légalité. Il est bon que la loi, dite Evin, du 31 décembre 1989 ait proscrit toute discrimination en matière de couverture complémentaire maladie, dans le cadre des opérations collectives obligatoires. Il serait bon, comme l'a suggéré la Fédération des mutuelles de France, de manière à ce que sa logique ne soit pas entachée d'une faille, aux conséquences évidemment catastrophiques pour ceux que les vicissitudes du marché de l'emploi conduisent à sortir du champ de ces opérations, que sa portée soit étendue aux opérations collectives facultatives, ainsi qu'aux opérations individuelles, et que le délai de deux ans pendant lequel il est possible de procéder pour ces opérations à une surtarification soit supprimé. De même ne peut-on que souhaiter voir le législateur poursuivre l'effort entrepris à l'occasion du vote de la loi du 27 juillet 1999 sur la CMU (dont les prohibitions en matière de discriminations ne sont, quoi qu'en pensent certains, originales que sur ce terrain-là), en proscrivant le recours à des tests génétiques, au recueil d'informations à l'issue des tests génétiques, tant dans le cadre du Code pénal (articles 225-1 à 225-4) que dans le cadre du Code du travail (article L. 122-45).

S'inspirer de la législation américaine ?

Peut-être ne serait-il pas non plus mal fondé, en s'inspirant, dans certaines limites, de la législation américaine, à aménager de manière moins fruste que ce n'est le cas aujourd'hui les modalités d'évaluation de l'inaptitude pour l'accès à un emploi ou l'occupation d'un poste de travail, de façon qu'il soit clair que les problèmes d'adéquation entre une personne, serait-elle malade ou handicapée, et un poste de travail ne sont pas tous à imputer à la charge de la personne, mais peuvent l'être aussi à celle de l'emploi ou du poste, autrement dit de l'employeur qui les fournit ; sous réserve certes – la jurisprudence américaine n'est pas, à cet égard, limpide – de l'idée que l'on se fait et du poids des contraintes économiques acceptables, et du mode d'administration de la preuve (par qui ? et sur le fondement de quelles données ? des faits, des indices ou des données statistiques ?).

Ce qui vaut pour l'entrée dans une couverture maladie, ou pour l'accès au travail, ne peut être considéré comme totalement dépourvu de valeur en matière d'accès à l'assurance vie ou invalidité, à tout le moins en matière d'assurance de l'espèce contractée à l'occasion de la souscription d'un emprunt. Dans ce domaine, comme dans les autres, ni plus ni moins que dans les autres, il faut tenir compte des contraintes économiques, celles qui se formulent en termes de niveau de coûts et de mode de distribution des coûts, liés à la pratique ou non d'une sélection de la clientèle et aux modes d'organisation des circuits de traitement des demandes. Là encore, parce qu'il s'agit tout à la fois de santé et de reconnaissance ou non d'un droit ou d'une vocation à participer à la vie sociale et productive, le tri sélectif débouchant sur une exclusion n'est pas acceptable, car il condamne des vies marquées par la maladie ou le handicap à n'être plus de véritables vies, mais des demi-morts, et à la stérilisation de ressources humaines valori-

sables pour peu que les efforts qui conditionnent la valorisation ne tombent pas des mains de ceux dont ils relèvent.

Mais on ne gagne rien à imposer, serait-ce par la loi, avec les raideurs ou les rétorsions que cela peut engendrer chez les opérateurs les moins bien disposés, ce qui peut, avec un peu de chance, faire l'objet d'un consensus collectif entre les différentes parties prenantes, notamment les malades, les opérateurs (assurances et banques-assurances) et, car il est lui aussi partie prenante, l'État.

Faire tous les pas possibles

Telle est la démarche qui a guidé, à la lumière de toutes les considérations précédentes, les travaux de la Commission qu'il m'a, en 1999, été demandé d'animer, et qui a travaillé pendant deux ans, sur l'assurabilité des malades atteints du HIV et d'autres maladies de nature voisine. Cette commission, à la différence d'autres instances, n'a pas cru devoir analyser en termes de discrimination, pour autant qu'elle ne débouchait pas sur une exclusion, les pratiques des assureurs tendant à sélectionner leur clientèle selon l'intensité des risques dont se révèlent porteurs les demandeurs de contrats. On n'a pas affaire, en la matière, à une assurance obligatoire, au moins légalement obligatoire, même si sa souscription peut être une condition pour mener une vie normale ; on n'a pas affaire à une couverture directement dirigée vers la prise en charge des dépenses pouvant résulter de la réalisation d'un risque dans le domaine de la santé ou du handicap ; on a affaire à la couverture d'un risque santé ou handicap qui constitue peu ou prou la condition de réalisation d'un projet sur un autre terrain. La commission a néanmoins estimé qu'à ne pas faire, en ce domaine, tous les pas possibles (pour admettre à souscrire des contrats le plus grand nombre de postulants, pour faire baisser les tarifs, pour assurer la confidentialité des

données relatives à la santé susceptibles d'être recueillies, pour exclure que certaines le soient, et tout recueil de données de l'espèce en cas d'emprunt d'importance modeste), on pourrait en venir à rouvrir la voie au raisonnement précédemment écarté en termes de discrimination ; et que les arguments des opérateurs concernés faisant valoir la légitimité de leur refus d'une antisélection ne pouvaient pas être reçus à l'identique s'agissant de la nécessaire civilisation de leurs pratiques de guichet, de tarification, de relations avec les postulants présentant des caractéristiques « hors normes ».

Si les orientations dégagées, qui ont emporté l'adhésion des organisations représentatives de la profession comme de celles représentant les malades, et apparemment celles des pouvoirs publics, à tout le moins d'une partie d'entre eux, permettent de parvenir, entre toutes ces parties, à un engagement de portée juridique certaine, cela est bien. Si cet engagement reçoit au surplus, mais sans perdre en quelque sorte ses caractéristiques spontanées, la bénédiction du législateur qui conseille ou prescrit une démarche de l'espèce (conseiller étant bien mais peut-être insuffisant ; prescrire ce que les parties ont elles-mêmes consenti est de nature à les entretenir dans leur résolution,

surtout si la prescription n'est ni au-delà ni en deçà de cette résolution), c'est encore mieux. Peut-être est-ce là une démarche à laquelle pourvoira le projet de loi, de longue date attendu, sur la modernisation du système de santé ; il ne conviendrait pas, en tout cas, qu'il dérape vers un au-delà qui allergiserait les parties, ni se rétracte vers un en deçà qui fragiliserait ou déconsidérerait leur effort, ou, pire, l'exposerait aux coups de ceux que la crispation sur des sensibilités brutalement sélectivistes porterait à nourrir à son encontre des intentions vengeresses. L'extrême diversité du monde de la banque-assurance, la substituabilité potentielle entre prêts affectés, dont traite la convention, et prêts non affectés, dont elle ne traite pas, peut assurément conduire certains opérateurs à agiter la menace de faire apparaître que les solutions retenues sont de nature à engendrer des distorsions aux règles de concurrence. Il faut que le législateur ferme la voie à ce travail de démantèlement, ou il lui faudra un jour prendre, dans des conditions moins favorables qu'aujourd'hui, des responsabilités plus lourdes. Ce qui ne s'impose pas. Pour autant qu'on puisse cheminer autrement sans trop d'insécurité juridique, et sans condamner ce qu'on prenait pour des espérances à se réduire à des illusions.

ASSURER LES RISQUES AGGRAVÉS

André Renaudin

Délégué général adjoint

Direction des assurances de personnes, FFSA

Les contrats d'assurance emprunteurs occupent une place à part dans l'éventail des contrats décès : tantôt c'est leur caractère individuel qui prédomine, puisqu'il y a bien un acte volontaire au départ du processus, lequel justifie les procédures de sélection des assureurs, tantôt c'est leur caractère collectif qui l'emporte, car il y a souscription par un établissement de crédit d'un contrat de groupe, auquel l'adhésion est la règle dans notre pays, de fait sinon de droit. Depuis plus de quinze ans, ils sont l'objet d'une attention particulière des associations de consommateurs ou de malades. L'épidémie de sida a conduit l'État à intervenir, sous la forme originale d'une convention conclue en 1991 avec la profession de l'assurance. Les problèmes du sida ont conduit à la convention d'assurabilité conclue entre l'État et la profession de l'assurance. Le processus conventionnel engagé repart aujourd'hui sur de nouvelles bases.

Le 1^{er} juin 1999, Dominique Strauss-Kahn, ministre de l'Économie, et Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, installaient Jean-Michel Belorgey à la présidence du comité de suivi de la Convention sur l'assurabilité des personnes séropositives de 1991, tout en le chargeant d'une mission de réflexion¹ de portée plus large. Ils ont initié un processus dont il était alors difficile de prévoir l'aboutissement.

Certes, il est à ce jour encore prématuré de dire quel est précisément cet aboutissement, même si l'on peut raisonnablement augurer de la signature prochaine d'une nouvelle convention, élargissant le champ de celle de 1991 à toutes les personnes présentant un risque de santé aggravé.

Sous cette réserve donc, il est possible d'évoquer l'état d'esprit et l'approche des assureurs tout au long de ces dix-huit mois de travail sur la base, d'une part du rapport présenté en mai 2000 aux ministres commanditaires² par son président au nom du groupe de réflexion, dit « Commission Belorgey », d'autre part des orientations que ceux-ci ont donné à la Commission peu après³, et enfin

des propositions auxquelles celle-ci a abouti en janvier 2001, sous forme d'un projet de nouvelle convention.

Les développements qui suivent relèvent plus d'un tableau impressionniste que d'une étude exhaustive. En tout état de cause, ils n'engagent que leur auteur, à titre personnel, indépendamment de sa fonction à la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) ou de membre de la Commission Belorgey.

Les fluctuations du processus conventionnel

La convention conclue en 1991 entre l'État et les fédérations professionnelles de l'assurance avait deux objets :

- d'une part, organiser un dispositif d'assurance pour les personnes séropositives au VIH. Il s'agissait de leur apporter une couverture

décès qui garantissent les emprunts contractés pour l'acquisition d'un logement, dans des limites couvrant la quasi-totalité des besoins ;

– d'autre part, définir un code de bonne conduite concernant la collecte et le traitement des données relatives à la santé dans le cadre de la souscription et de l'exécution d'un contrat d'assurance de personnes.

En outre, un comité de suivi était chargé de veiller à l'application de la Convention.

Mais dès 1993, la Convention est dénoncée par certaines associations, non seulement pour son application, mais aussi dans son principe même. Des extensions proposées par les assureurs sont engrangées (emprunts pour l'achat de locaux ou de matériels professionnels), d'autres n'aboutissent pas (crédits à la consommation). Le comité de suivi créé par la signature de la Convention n'a pas engendré sa propre dynamique.

De fait, début 1999, il y a longtemps que ce comité de suivi ne s'est pas réuni. Si l'on devait parler d'échec, ce serait uniquement à propos du processus conventionnel : le dialogue engagé sous l'égide des pouvoirs publics entre la profession, au sens collectif, et les associations de malades, s'est brutalement interrompu en 1996 et n'a pu être renoué avant le changement de président et la nouvelle impulsion donnée par les ministres.

Les associations ont donc exprimé leurs revendications unilatéralement et publiquement : début 1999 par exemple, Act Up publie un article fort complet, sous forme de réquisitoire à la fois contre la Convention de 1991 et l'article 225-3 du Code pénal⁴, relançant la contestation de la Convention sur l'assurabilité et rouvrant le débat sur la discrimination en assurance de personnes.

À la même époque, les premières périodes de cinq ans, nées d'une part de la loi sur la bioéthique de 1994⁵, d'autre part de l'engagement des sociétés membres de la FFSA de ne recourir en aucune manière à des tests génétiques⁶ viennent à échéance : le gouvernement sollicite le Conseil d'État pour évaluer la loi sur la bioéthique, tandis que la FFSA renouvelle son engagement pour une nouvelle période de cinq ans. Parallèlement, le Conseil national

du sida se saisit à nouveau le 18 novembre 1998 de la question de l'assurance et du VIH.

Ce court préambule aura permis au lecteur de se rendre compte de lui-même que la Commission Belorgey a engagé ses travaux dans un environnement délicat, qui aurait pu se révéler difficilement gérable. Mais son président a rapidement mis les débats sur des rails qui lui paraissaient justes et qu'ils n'ont au fond pas quittés. Deux préalables une fois levés ont, au demeurant, contribué à permettre aux assureurs de faire valoir clairement leurs positions :

– le premier, acquis par la lettre de mission même, a été la participation des établissements de crédit. Les deux professions intimement associées à la question de l'assurance des emprunteurs étaient enfin réunies. « Enfin », car la situation conventionnelle de 1991 est paradoxale : comme il s'agissait de permettre aux personnes séropositives au VIH de pouvoir emprunter dans des conditions honorables, les parties naturellement en présence auraient pu être les associations d'aide aux séropositifs pour les emprunteurs et les représentants des établissements de crédit pour les prêteurs, alors que la convention a été passée entre l'État et les assureurs. La composition de la Commission Belorgey a ainsi permis d'examiner valablement toute la chaîne du processus, allant du candidat à l'emprunt au réassureur professionnel, en passant par le chargé de clientèle bancaire et l'assureur du contrat collectif emprunteur et son service médical, ce qui s'est révélé tout à fait constructif ;

– le second a émergé assez rapidement, parallèlement au Conseil national du sida, qui avait auditionné la profession⁷ et à la Commission Belorgey. Alors que le rapport du Conseil⁸ est plutôt sévère pour l'assurance en général, et la Convention de 1991 en particulier, dont il recommande l'annulation sans appel, les neuf recommandations adoptées le 20 septembre 1999 se concluent par ces mots : « ... dans le respect de la notion d'aléa, à la base de l'activité d'assurance⁹ ». Cette conclusion a été reprise comme hypothèse de travail par la Commission, qui précise que ses travaux « ont été guidés par [l'acceptation des] règles gouvernant le

métier de l'assureur : nécessité d'un aléa, d'une sélection des risques...¹⁰ »

Les assureurs ont donc pu expliquer comment ce principe se décline concrètement dans leur quotidien : métier par métier, ils ont exposé leur technique, et détaillé les raisons de leurs investigations. La Commission a découvert successivement la pratique de l'expertise médicale, l'exercice de l'assurance collective emprunteur, et les réalités de la réassurance des risques de santé aggravés¹¹.

Les fils de la reprise

Pour amorcer les débats, Jean-Michel Belorgey a souhaité examiner des cas concrets de dysfonctionnement de la Convention de 1991. Deux grands reproches lui étaient faits par les associations :

- le premier concernait le très faible nombre de cas effectivement pris en charge par les mécanismes conventionnels de couverture des séropositifs, c'est-à-dire transmis par les assureurs au « pool des séropositifs » géré par le Bureau commun d'assurances collectives. Celui-ci ne connaissant que les primes qui lui sont cédées, et non les têtes assurées, le pool évalue à moins de trente le nombre de personnes séropositives qu'il a couvertes depuis 1991.

Là aussi, le dialogue direct avec des praticiens a permis de rapprocher les points de vue.

Que faut-il en penser ? Échec complet comme l'écrit le Conseil national du sida¹² ? Stricte application de leur part des mécanismes conventionnels, comme l'affirment les assureurs ? « De leur part » recouvre deux explications, probablement exactes, mais à des degrés laissés à l'appréciation du lecteur.

D'une part, il est admis que certains emprunteurs séropositifs ont fait le choix de celer leur état. Les assureurs sont convaincus qu'ils ont versé des capitaux décès indûment garantis, faute d'avoir pu appliquer l'article L-113-8 du code des assurances qui sanctionne la fausse déclaration à la souscription. Les associations sont au demeurant conscientes des risques que fait peser cette épée de Damoclès

sur les assurés fautifs. Elles ont donc souhaité que puisse être organisée une procédure amiable de réajustement des contrats souscrits sur la base de fausses déclarations, ce à quoi les assureurs se sont opposés¹³.

D'autre part, il est impossible de savoir combien de personnes séropositives ont souhaité souscrire un emprunt (relevant du champ conventionnel) depuis 1991. Le nombre d'une trentaine paraît certes faible. Mais, à l'inverse, la FFSA n'a jamais été informée par les associations d'un cas d'emprunteur séropositif n'ayant pas obtenu des signataires la mise en jeu de la convention lorsqu'il y avait droit. Il n'est donc pas démontré que le jeu conventionnel n'a pas fonctionné ;

- le second grief portait sur le non-respect de la confidentialité des informations à caractère médical : tous les « cas » présentés par Aides dès la première réunion de la Commission concernaient ce point ; notons cependant que deux exemples sur les quatre cités ne concernaient pas l'assurance emprunteur, et ne mettaient pas directement en cause une entreprise d'assurances.

Il s'est avéré que plus de la moitié des travaux de la Commission a porté sur la confidentialité dans le traitement de l'information à caractère médical. Ce sujet étant l'objet d'une annexe à la Convention de 1991, il a été convenu de la reprendre sous cette forme, en l'aménageant, c'est-à-dire en renforçant sa portée et en supprimant ce qui paraissait obsolète.

Sur ce point, la démarche des professionnels, établissements de crédit et assureurs, a été guidée par un principe – chacun est propriétaire de l'information médicale le concernant – et par un souci – pouvoir continuer d'effectuer efficacement des traitements de masse : la très grande majorité de la clientèle souhaite en effet avoir une réponse à sa demande de prêt, assurance comprise, à la fois gratuitement et rapidement.

Pour cela, il est impératif de pouvoir traiter de manière automatique, et donc la plus déconcentrée possible, les centaines de milliers de cas qui ne soulèvent pas de questions d'assurabilité au vu des questionnaires de santé remplis par les candidats.

Ceci implique notamment la nécessité d'un lien procédural fort entre le dossier de crédit et le dossier d'assurance, faute de quoi, beaucoup de temps et d'énergie seraient perdus entre le client, son chargé de clientèle bancaire et les services de l'assureur, service gestionnaire et service médical.

À l'inverse, les associations ont mis en avant la protection prioritaire des malades, qui ne doivent en aucun cas être placés en situation délicate au moment de remplir le questionnaire de santé et, *a fortiori*, le questionnaire dit médical lorsque celui-ci est exigé¹⁴. Ce souci légitime n'étant contesté en fait par personne, il fallait donc trouver une solution organisationnelle pratique. Celle qui a été retenue consiste en une procédure en deux temps : – tout d'abord, il est explicitement annoncé au candidat à l'emprunt que, en toute hypothèse, il peut remettre son questionnaire de santé sous pli confidentiel destiné au service médical de l'assureur. Dans les cas où une réponse au questionnaire fait apparaître une maladie ou une suite de maladie antérieure, le candidat serait même formellement invité à le transmettre de manière confidentielle au service médical ; – ensuite, il est précisé que, s'il ne le juge pas nécessaire, il peut remettre son dossier complet à son intermédiaire financier¹⁵.

Cette articulation, qui privilégie le mode confidentiel par rapport au mode administratif, apparaît comme un bon compromis entre la protection des individus et les réalités du traitement de masse : inonder les services médicaux de deux millions de questionnaires comportant la réponse « néant » à toutes les lignes aurait été contre-productif à tous égards.

L'extension du champ conventionnel

Pour essentielle qu'elle soit, la question de la confidentialité du traitement des données de santé ne doit pas occulter l'objet premier de la Convention, à savoir

l'assurance des candidats à l'emprunt présentant un risque de santé aggravé. Cette désignation un peu longue rend compte d'une extension majeure de la portée donnée à la future convention par rapport à celle de 1991. Il ne s'agit plus seulement de la séropositivité au VIH, mais de tous les risques de santé aggravés au sens de l'assurance décès (cette précision est fondamentale) : fort excès pondéral, addiction au tabac, diabète, insuffisance cardiaque, cancer... Cette dernière pathologie, par exemple, représente environ 30 % des risques de santé rencontrés, suivie par les maladies cardiovasculaires et rénales. De fait, la Ligue nationale contre le cancer a participé activement aux travaux de la Commission.

Le lecteur aura compris d'emblée que l'approche d'une succession de conventions par pathologie aurait été impraticable, dès lors qu'il s'agissait de dépasser le cadre de la séropositivité au VIH. Si les acquis de 1991 subsistent pour ceux qui en sont victimes – concrètement par la garantie d'une couverture à un tarif convenu –, aucune des procédures du projet de la nouvelle convention ne distingue (et donc ne stigmatise) la séropositivité des autres risques de santé aggravés.

Il s'agit d'une extension considérable, puisque l'on passerait d'une convention concernant des dizaines de cas par an à une convention touchant potentiellement des dizaines de milliers, voire une centaine de milliers, de cas par an.

Ce changement d'échelle spectaculaire a un ressort : les assureurs signifient en réalité qu'ils sont prêts à tout mettre en œuvre pour que les cas assurables puissent se voir proposer une offre d'assurance. Il ne faut pas perdre de vue, néanmoins, que 95 % des demandes d'assurance décès sont d'ores et déjà acceptées sans surprime. Sur les 5 % restant, plus de 4 % sont acceptées avec surprime, et moins de 1% sont refusées ou ajournées.

Quels sont alors les cas qui posent problème en assurance décès ? Avant d'y répondre, trois remarques : – la question de l'assurance, et notamment de son coût, n'est qu'un volet du dossier, du dialogue pourrait-on dire, établi entre le candidat à l'emprunt et l'interlocuteur bancaire qu'il a approché.

Il arrive fréquemment qu'une demande de prêt n'aboutisse pas, indépendamment ou non de la réponse de l'assureur concerné : le critère premier reste la capacité de remboursement ;

– la question de la motivation des refus d'assurance a été longuement débattue. Actuellement, il n'est pas aisé de savoir si un refus résulte d'une inassurabilité individuelle objective¹⁶, ou des limites du contrat collectif d'assurance emprunteur souscrit par l'établissement de crédit ;

– enfin, les difficultés ne portent pas toujours sur la garantie décès, objet du champ conventionnel, mais sur les garanties incapacité-invalidité, beaucoup plus difficiles à traiter.

Ces remarques faites, et pour résumer en allant à l'essentiel, les assureurs ont proposé – indépendamment des garanties alternatives hors de leur compétence – que toute personne assurable en cas de décès puisse bénéficier d'une offre d'assurance. Deux pistes ont alors été explorées :

– la plus simple consiste à accepter, en garantie des crédits accordés, des contrats d'assurance décès temporaire individuels, que les candidats sont susceptibles de souscrire indépendamment des contrats collectifs emprunteurs proposés par les établissements de crédit. Cette solution est d'autant plus envisageable qu'elle existe déjà : certains assureurs ne pratiquent d'ailleurs que l'assurance décès emprunteur individuelle. Elle suppose un traitement sur mesure, au cas par cas¹⁷, notamment dans les chaînes informatiques ;

– la voie supplémentaire imaginée consiste à ce que chaque établissement de crédit complète sa gamme de contrats emprunteurs en cours par un contrat collectif d'assurance décès emprunteurs additionnel, groupe ouvert réceptacle de tous les cas refusés par les contrats précédents pour quelque raison que ce soit. Ce contrat serait actionné automatiquement par l'organisme prêteur, sans que son client ait à faire une nouvelle démarche.

Les assureurs groupe de la FFSA proposeront aux établissements de crédit qui sont leurs clients la mise en place de ces contrats, lorsqu'ils n'existent pas déjà. Leur généralisation devrait permettre de donner un tarif d'assurance dans la quasi-totalité

des cas assurables, avec le concours actif des réassureurs professionnels membres de la FFSA opérant sur le marché français.

Enfin, pour compléter ces deux niveaux d'offre de marché, la profession a proposé la création d'un pool de coréassurance des risques très aggravés. Dans le cadre de la nouvelle convention, son objet serait de fournir une capacité de couverture en réassurance additionnelle, toujours pour les cas de séropositivité au VIH, mais aussi pour les cas particuliers de risques de santé aggravés que le marché ne couvrirait pas. Concrètement, un refus de garantie du pool reviendrait à qualifier le risque soumis d'« inassurable en l'état de la science ».

Et après...

Tout n'est bien sûr pas réglé, il reste toujours des progrès à faire. Des risques décès inassurables hier figurent aujourd'hui dans les manuels de tarification, grâce aux progrès de la médecine certes, mais aussi grâce au recul statistique qui permet aux actuaires et aux médecins conseils d'élaborer un tarif, avec ses règles d'application, et d'évaluer les risques.

Les travaux menés par la Commission Belorgey pendant dix-huit mois ont eu le mérite de faire avancer toutes les parties prenantes sur le même chemin. L'objet du projet de convention qu'elle a élaboré est de poursuivre dans cette voie.

Notes

1. *Lettre de mission à J.-M. Belorgey, conseiller d'État, en date du 5 février 1999.*

2. *Réflexions sur l'assurabilité, rapport du Comité présidé par J.-M. Belorgey, conseiller d'État, mai 2000.*

3. *Communiqué de presse du ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 7 juin 2000.*

4. « *Assurance et VIH, Action* », La Lettre mensuelle d'Act Up, n° 61, juin 1999.

5. *Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal, article 21.*

6. « *Étude génétique des caractéristiques d'une personne* », *Communiqué FFSA « L'engagement des assureurs de la FFSA »*, 31 mars 1994-23 mars 1999.

7. *Audition de Claude Fath, président du Groupement des assurances de personnes (GAP), André Renaudin, délégué général du GAP, François Ewald, directeur Recherche et stratégie de la FFSA (le GAP a été depuis complètement intégré à la FFSA).*

8. Assurance et VIH/Sida – Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, *Rapport, avis et recommandations du Conseil national du sida, adoptés le 20 septembre 1999.*

9. Assurance et VIH/Sida – Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, op. cit., p. 90.

10. Assurance et VIH/Sida – Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, op. cit., p. 5.

11. *Auditions du Dr Michel Hainault, président de l'Association des médecins conseils en assurances de personnes, de Gérard Meneroud, président du Bureau commun des assurances collectives, de Romain Durand, directeur général de Scor Vie, assisté de Michel Dufour, in Assurance et VIH/Sida – Pour*

une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, op. cit., annexe n° 3.

12. Assurance et VIH/Sida – Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, op. cit., recommandation n° 1, p. 90.

13. Assurance et VIH/Sida – Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, op. cit., p. 18.

14. *À ce propos, la Commission a abordé la question de la nature, spécifique ou non, du secret médical, cas particulier du secret professionnel (Cf. articles 226-13 et 226-14 du code pénal).*

15. *Les choses sont évidemment un peu plus compliquées au plan des procédures. En effet, si les crédits immobiliers passent généralement par un établissement de crédit, il n'en est pas de même pour les crédits à la consommation. Autant il est possible de codifier des procédures pour les chargés de clientèle bancaires, autant il est difficile de le faire pour la vente de biens de consommation.*

16. *Un essai de définition de ce concept ne sera pas tenté ici : le lecteur se convaincra aisément de la difficulté d'une telle définition.*

17. *L'Association du cercle des assureurs des risques aggravés et techniques (Acarat) a été créée en 1992 à cette fin (cf. L'Assurance des risques aggravés : Quelles solutions ? Entretiens de l'assurance, 12 décembre 2000).*

LA SÉLECTION DE LA CLIENTÈLE PAR L'ASSUREUR : ASPECTS JURIDIQUES

Georges Durry

Président honoraire

Université Panthéon-Assas (Paris II)

La sélection de sa clientèle par l'assureur est une pratique courante. Elle se heurte pourtant, dans les risques « de masse » du moins, à la prohibition du refus de prestation de services édictée par l'article L. 122-1 du Code de la consommation. L'auteur se propose de donner un fondement juridique à la faculté de sélection reconnue en fait aux assureurs, tout en mettant en lumière certaines de ses limites.

Que la sélection de sa clientèle par l'assureur soit de pratique courante, qui le nierait ? L'assureur automobile ne souhaitera pas garantir tel conducteur responsable de plusieurs sinistres antérieurs et l'assureur du risque maladie ne se souciera pas davantage de compter au nombre de ses assurés une personne ayant récemment accumulé les arrêts de travail.

La sélection peut aussi prendre une forme moins absolue : elle engendrera non pas un refus d'assurer les « mauvais » risques, mais un classement de l'assuré au sein de catégories, plus ou moins nombreuses, soumises à des tarifications différenciées, parfois très nettement. Là encore, l'assurance automobile fournit un excellent exemple. Chaque assureur a ses bêtes noires et ses privilégiés. La nature et la puissance du véhicule, l'utilisation, professionnelle ou non, qui en est faite, l'expérience de ses conducteurs habituels, son lieu usuel de garage : autant de paramètres que l'assureur manie et combine à sa guise pour établir ses classes de tarification, expression d'une véritable politique. C'est ainsi que, si la plupart des assureurs frappent les jeunes conducteurs d'une surprime, dans la limite de 100 % imposée par les textes, quelques-uns préfèrent miser sur une solida-

rité entre générations : après tout, le jeune d'aujourd'hui n'est-il pas le quadragénaire de demain ?

Les effets attachés à ces classifications sont, au demeurant, régulièrement revus. Telle catégorie dont les résultats d'ensemble sont bons paiera moins cher à l'avenir, alors que telle autre qui obère les résultats de l'entreprise fera au contraire l'objet d'une majoration tarifaire. Ces ajustements seront en général pratiqués à l'occasion de l'échéance, annuelle la plupart du temps, des contrats. Cette échéance sera également l'occasion de résilier les contrats, ou, ce qui revient au même, de refuser leur tacite reconduction, si l'assuré collectionne les sinistres. Autrement dit, ce serait une vue réductrice que de croire que la sélection de la clientèle s'effectue seulement à l'entrée dans la mutualité des assurés. Elle s'opère aussi plus tardivement. Certains assureurs se sont d'ailleurs fait une spécialité d'être peu exigeants au départ afin d'accroître leur part de marché. Mais ils se rattrapent très vite en sélectionnant alors leur clientèle de façon drastique.

Cette sélection *a posteriori* est d'autant moins à négliger que les quelques rares décisions suscitées chez les assureurs par l'exercice de la sélection de leur clientèle ont, en fait, trait à des assurés marris d'apprendre que leur assureur entend mettre fin à

leur contrat alors qu'eux-mêmes sont désireux de le poursuivre. Il est au contraire pratiquement sans exemple qu'un refus initial d'assurance soit l'objet d'une contestation judiciaire : le rejeté se soucie en effet bien plus de trouver très vite sur le marché l'assureur dont il a besoin que de se lancer dans une procédure, coûteuse et surtout lente, contre celui qui l'a repoussé.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de sélection absolue, par rejet, ou relative, par tarification différenciée ; de sélection immédiate, à l'entrée, ou différée, quand le contrat a déjà joué quelque temps, c'est toujours un tri qu'entend pratiquer l'assureur. Obsédés par le fatidique rapport S/P, autrement dit la proportion entre les sinistres à régler et les primes encaissées pour un risque déterminé, les assureurs ne sont pas loin de considérer cette faculté de trier comme une prérogative fondamentale de l'exercice même de leur activité.

Sera-t-il cependant permis de poser au moins la question de savoir si cette sélection a un fondement légal ? Car la pratique, pour constante qu'elle soit, est une chose, la règle juridique en est une autre. La question n'apparaît toutefois légitime que pour les risques dits « de masse », sans donner à cette expression un contenu juridique spécifique, mais en l'opposant à des contrats que l'on pourrait qualifier de « sur mesure ». Ces derniers – qu'il s'agisse, par exemple, de l'assurance d'un risque industriel ou d'une assurance de groupe de quelque importance – ne sont en effet conclus qu'après des pourparlers souvent très longs. Il est alors clair que l'assureur, comme son partenaire d'ailleurs, pourra finalement refuser de conclure si les négociations préalables ne lui ont pas apporté l'apaisement. La situation est tout autre pour une multirisque habitation ou une assurance auto, domaines dans lesquels le désir d'assurer tout un chacun paraît patent chez des assureurs qui se livrent à une concurrence plutôt vive et à des publicités aguichantes. La sélection reste-t-elle alors légitime ?

A priori, et au risque de surprendre beaucoup, la réponse semble négative. En effet, le souscripteur de tels contrats n'est qu'une espèce particulière de consommateur. Or le refus de prestation de

services à un consommateur sans motif légitime reste, même après le vote de la loi du 1^{er} juillet 1996 – encore plus libérale que la célèbre ordonnance du 1^{er} décembre 1986 –, une infraction pénale, plus précisément une contravention de cinquième classe (art. L. 122-1 et R. 121-13 C. cons.). Cependant, et malgré ce dernier texte, on voudrait démontrer que, pour des raisons qui vont être développées maintenant, l'assureur a bien le droit de sélectionner sa clientèle (I), sans toutefois que ce droit soit absolument discrétionnaire (II).

Le caractère licite de la sélection

Il n'y a de problème que pour la sélection que l'on a proposé de qualifier d'« absolue », celle qui se traduit par un refus d'assurance, immédiat ou différé. Car l'établissement de catégories entre assurés, garantis contre un même risque et soumis à des tarifications différentes parce que l'assureur estime que les uns ont plus de probabilités d'avoir un sinistre que les autres, n'est pas concerné par l'article L. 122-1 du Code de la consommation. Et il ne s'agit pas davantage de conditions discriminatoires au sens de l'article 36 de l'ordonnance du 1^{er} décembre 1986¹, tout simplement parce que la discrimination est justifiée par la différence des probabilités. Si le moindre doute pouvait exister à cet égard, il serait levé par la jurisprudence qui, s'agissant de sociétés d'assurances mutuelles, où le principe d'égalité est pourtant consacré formellement par les textes (art. R. 322-72 C. ass.), a admis la répartition des sociétaires en groupements soumis à des tarifs différents².

Le refus d'assurance pose, étant donné les termes de l'article L. 122-1, un problème moins simple. Pour le justifier, on a avancé des raisons qui ne semblent pas décisives (A), alors qu'il en existe, à notre sens, de meilleures (B).

A. Il a parfois été dit que l'assureur ne pouvait se voir appliquer les peines du refus de prestation de

services tout simplement parce qu'il ne serait pas en situation d'offre au public. Cette thèse aurait un écho dans l'article L. 112-4 du Code des assurances, selon lequel, on le sait, « la proposition d'assurance n'engage ni l'assureur ni l'assuré ». Or tout ce qui résulte de ce texte, c'est que le contrat d'assurance n'est pas formé par le simple fait de remplir un document, appelé proposition d'assurance et établi le plus généralement par l'assureur, mais qu'il ne le sera que lorsque la demande de souscription aura été acceptée, explicitement ou tacitement, par l'assureur. Il serait, selon nous, vraiment trop facile de s'abriter derrière cette disposition, dont le seul objet est de permettre à l'assureur de ne pas se trouver engagé à la légère – c'est-à-dire sans avoir eu le temps d'examiner la qualité du risque qu'il lui est demandé de couvrir –, pour dispenser, par principe, l'assureur de respecter l'article L. 122-1 du Code de la consommation. A ce compte, il suffirait à tout prestataire de services de prévoir, par exemple dans ses documents publicitaires, qu'il se réserve le droit de ne pas conclure le contrat après examen du dossier pour échapper à toute incrimination pour refus de prestation de services. C'est l'analyse concrète de la situation qui nous semble devoir prévaloir sur une sorte d'astuce juridique. Or la réalité est que l'assureur qui finalement n'accepte pas d'assurer a refusé une prestation de services.

Pas davantage ne saurait-on défendre un droit absolu de l'assureur au refus d'assurer par le fait que le contrat d'assurance serait marqué par un *intuitus personae*, une considération de la personne de l'assuré. L'assureur n'accepterait de garantir qu'en fonction de la personnalité de son contractant et pourrait donc, si elle ne lui agréait pas, à la limite refuser de contracter. Mais c'est là donner à la notion, classique, de contrat conclu *intuitu personae* une extension démesurée. Elle ne concerne en effet que les opérations dans la conclusion desquelles les qualités personnelles du contractant – un artiste peintre, un avocat, un médecin, un simple mandataire – sont tenues pour essentielles. Tout cela a-t-il quelque ressemblance avec ce que la personne de l'assuré représente pour l'assureur dans les contrats « de masse » ?

B. La véritable question, en réalité, est de savoir si l'assureur, en ce dernier cas, a un motif légitime de refuser de contracter. Car, s'il en a un, c'est, aux termes mêmes du Code de la consommation, une justification de son refus. Mais il est deux façons d'envisager ce motif légitime. L'une est de le considérer au cas par cas, ce qui ferait de chaque refus une hypothèse particulière, avec obligation de justifier le refus ; l'autre, d'admettre l'existence d'une sorte de légitimation générale du refus d'assurance, *a priori*, par une véritable permission de la loi. Or tel est bien, croyons-nous, le cas en matière d'assurance. Deux séries de textes paraissent pouvoir être présentées à l'appui de cette affirmation.

Il s'agit, en premier lieu, de tous les textes qui ont trait aux déclarations que l'assureur est en droit d'exiger de son assuré, aussi bien avant la conclusion du contrat que pendant le cours de celui-ci, ainsi qu'aux droits de l'assureur lorsqu'il apprend que les informations qui lui ont été données étaient, ou sont devenues, inexactes : on aura reconnu les articles L. 113-2, 1^o et 2^o, d'une part ; L. 113-4, 113-8 et 113-9, de l'autre, du Code des assurances.

En vertu du premier de ces textes, l'assuré doit répondre avec sincérité aux questions – pourvu qu'elles soient précises (art. L. 112-3, al. 2) – que lui pose l'assureur avant la conclusion du contrat et qui portent sur des points « de nature à [lui] faire apprécier les risques qu'il prend en charge ». Aux termes du second, l'assuré a l'obligation, une fois le contrat conclu, d'informer l'assureur des circonstances nouvelles qui, aggravant le risque, rendent inexactes ou caduques les réponses faites à l'origine. A travers ces dispositions, on le voit, le législateur entend que l'assureur ait en main tous les éléments lui permettant d'apprécier le risque qu'on souhaite lui voir prendre en charge, ou qu'il assume déjà, mais qui s'est aggravé depuis. Ainsi, implicitement déjà, n'est-il pas admis qu'il pourrait, au vu de ces informations, refuser d'assurer ?

Mais c'est de manière tout à fait explicite que les trois derniers articles, relatifs aux droits de l'assureur mieux informé, lui reconnaissent ce pouvoir. Laissons même de côté le cas où la mauvaise foi de l'assuré a été démontrée, car on

pourrait considérer que, en autorisant une résiliation-sanction, ils ne sont pas probants, et raisonnons sur le seul article L. 113-9³. Concernant donc l'hypothèse la plus favorable au souscripteur, celle où il est considéré comme étant de bonne foi et n'a donc pas lieu d'être sanctionné, ce texte autorise l'assureur, informé d'une circonstance influant sur son appréciation du risque et jusque-là ignorée de lui, à proposer une surprime ou, s'il préfère, à résilier le contrat, sauf à respecter un court délai durant lequel la garantie doit être maintenue. Cette faculté de résilier n'est soumise à aucune condition de fond, et donc laissée à la seule appréciation de l'assureur. Ne doit-on pas tenir pour évident que ce qui lui est permis une fois qu'il a tardivement appris l'étendue exacte du risque à couvrir lui est, par identité de motifs, autorisé lorsqu'il a été informé dès le début ?

La seconde série de textes d'où peut être inférée une permission de la loi à l'assureur de refuser d'assurer est, paradoxalement en apparence, constituée de ceux, innombrables⁴, qui ont instauré une obligation d'assurance. On pourrait imaginer que, au moins alors, l'assureur soit obligé d'assurer. Rien ne serait plus faux. D'abord, dans l'immense majorité des cas, l'obligation ne pèse que sur les assujettis, nullement sur les assureurs, toujours entièrement libres de ne pas garantir. Et l'on connaît des professionnels, par exemple des courtiers d'assurance, obligés de justifier d'une assurance de responsabilité pour exercer leur profession, qui se sont trouvés en grande difficulté, faute de parvenir à s'assurer, sans recours d'aucune sorte. En second lieu, il existe certes quelques cas, qui se comptent sur les doigts d'une main (les plus connus sont l'assurance automobile et l'assurance construction), où le législateur a entendu que les assujettis ne puissent rester sans assurance. Il a alors prévu l'intervention d'une autorité administrative, le Bureau central de tarification. Celui-ci a le pouvoir d'imposer l'obligation de garantie à un assureur choisi par l'assujetti, aux conditions décidées par le bureau. Mais on observera que la saisine du bureau suppose établi... le refus préalable de l'assureur, qui reste donc son droit premier, même si, dans ce cas très particulier,

un recours est prévu par les textes, recours qui permettra de passer outre au refus.

Parfois cependant, la liberté de sélection de l'assureur peut se heurter à d'autres règles.

Quelques limites à la liberté de sélection de l'assureur

On a souvent observé que le nombre des droits totalement discrétionnaires allait diminuant, ce qui n'est pas fait pour surprendre : l'absolutisme n'est plus de mise aujourd'hui. Aussi n'est-il en rien surprenant que des atteintes aient été portées à la liberté de sélection de l'assureur, dont l'objet n'est d'ailleurs que de protéger des intérêts patrimoniaux. Parfois, c'est le législateur qui est intervenu pour la limiter, au nom d'intérêts, souvent extrapatrimoniaux, qui lui semblaient préférables (A) ; parfois, mais plus rarement, à ce jour du moins, ce sont les tribunaux (B).

A. L'intervention du législateur a pris essentiellement deux formes. La première est générale, mais peut très bien s'appliquer à l'assurance : c'est l'interdiction, pénalement sanctionnée, d'un certain nombre de discriminations (art. 225-1 C. pén.) ; la seconde, spécifique de l'assurance, concerne ce qu'il est convenu d'appeler la prévoyance complémentaire (loi 89-1009 du 31 déc. 1989, dite « loi Evin »).

Depuis 1972, l'article 416 du Code pénal prohibait toute distinction entre individus reposant sur l'appartenance ethnique, nationale, raciale ou religieuse. Au fil des années y ont été ajoutées les discriminations fondées sur le sexe, la situation de famille, les mœurs, un handicap physique, l'état de santé et, enfin, les opinions politiques ou les activités syndicales. C'est tout cela qui a aujourd'hui pris place dans l'article 225-1 du Code pénal.

On a tenté de faire jouer ce texte à l'encontre des assureurs, qui y sont soumis comme les autres.

En 1982, des poursuites avaient été intentées contre les dirigeants d'une société qui refusait de garantir en assurance automobile les personnes ne sachant ni lire ni écrire, ce que permettait de détecter aisément le fait qu'elles n'étaient pas capables de remplir elles-mêmes le questionnaire d'assurance. C'était assez habile, car il ne s'agissait pas d'un critère de sélection expressément prohibé. On ne sera donc pas surpris que, le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale aidant, la cour de Rouen⁵ ait prononcé la relaxe. Il est cependant permis de penser que le critère choisi aboutissait plus souvent à éliminer des étrangers que des Français. Dix ans plus tard, c'est une autre pratique qui fut mise sur la sellette : un assureur avait prévu un tarif préférentiel au profit des femmes de plus de 25 ans, titulaires d'un permis depuis trois ans, seules à conduire leur voiture de façon régulière et n'ayant pas eu de sinistre depuis trois ans. Un mâle pugnace qui remplissait toutes ces conditions sauf une – on devine laquelle – s'estima victime d'une discrimination et se constitua partie civile. Ni le juge d'instruction ni la chambre d'accusation⁶ ne le suivirent cependant. Notamment, la cour estima qu'il n'y avait pas eu discrimination sexiste étant donné que toutes les femmes n'avaient pas droit au tarif préférentiel. L'argument était pourtant d'une faiblesse insigne, puisqu'un homme avait été repoussé uniquement en tant que tel. Mieux aurait valu, à notre sens, se fonder sur le fait que la différence que cet assureur entendait faire entre les sexes était fondée sur des statistiques formelles : les femmes dotées de toutes les qualités que l'on exigeait d'elles avaient moins d'accidents que les hommes remplissant les mêmes conditions. Dès lors, il n'y avait pas discrimination fondée sur le sexe, prohibée, mais sélection tarifaire selon la nature du risque, permise.

Malgré ces deux tentatives avortées d'appliquer l'article 225-1, il n'en reste pas moins que les assureurs doivent respecter ce texte et le savent. La preuve en est qu'ils ont su obtenir une dérogation, pour eux essentielle, à la prohibition de toute discrimination fondée sur l'état de santé. L'article 225-3, 1° du Code pénal fait en effet

exception à la prohibition dans les opérations qui ont « pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ». Les assureurs de ces différents risques ont donc encore le droit, sauf à y renoncer de leur plein gré, de s'intéresser à l'état de santé des candidats à l'assurance et de leur poser des questions à ce sujet avant de décider de les assurer ou de les classer dans telle ou telle catégorie tarifaire.

Néanmoins, ils n'échapperont pas aux dispositions de la loi Evin, dont plusieurs sont autant de limites à la faculté de sélection de l'assureur. Le caractère éminemment social des assurances concernées a paru au législateur devoir prévaloir sur les droits ordinairement reconnus à l'assureur :

– L'article 2 de la loi Evin, dans les assurances collectives que vise ce texte, impose de prendre en charge les suites des états pathologiques antérieurs à la souscription. Et il n'autorise pas l'assureur, dans les assurances maladie, maternité ou accident, à stipuler une exclusion pour une quelconque pathologie ou affection ouvrant droit aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de la Sécurité sociale.

– L'article 3, s'agissant des autres assurances collectives, prévoit en principe la même couverture des états pathologiques antérieurs. Mais il autorise les exclusions, redonnant ainsi à l'assureur un certain pouvoir de sélection, dont l'article 2 le prive entièrement, à la double condition toutefois que les maladies antérieures dont les conséquences sont exclues soient bien précisées⁷ et que l'assureur démontre qu'elles étaient antérieures à l'assurance.

– On citera encore l'article 6, qui, passé un délai de deux ans après que la garantie a été acquise, oblige l'assureur au maintien de certaines garanties, le privant ainsi de la faculté qui est habituellement la sienne de résilier un contrat et de le priver ainsi d'effet pour les sinistres survenus postérieurement à la résiliation.

Est-ce cette dernière disposition qui a récemment inspiré la cour d'appel de Paris, statuant en référé⁸, à maintenir un contrat que l'assureur avait résilié dans les conditions légales ?

B. Les tribunaux sont pourtant traditionnellement très réservés lorsqu'il leur est demandé de contrôler les mobiles d'une résiliation régulière, ce qui confirme, une fois de plus, que l'assureur a le droit de sélectionner, et donc d'éliminer des assurés dont il ne veut plus. Extrêmement net à cet égard est l'arrêt rendu par la première chambre civile le 7 juillet 1992⁹, qui a décidé que, à partir du moment où la résiliation était en tous points régulière, une cour d'appel avait pu en déduire que « l'assureur n'avait pas abusé du droit » de résilier que lui accordait, comme à l'assuré d'ailleurs, le contrat.

A s'en tenir à cette décision donc, il n'y aurait pas place en notre matière pour la célèbre théorie de l'abus du droit, ultime moyen de contrôle par les tribunaux des raisons qui amènent les êtres humains à mettre leurs droits en œuvre. La faculté de résiliation des assureurs serait donc à ranger au nombre des droits discrétionnaires.

Ce n'est toutefois pas acquis. Déjà la Cour de cassation, dans un arrêt à l'époque très remarqué¹⁰, avait approuvé une cour d'appel d'avoir remis en vigueur un contrat pourtant résilié dans les formes. Mais, en l'espèce, il était établi que la résiliation avait été motivée par l'exigence de l'assureur de lier la souscription de l'assurance responsabilité automobile, seule demandée par l'assuré, à celle de la garantie protection juridique. La Cour de cassation a qualifié cette résiliation d'abusives. L'espèce, il faut en convenir, s'y prêtait particulièrement, dans la mesure où, d'une part, il s'agissait d'assurance automobile et, où, d'autre part, un texte (à l'époque l'article R. 212-4, aujourd'hui l'article R. 250-2, al. 4 C. ass.) assimile à un refus d'assurance le fait pour l'assureur de prétendre lier la souscription du risque obligatoire et celle d'une autre assurance.

On ne trouvait, en revanche, aucune circonstance de cet ordre dans une affaire qui a appelé récemment l'intervention de la Cour de cassation¹¹, saisie d'un pourvoi contre l'arrêt de Paris du 9 juin 1999, précité. C'est une des conséquences de ce que l'on avait appelé, un peu rapidement semble-t-il, le bogue de l'an 2000. L'assureur, depuis 1996, de la responsabilité d'une société

d'informatique avait résilié le contrat pour le 1^{er} janvier 1999, tout en faisant savoir qu'il était disposé à poursuivre les relations contractuelles si l'assuré acceptait un avenant excluant de la garantie les responsabilités qu'il pourrait encourir et qui seraient liées au codage de l'année. En clair, l'assureur entendait échapper aux risques liés au fameux bogue. Ne parvenant pas à trouver auprès d'un autre assureur la garantie dont on le privait, l'assuré demanda en référé que la garantie antérieure soit prorogée. Cela lui fut refusé en première instance, mais accordé en appel, la cour ayant été sensible au fait que l'assureur avait accepté de garantir à une date – 1996 – où, déjà, nul ne pouvait ignorer les problèmes susceptibles de se poser lors du passage du millésime 1999 au millésime 2000.

Or il est très remarquable que, si l'arrêt de Paris a été cassé, c'est uniquement parce que les juges n'avaient pas limité dans le temps l'effet de la prorogation qu'ils ordonnaient. En revanche, la Cour de cassation a estimé que, sous cette réserve, le juge des référés puisait dans l'article 873, al. 1^{er}, du nouveau Code de procédure civile le pouvoir de décider la poursuite du contrat, à titre de mesure conservatoire, destinée à prévenir un dommage qualifié d'imminent¹². On ne saurait s'empêcher de penser que la Cour de cassation a, après les juges du fait, estimé qu'il convenait de sanctionner ce qui était considéré comme une déloyauté de l'assureur, masquée sous l'usage apparemment régulier d'une faculté de résiliation. Et même s'il est indéniable que l'articulation entre la décision d'un juge des référés d'accorder une prorogation temporaire d'un contrat d'assurance et le jugement sur le fond qui pourrait être rendu à ce sujet sur demande de l'assureur se révèle des plus problématique¹³, il ne serait pas raisonnable de la part des assureurs de ne pas voir dans l'arrêt du 7 novembre 2000 au moins un sérieux coup de semonce : le droit de résilier, forme fréquente de sélection par l'assureur des risques qu'il accepte de prendre en charge, n'est-il pas à la veille d'être contrôlé par les juges ? Et, nouvelle application de la théorie des dominos, ce contrôle ne pourrait-il, un jour, être étendu au refus initial d'assurer ?

Ce serait se voiler la face que de ne pas poser, en conclusion, cette question sacrilège.

Notes

1. *A supposer même, ce qui est douteux, que ce texte concerne d'autres rapports que ceux entre professionnels.*

2. *1re Civ., 28 av. 1993, Bull. I, n° 147 ; jurisprudence confirmée depuis à plusieurs reprises.*

3. *Le même raisonnement vaut pour l'article L. 113-4 spécifique des aggravations de risque.*

4. *Cf. Risques, n° 12, déc. 1992 ; Favre Rochex et Courtieu, « Le droit des assurances obligatoires », LGDJ, 2000.*

5. *Rouen, 4 nov. 1982, Bull. rap. dr. aff. Francis Lefebvre, 1983, n° 9, p. 6.*

6. *La Cour de cassation fut même saisie, mais, contrairement à ce que l'on a parfois pu lire, sans se prononcer le moins du monde sur le fond, le pourvoi ayant été rejeté pour un motif de*

pure procédure. Son arrêt (Crim., 8 juin 1993, Rev. gén. ass. terr., 1993, 927, note Fortis) est donc de nul apport dans le débat.

7. *Cette exigence a conduit la Cour de cassation (1re Civ., 4 mai 1999, Bull. I, n° 140) à décider que l'exclusion des « maladies sexuellement transmissibles » ne répondait pas aux dispositions légales.*

8. *Paris, 9 juin 1999, JCP E 1999, 1353, cité par L. Grynbaum (An 2000 : un passage risqué, Resp. civ. et ass., sept. 1999, p. 33).*

9. *Rev. gén. ass. terr. 1992, 892, note Kullmann ; cf. également, au sujet de la résiliation après sinistre d'une assurance de groupe, 1re Civ., 20 janv. 1993, Bull. I, n° 19.*

10. *1re Civ., 17 mai 1982, Rev. gén. ass. terr. 1983, 76, note Besson.*

11. *1re Civ., 7 nov. 2000, D. 2001, note Jamin et Billiau.*

12. *En ce sens, Grynbaum, note préc., p. 34.*

13. *Voir, sur ce point, les développements de MM. Jamin et Billiau, note préc.*

SÉLECTION ET SÉGRÉGATION EN ASSURANCE

Joël Winter

Actuaire, Isfa

Président, JWA-Actuaires

La puissance introspective des méthodes statistiques peut faire craindre que certaines solidarités ne soient brisées. Mais la méthode scientifique en assurance a avant tout vocation à répondre à des questions touchant des populations aux périmètres prédéfinis, là où le problème de la sélection ne se pose pas.

Que les résultats des études statistiques puissent servir à mettre en œuvre des méthodes de sélection inavouables est un danger dont il faut se garder, mais en ayant conscience qu'une certaine forme de sélection fait d'ores et déjà partie de notre culture ou qu'elle peut se montrer, dans certains cas, souhaitable et vertueuse.

La difficile question de la sélection en assurance, de ses justifications morales ainsi que de ses conséquences sociales ou humaines dépasse bien entendu le seul domaine du débat technique sur lequel se positionne, par essence, l'actuaire dans l'exercice de ses fonctions.

A la fois ingénieur financier, statisticien et probabiliste, l'actuaire est naturellement investi d'une certaine légitimité dans l'analyse des conditions d'équilibre des opérations d'assurance et donc de leur optimisation financière. Mais, en toute hypothèse, les opérations d'optimisation prennent un tout autre relief selon qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une population prédéfinie ou dans celui d'une population à recruter. Dans le premier cas, en effet, le périmètre de la population concernée constitue une donnée, c'est-à-dire un élément intangible de la problématique à résoudre. Dans le second cas, le calibrage de la population peut devenir un paramètre d'ajustement de la tarifica-

tion s'inscrivant dans la politique d'optimisation et se traduire par des techniques plus ou moins voyantes, voire avouables, de sélection.

Les deux démarches d'optimisation et l'analyse de leurs motivations conduisent alors la réflexion sur les fondements mêmes des opérations d'assurance, c'est-à-dire sur le principe de mutualisation ainsi que sur la légitimité de la méthode scientifique en assurance.

L'actuaire : une responsabilité de pilote

Pour illustrer ce propos, prenons le cas finalement assez répandu, et dans lequel les actuaires interviennent le plus fréquemment, du pilotage des fonds collectifs de retraite. Dans une situation de ce genre, la question qui se pose au gestionnaire peut se résumer dans les termes suivants : quels moyens mettre en œuvre pour équilibrer financièrement une telle opération d'assurance, compte tenu d'un risque donné (le risque vieillesse en l'occurrence), d'une population donnée (les salariés d'une entre-

prise ou d'un groupe d'entreprises, par exemple) et pour une durée donnée (l'espérance de vie des personnes concernées) ?

C'est le type même de problématique qui se trouve à l'origine de l'actuariat. L'actuaire est alors investi d'une responsabilité de pilote, c'est-à-dire que, en fonction d'un ensemble de données et d'informations parfois fort denses et fort complexes, il se trouve face à des choix décisifs, dont les premiers le conduiront à envisager et à faire connaître une évaluation objective de l'engagement. Par la suite, il devra, dans la continuité, proposer l'élaboration de solutions à caractère technique et financier, telles que la mise en place d'un suivi de l'« adéquation actif-passif », qui auront pour ultime visée cette fameuse optimisation des coûts de financement et de fonctionnement évoquée plus haut.

Dans un tel cadre, on voit bien que la question de la réduction des risques par intervention sur la population ne se pose pas dans la mesure où, par définition, le travail actuariel d'optimisation s'effectue sur la base d'une population dont les contours sont fixés dans les hypothèses de départ.

Il n'en demeure pas moins que la nécessité de cerner le risque au plus près reste essentielle et constitue par ailleurs une démarche naturelle, voire incontournable. Les études statistiques se multiplieront donc pour déterminer avec le maximum de finesse les facteurs aggravants ou favorables au regard du risque étudié. Il en résulte, au fil du temps, une connaissance de plus en plus fine du comportement des populations, analysées par groupes et sous-groupes de mieux en mieux définis.

A titre d'exemple, en matière de retraite le risque est directement dépendant de l'espérance de vie, dont on sait qu'elle est sensiblement influencée par le sexe, et donc la proportion hommes-femmes constituera, notamment, un facteur déterminant pour l'évaluation du risque. Toutes choses égales par ailleurs, l'engagement à piloter sera d'autant plus élevé que la population féminine sera représentée, mais cette situation sera considérée comme factuelle et la modification de la structure démographique ou de son ajustement par des méthodes de sélection ne peut, par nature, constituer un acte de pilotage.

On soulignera le caractère parfaitement responsable de telles approches, dont le seul but, rappelons-le, est de mieux cerner la nature des risques et engagements auxquels l'assureur est confronté, et ce en s'interdisant d'agir sur le périmètre de la population

La tentation de l'avantage concurrentiel

Mais la connaissance statistique n'est pas exempte de tentation, et celle-ci peut se trouver à l'origine de comportements opportunistes. Ainsi, par un retournement de perspective finalement prévisible, la tentation peut devenir forte d'agir sur les caractéristiques du risque pour optimiser le financement d'une opération d'assurance, en réduire le coût et donc, dans le cadre d'une économie marchande, trouver un avantage concurrentiel.

En effet, les enseignements de la démarche statistique appliquée dans le cadre de populations prédéfinies (telles que celles évoquées ci-dessus) peuvent conduire à envisager des mesures d'optimisation pour les produits offerts aux populations ouvertes, à base notamment de sélection face aux effectifs qui postulent à l'assurance. Cette sélection s'effectuant bien entendu par un tarif discriminant appliqué en fonction du profil individuel.

Le danger qui guette donc le public à travers une telle démarche réside dans la mise en exploitation d'informations personnelles concernant l'individu pour le décourager, voire l'exclure du champ de l'assurance. La sélection en tant que telle doit-elle pour autant être considérée comme une démarche à bannir ?

On constatera, dans un premier temps, que pour répondre à cette question il ne peut être fait l'impasse sur le contexte culturel dans lequel s'inscrit la démarche. Ainsi, un certain nombre de mesures de sélection existent d'ores et déjà sur le marché de l'assurance sans que quiconque ne s'en émeuve vraiment, alors que d'autres mesures sont

plus difficilement envisageables, et pour les mêmes raisons.

L'assurance décès et l'assurance vie sont à ce titre exemplaires. Prenons le cas des tarifs proposés au public pour ce type de produits : ils augmentent en fonction des âges, et cette pratique est parfaitement admise du fait que la probabilité de décès, chacun en a conscience, croît avec l'âge.

Dans le même temps, il paraît très difficile de proposer des tarifs différenciés entre hommes et femmes pour les prestations de retraite alors même que, pour un âge donné, l'espérance de vie est sensiblement différente entre les deux sexes.

La sélection peut-elle être vertueuse ?

Certaines pratiques de sélection existent donc sur le marché sans être perçues par lui comme perverses, insupportablement discriminantes ou, pour tout dire, vecteurs de ségrégation avérée ou potentielle.

En second lieu, avant de prononcer en bloc la condamnation des procédures de sélection, il ne semble pas inutile de se poser la question de savoir dans quelles conditions de telles mesures peuvent se révéler vertueuses, bien entendu au regard d'objectifs clairement identifiés et moralement acceptables.

Ainsi, une procédure de sélection peut-elle être de nature à interférer avec le risque auquel elle s'attache et finalement le réduire ? C'est la grande question de l'efficacité de mesures comme le bonus-malus en assurance automobile et de leur influence positive sur le comportement des individus. Bien que l'effet réel et concret de telles mesures soit difficilement quantifiable, elles peuvent avoir des conséquences de nature à diminuer la probabilité même de survenance du risque. On se trouve donc dans une situation où la sélection des individus peut conduire à la diminution du risque lui-même, ce qui peut être considéré objectivement comme vertueux. Sur un registre parallèle, on peut penser qu'il en est de même pour

les mesures tarifaires avantageuses prises en assurance décès au bénéfice des personnes se rangeant dans la catégorie des non-fumeurs.

En résumé, la sélection en assurance est donc une pratique ancienne, non exceptionnelle, acceptée par le marché, et qui peut dans certaines configurations constituer un facteur positif et vertueux au regard de la diminution objective du risque.

La définition d'un périmètre de mutualisation

Face aux progrès de la science – la médecine génique notamment – et des outils statistiques et de scoring dont dispose le marketing, le risque n'est pas nul de voir peu à peu les pratiques de sélection perdre de leur ingénuité pour se mettre au service d'une démarche strictement marchande.

Or, toute opération d'assurance, sans exception, repose sur la loi des grands nombres et sur le principe de mutualisation. Parallèlement, toute pratique discriminante, même la plus vertueuse, même celles qui sont consacrées depuis des lustres par les usages, amène à la segmentation des populations et donc brise peu ou prou cette mutualisation. La grande question est donc de fixer les limites éthiques de ces segmentations qui conduisent à diviser les populations d'assurés.

Une personne de 50 ans peut accepter, sans résignation (et en toute conscience de la situation), de régler une cotisation d'assurance décès en moyenne égale à cinq fois celle d'un assuré de trente ans son cadet. Mais peut-on envisager sereinement d'appliquer le même écart de tarification à deux postulants de même âge au prétexte que l'un se trouve dans des conditions normales de santé et que l'autre est atteint d'une maladie grave, voire incurable ? Et que dire lorsque cette maladie marque au plus profond la société, jusqu'à en transformer les mœurs ?

Qu'on ne s'y trompe pas, la solution n'incombe pas uniquement à la profession de l'assurance ou à ses techniciens. Elle touche aux intérêts mêmes de tous les assurés.

Dans quelle mesure l'individu qui s'inscrit dans une certaine « normalité » admettra-t-il de payer pour celui ou celle qui s'écarte de cette « normalité » ? La mutualisation entre des profits individuels très différents est parfaitement réalisable sur les plans technique et actuariel. Reste qu'il faut que les principaux intéressés aient conscience des conséquences et les acceptent en connaissance de cause.

Toute la question, et elle est incontournable, réside donc dans la définition de ce périmètre de mutualisation, qui peut dans certains cas dépasser largement le débat technique et assuranciel pour devenir une question de choix de société.

Il serait vain, enfin, de diaboliser les études statistiques menées sur les populations d'assurés au seul prétexte qu'elles peuvent conduire à certains égards à des pratiques de sélection peu conformes à l'idée originelle de l'assurance. Ces études n'en sont pas moins nécessaires à l'exercice dans des conditions optimales de la profession d'assureur et d'actuaire.

INÉGALITÉS ET RISQUE DE SANTÉ

Pierre-André Chiappori

Professeur d'économie

Université de Chicago

Un problème majeur dans le domaine de l'assurance des risques de santé est celui des « conditions préexistantes » : faut-il admettre que la tarification reflète les différences de risques individuels ? Nous analysons brièvement les enjeux soulevés par ce débat.

Parmi toutes les inégalités qui caractérisent l'organisation sociale, celles qui ont trait à la santé sont sans doute les moins acceptables, et certainement les moins acceptées. L'idée que l'accès à des soins de qualité puisse être limité ou interdit par des considérations annexes – financières ou autres – a de quoi révolser le plus libéral d'entre nous. Parallèlement, il est un principe de base du métier d'assureur qui veut que seul le risque non encore réalisé puisse être assuré ; en d'autres termes, on ne peut prétendre couvrir un aléa avec une assurance acquise après sa réalisation – faute de quoi l'assurance perd son sens, et l'assureur, accessoirement, est condamné à la faillite.

Des risques individuels équivalents

Le problème le plus complexe soulevé par l'assurance des risques de santé, entendue au sens le plus large (vie, maladie, etc.), apparaît précisément quand l'objectif d'égalité dans l'accès aux soins vient contredire le principe de non-assurabilité des risques réalisés. En matière de santé, l'inégalité est commune et connue ; tel vivra centenaire, tel autre mourra jeune d'une maladie incurable. Cette hétérogénéité, en soi, ne fait pas problème, et l'on ne verrait

que des avantages à ce que la cotisation d'assurance vie du premier permette de venir en aide aux descendants du second. Mais, dans la logique assurancière décrite plus haut, une condition est *a priori* nécessaire. Il faut que les situations de départ soient symétriques, au sens où les risques individuels soient, au départ, perçus comme à peu près équivalents – de sorte que le futur centenaire paie volontiers sa cotisation, dans le but de se protéger lui-même contre un éventuel décès précoce. Imaginons, au contraire, qu'il soit possible à chacun de connaître exactement, dès la naissance, son avenir médical. Le centenaire n'aura plus de raison de s'assurer (sinon contre des risques purement accidentels) ; et manqueront les cotisations qui auraient nourri les versements faits à la jeune veuve.

L'une des grandes frayeurs suscitées par les développements récents de la médecine prédictive, fondée notamment sur les tests génétiques, est précisément que des prédictions individuelles de plus en plus précises tendent à réduire en proportion le champ de l'assurance, laissant une large minorité sans protection contre des risques devenus inéluctables. Que ce danger soit réel ou largement imaginaire, au moins pour le proche avenir, reste à discuter. Là n'est pas la question. Si les tests génétiques relèvent encore de la haute technologie, la prédiction génétique est beaucoup plus ancienne, et beaucoup plus commune ; un assureur, avant d'accepter un contrat décès d'un

montant élevé, interrogera souvent l'assuré sur ses antécédents familiaux. Surtout, la génétique n'est qu'un outil prédictif parmi d'autres. Qu'une discrimination tarifaire résulte d'une prédisposition génétique, d'un test virologique ou d'un risque aggravé lié au passé médical de l'assuré importe peu. Le problème, général, est celui des « conditions préexistantes ».

Le cas John McGann

Dans le contexte américain, où l'assurance santé est largement privée, ce problème peut prendre des formes choquantes. En 1987, John McGann, employé d'une petite entreprise new-yorkaise, apprend qu'il est atteint du sida. Quelques mois plus tard, son employeur résilie le contrat d'assurance maladie qu'il avait souscrit pour la couverture de ses employés, et le remplace par un plan autofinancé par l'entreprise. Le nouveau plan diffère de l'ancien sur un point : le plafond des dépenses remboursées à chaque employé, initialement d'un million de dollars pour toutes les pathologies, est ramené à cinq mille dollars dans le cas particulier (et explicitement mentionné) du sida. Assez vite, McGann atteint les limites du remboursement. Tous les frais sont alors à sa charge ; il y perd la totalité de son patrimoine, et meurt, en 1989, couvert de dettes. Une plainte déposée contre son employeur est jugée après sa mort ; les tribunaux d'appel, jusqu'à la Cour suprême, confirment la validité de la décision de l'employeur.

Une situation d'antisélection désastreuse

L'exemple de McGann suggère deux remarques. En premier lieu, le problème des « conditions préexistantes » peut avoir un coût social

majeur, dès lors qu'il tend à exclure du champ de l'assurance une partie de la population. Comment le résoudre ? Une solution tentante consiste à interdire simplement l'usage des informations en question (par exemple, le résultat d'un test HIV) dans le processus de tarification. Il convient cependant d'être, en la matière, d'une extrême prudence, tant le remède risque de se révéler pire que le mal. En interdisant aux assureurs l'usage d'une information disponible pour les assurés, on crée une situation d'antisélection, dont l'impact peut, suivant les types de marchés, s'avérer désastreux. Dans le domaine de l'assurance vie – et, plus généralement, sur tous les marchés à contrats non exclusifs –, le danger est qu'un petit nombre d'agents à risque aggravé déstabilisent le marché en acquérant auprès de divers assureurs un grand nombre de contrats, chacun pour un montant important – ce qui, en l'absence de garde-fou, pourrait mettre en danger l'existence même de contrats d'assurance vie souscrits pour des montants élevés. En ce qui concerne l'assurance maladie, et le plus souvent en présence de contrats exclusifs, le danger est différent. La concurrence risque de donner lieu à des phénomènes d'écrémage (*cream-skimming*), par lesquels les sociétés essaient d'attirer sélectivement les meilleurs risques, avec, en fin de compte, la perspective d'une discrimination maintenue, à laquelle s'ajouterait une moindre couverture des individus les moins risqués¹.

Dysfonctionnement du marché

Seconde remarque : le cas de John McGann peut être considéré comme un exemple frappant d'injustice. En tant qu'économiste, j'y vois surtout un exemple (rare) de dysfonctionnement du marché. Imaginons qu'une épidémie inédite se déclare demain, et qu'elle frappe exclusivement les professeurs d'université. J'aimerais être sûr que, dans une telle éventualité, ma couverture sera maintenue, à un prix raison-

nable, et que mes dépenses de santé seront prises en charge sans limite de temps ou de montant, malgré ma vulnérabilité particulière à la nouvelle maladie. J'aimerais, en d'autres termes, me savoir aussi couvert contre le risque de devenir un « mauvais risque ». L'exemple de McGann montre que, dans certains cas, le marché ne peut fournir une assurance de ce type. Justifiée ou pas, la discrimination dont souffre McGann révèle en tout cas une absence d'assurance de long terme, absence manifestement coûteuse du point de vue social.

Les raisons de cette carence sont complexes, et dépassent le cadre du présent article. Un aspect sans doute essentiel concerne le caractère non probabilisable de l'incertitude : personne ne peut quantifier, même de façon approximative, le risque d'apparition d'une nouvelle pandémie et, *a fortiori*, son coût. Or, un assureur a besoin, pour faire son métier, de recourir au calcul des probabilités.

Le caractère libérateur de la cotisation

Cette remarque en appelle une autre. La bonne gestion du risque suppose en général une mutualisation, c'est-à-dire un processus simultané d'agrégation des risques idiosyncrasiques et de division du risque agrégé sur une large population. L'assurance, au sens technique, est un instrument de mutualisation du risque, mais elle n'est certainement pas le seul. La spécificité du contrat d'assurance réside dans ce que l'on pourrait appeler le caractère libérateur de la cotisation : une fois celle-ci payée, la totalité du risque (dans la limite des dispositions contractuelles) est portée par la société d'assurances. Il est alors indispensable que la cotisation soit au moins égale à l'espérance mathématique du

risque, augmentée du taux de « chargement » habituel – d'où le recours aux probabilités. En revanche, un simple accord de partage du risque – prévoyant par exemple que les dommages subis par les individus sinistrés soient répartis sur l'ensemble du groupe – se passe très bien de calculs. En d'autres termes, un aléa non probabilisé, qu'il soit ou non assurable, sera toujours mutualisable.

Enfin, il faut se garder d'un pessimisme excessif quant aux capacités du marché, souvent beaucoup plus robuste qu'on ne le dit. La théorie économique suggère qu'une réglementation adaptée de la concurrence entre sociétés d'assurances peut suffire à régler le problème, notamment pour les marchés à contrats exclusifs (assurance maladie par exemple). Une solution consiste à imposer la couverture globale d'un groupe, sans possibilité d'exclusions individuelles². Une autre repose sur une réglementation stricte des contrats de couverture maladie de base, qui impose une uniformité des clauses et interdit les exclusions ; cette approche a été adoptée par la Suisse lors de la récente réforme du système d'assurance maladie. On peut également penser à un organisme chargé de répartir les assurés à risque aggravé entre les sociétés d'assurances, selon un fonctionnement similaire à celui de l'assurance automobile (mesure notamment préconisée par Claude Bébéar, président du Conseil de surveillance du groupe Axa). Au total, de nombreuses pistes restent à explorer. Mais il est douteux que l'on puisse faire longtemps l'économie d'une réflexion de fond sur ce sujet.

Notes

1. Le lecteur intéressé est renvoyé à l'ouvrage *Risque et Assurance*, Paris, Flammarion, coll. « Dominos », 1996.

2. C'est notamment la solution préconisée par l'économiste américain Peter Diamond.

CONNAISSANCE DES RISQUES ET PROTECTION SOCIALE

Pierre Pestieau

Professeur, université de Liège

Core et Delta

Les tests génétiques, et plus généralement une meilleure connaissance des risques, sont parfois présentés comme une menace pour la protection sociale. Cette évolution peut aussi être une chance. Une meilleure information sur les risques et les caractéristiques individuelles réduirait les obstacles économiques et politiques à la redistribution.

Le problème

Cette note porte sur l'effet d'une meilleure connaissance des risques – une meilleure information sur les caractéristiques individuelles – sur l'avenir de la protection sociale. La question est souvent soulevée lorsqu'on évoque les tests génétiques. Elle en appelle une autre : peut-on escompter que les tests génétiques fournissent une information significativement nouvelle sur les probabilités d'accident et sur certaines caractéristiques fondamentales des individus ? Rien n'est moins sûr, d'autant plus que l'incertitude peut se déplacer des risques d'accident et de maladie vers les chances de les éviter ou de les traiter.

En outre, il semblerait que les tests génétiques ne font que déplacer l'incertitude dans le temps : si parfaits soient-ils, elle demeure tant qu'ils ne sont pas effectués. La dimension temporelle est cruciale. On peut réduire l'incertitude sur les vivants mais pas sur les générations à venir. Et si le temps est important, la manière dont on l'aborde l'est aussi. Une société composée de gens qui ne s'intéressent qu'à leur propre cycle de vie et

non pas à celui de leurs enfants sera beaucoup plus affectée par une meilleure connaissance des risques qu'une société dont l'horizon est dynastique : l'altruisme intergénérationnel la conduit à continuer de protéger sa descendance, de façon privée ou collective.

Les tests génétiques, et plus généralement la possibilité d'une meilleure connaissance des risques, devraient avoir des implications complexes sur l'assurance privée et la protection sociale. Il faut ici clairement distinguer les divers rôles joués par l'assurance aujourd'hui. Il y a d'abord, au sein d'une population formée d'individus ayant une même probabilité d'accident et appartenant à une même classe de risque, l'échange solidaire entre chanceux et malchanceux. Lorsque l'assurance traite de la même manière des individus ayant des probabilités d'accident différentes, elle réalise en outre une redistribution de la sous-population à faible risque vers la sous-population à risque élevé. Enfin, il y a une troisième redistribution, celle qui va des individus à revenu élevé aux individus à bas revenu, et qui se produit lorsque les cotisations non seulement sont indépendantes de la classe de risque à laquelle on appartient mais encore augmentent avec le revenu. Cette redistribution

verticale caractérise l'assurance sociale, qui perçoit des cotisations proportionnelles aux salaires. Les deux premières redistributions, elles, peuvent être opérées par l'assurance privée¹.

L'objet de cette note est de discuter les implications probables d'une meilleure connaissance des risques sur la redistribution réalisée par l'assurance privée et par la protection sociale. Partant de l'idée que cette meilleure connaissance est une évolution inéluctable, nous remarquons qu'elle inquiète les uns et réjouit les autres. Prenons à cet égard deux positions extrêmes.

Certains ne voient dans cette évolution que des aspects positifs. A la limite, si la connaissance des risques était parfaite, il n'y aurait plus d'incertitude, donc plus d'asymétrie d'information ; les problèmes d'aléa moral et d'antisélection disparaîtraient ; les ressources pourraient être consacrées à soigner ou à indemniser, et tout le monde se porterait mieux.

A l'autre extrême, il y a ceux qui voient dans cette évolution la fin de la redistribution. D'abord, disent-ils, une meilleure connaissance des risques et la possibilité de les sélectionner interdiraient les deux types de redistribution implicite que l'assurance privée opère. Ensuite, ils reprennent l'hypothèse selon laquelle le fondement de la redistribution est l'assurance : la protection sociale et, plus largement, l'État providence seraient soutenus par des individus qui, placés derrière une voile d'ignorance au début de leur vie puisqu'ils ne savent pas ce qu'ils vont devenir en termes de santé, d'emploi, d'aptitudes..., adhèrent à un contrat qui les protège en cas de mauvais sort. C'est ainsi que l'on justifie la progressivité de l'impôt, la gratuité de l'enseignement et des soins de santé, l'assurance et l'assistance sociale. Si, au contraire, on sait dès le début de la vie ce que l'on va devenir, si les « voyants en blouse blanche » prédisent avec certitude les lignes du destin, il n'y a plus de raison pour ceux qui sont assurés d'un avenir radieux de le partager avec les autres. L'objet de ce bref article est d'apporter des nuances à cette vision pessimiste sans pour autant tomber dans le piège de l'optimisme béat².

Le voile d'ignorance et la redistribution

Quelques remarques liminaires s'imposent. Nous ferons l'hypothèse que la meilleure connaissance des risques est limitée à la génération présente, qu'elle n'est pas parfaite et qu'elle débouche sur une sélection accrue des risques. En effet, qui dit connaissance des risques ne veut pas nécessairement dire sélection des risques. D'abord, la connaissance peut être privée ; ensuite, même si elle est du domaine public, la loi ou la culture peuvent interdire que l'assureur l'utilise à des fins de discrimination.

D'autre part, la sélection des risques par l'assurance privée est-elle souhaitable ? C'est une question à laquelle on ne peut répondre par oui ou par non³. Elle dépasse l'objet de cette note. Elle met en jeu le fameux arbitrage entre équité et efficacité. Contentons-nous de dire que la réponse négative ou positive dépend du caractère du risque (corrélé ou non avec le revenu) et de la symétrie de la connaissance (l'assuré peut avoir une meilleure information que l'assureur et l'assureur peut adopter des règles de sélection qu'ignore l'assuré).

On partira de l'hypothèse qu'une meilleure connaissance des risques autorise les assureurs privés à affiner la sélection et à réduire la redistribution implicite entre bons et mauvais risques. Mais qu'en est-il de la puissance publique ? On a vu que, si la connaissance était parfaite, le fondement assurantiel de la solidarité pourrait disparaître. C'est à cette problématique, qualifiée de « nouvelle question sociale » à la suite de Rosanvallon (1995), que nous nous intéressons.

Même si l'on peut prévoir avec précision les risques encourus au cours d'une vie, l'argument du voile d'ignorance demeure si l'on est un tant soit peu altruiste. Il est en effet vraisemblable que cette connaissance des risques que l'on suppose parfaite pour les besoins de la discussion ne puisse s'étendre aux générations à venir, sauf peut-être pour les risques héréditaires.

Par ailleurs, on peut espérer que l'argument assurantiel n'est pas le seul qui fonde l'État providence. Il en existe d'autres sans doute aussi pertinents : une conception éthique de la redistribution, la règle majoritaire qui permet d'imposer la redistribution, une certaine forme d'altruisme liée à l'appartenance à une communauté peuvent également expliquer pourquoi l'État providence considère la redistribution comme une de ses priorités.

D'une certaine manière, une meilleure connaissance des risques permet plus de transparence dans les motivations : on accepte la redistribution sociale non pas parce qu'un jour elle pourrait nous servir, mais simplement parce qu'il est insupportable de laisser un proche dans le besoin, surtout s'il l'est involontairement.

Un des freins à la redistribution sociale est sans nul doute l'impossibilité de savoir avec précision pourquoi une personne est dans le besoin (bas revenu ? perte d'emploi ?...). Est-ce parce qu'elle appartient à la classe des mauvais risques ou parce que, anticipant l'aide sociale, elle n'a pas fait l'effort nécessaire pour éviter de se retrouver dans cette situation ? Beaucoup se disent prêts à aider ceux qui sont dans le besoin à condition qu'ils le soient non par choix mais par malchance⁴. La distinction n'est pas possible pour deux raisons : d'abord, l'intéressé, qui seul connaît la vraie source de ses malheurs, n'a aucune raison de la révéler ; ensuite, il n'est pas toujours facile d'appréhender ce que l'on met dans le concept de responsabilité. Quoiqu'il en soit, s'il existait des tests permettant de connaître les vraies caractéristiques de tout individu, il serait possible de procéder à une redistribution sans coût et sans soupçon. L'aléa moral disparaîtrait.

Dans un article largement cité, Jean-Charles Rochet (1991) montre que, lorsque la redistribution est limitée du fait de cette confusion entre la responsabilité et une caractéristique intrinsèque telle que la productivité, le gouvernement a tout intérêt à fournir une assurance sociale uniforme si le risque et la productivité sont négativement corrélés. Avec une couverture totale, l'assu-

rance sociale opérerait une redistribution moins coûteuse socialement que ne le fait l'imposition des revenus. Une meilleure connaissance à la fois des risques et des caractéristiques individuelles renverserait la proposition et nous ramènerait à la conception classique du rôle de l'État : laisser l'assurance aux assureurs privés et la redistribution à l'impôt national.

Conclusion

Pour conclure, une meilleure connaissance des risques peut avoir, du point de vue de la justice distributive, des implications heureuses et d'autres regrettables. Du côté négatif, il y a l'érosion progressive de la redistribution implicite opérée par l'assurance privée et la disparition d'un des fondements de la protection sociale : le voile d'ignorance se lève au fur et à mesure que l'on connaît mieux son avenir. Du côté positif, il y a la possibilité de mieux prévenir et soigner. En outre, deux freins à la redistribution seraient relâchés : la connaissance des caractéristiques de chacun permet d'éviter les coûts allocatifs de la fiscalité et de la politique sociale (désincitation au travail, fraude, aléa moral), et de séparer, dans les besoins d'un individu, ce qui relève de la malchance et ce qui relève de sa propre responsabilité. Si donc on pense que le fondement de l'État providence n'est pas exclusivement de nature assuranticielle, il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure.

Bibliographie

BARR N., *The Welfare State as Piggy Bank*, Oxford University Press, à paraître.

CROCKER K. et SNOW A., « The theory of risk classification », in *Handbook of Insurance*, G. Dionne éd., North Holland, Amsterdam, 2000, 245-76.

ROCHET J.-Ch, « Incentives, redistribution and social insurance », *The Geneva Papers of Risk and Insurance*, 1991, 16, 143-65.

ROSANVALLON P., *La Nouvelle Question sociale. Repenser l'État providence*, Seuil, Paris, 1995.

TABARRAK A., « Genetic listing : an economic and contractarian analysis », *Journal of Health Economics*, 1994, 13, 75-91.

Je remercie Jacques Drèze, Louis Eckhoudt, Barbara Lipszyc et Maurice Marchand pour leur suggestions sur cette trop courte note pour un sujet si complexe.

Notes

1. En l'absence d'antisélection pour la seconde.
2. Nick Barr (2001) considère que la connaissance accrue des risques constitue un des grands défis lancés à l'État providence de demain.
3. Voir sur ce point Crocker et Snow (2000) et Tabarrak (1994).
4. Cela renvoie à la distinction américaine entre pauvres « méritants » et pauvres « non méritants » ; on n'accepterait d'aider que les premiers.

4.

Chroniques

Droit

Georges Durry

Développements récents en matière de responsabilité médicale

Économie

Jean-Luc Besson

Croissance soutenue pour l'assurance en l'an 2000

Social

Rose-Marie Van Lerberghe

Droit à la formation ou droit à la qualification ?

Développements récents en matière de responsabilité médicale

Georges Durry

Président honoraire

Université Panthéon-Assas (Paris-II)

Le thème de la responsabilité médicale a déjà été longuement abordé dans cette chronique¹. L'actualité commande pourtant d'y revenir. Deux arrêts d'importance ont en effet été récemment rendus en ce domaine par la Cour de cassation, respectivement par la première chambre civile le 8 novembre 2000², puis par l'assemblée plénière, sa formation la plus solennelle donc, à peine dix jours plus tard³. Le premier a décidé que le médecin n'avait pas à répondre de l'aléa thérapeutique ; le second, au contraire, qu'il devait indemniser un enfant né handicapé lorsqu'une faute de sa part avait dissuadé la mère d'interrompre sa grossesse. Le premier n'a, pour l'heure, guère attiré l'attention ; le second, connu sous le nom d'« arrêt Perruche », a déchaîné les passions⁴ et continue⁵ de le faire. Pourtant, à notre avis, sa portée est bien moindre que celle du premier, comme nous voudrions tenter de le démontrer.

L'affaire Perruche concerne une femme ayant contracté la rubéole durant sa grossesse. Appuyée par son mari, elle avait aussitôt fait savoir qu'elle mettrait fin à sa grossesse si elle n'était pas immunisée contre la maladie, chacun sachant que les

conséquences de celle-ci peuvent être désastreuses pour l'embryon. Des tests furent pratiqués, mais le laboratoire commit une erreur et le médecin traitant ne fit pas montre de la vigilance suffisante compte tenu des circonstances. L'un et l'autre eurent donc un comportement fautif. Or, la mère, se croyant immunisée, décida de poursuivre sa grossesse. L'enfant, quelques mois après sa naissance, devait présenter des troubles neurologiques et de très graves séquelles causées par la rubéole congénitale contractée pendant la vie intra-utérine.

Les parents agirent alors en réparation contre le laboratoire, le médecin et leurs assureurs, tant de leur préjudice – matériel et moral – propre que du préjudice subi par leur enfant. Sur le premier point, ils obtinrent satisfaction sans difficulté, mais non sur le second, et c'est sur ce seul terrain que le débat devait se poursuivre et prendre de l'ampleur. En effet, une première cour d'appel, celle de Paris, rejeta la demande présentée au nom de l'enfant au motif essentiel que, bien qu'il y ait eu faute, il n'existait pas de lien entre celle-ci et le dommage : si l'enfant était handicapé, c'était exclusivement par suite de la rubéole contractée par sa mère,

état préexistant à l'erreur de diagnostic. Un tel raisonnement négligeait totalement le fait que, si cette erreur n'avait pas été commise, il aurait été procédé à une intervention volontaire de grossesse (IVG).

Une première fois, la Cour de cassation⁶ rendit une décision de censure. Pour elle, puisque les parents avaient manifesté leur volonté, en cas de non-immunisation contre la rubéole, de recourir à l'IVG, « les fautes commises les avaient faussement induits dans la croyance que la mère était immunisée, en sorte que ces fautes étaient génératrices du dommage subi par l'enfant du fait de la rubéole ». Un autre arrêt du même jour⁷ donnait la même solution dans une affaire du même ordre, mais celle-ci s'arrêta là car il s'agissait d'un arrêt de rejet, la cour de Riom ayant, au contraire de celle de Paris, admis l'indemnisation.

La cour de renvoi (celle d'Orléans), dans l'affaire Perruche, devait statuer dans le même sens que la cour de Paris. L'affaire devenait donc justiciable de l'assemblée plénière. Bien que le représentant du ministère public, M. Jerry Sainte-Rose, eût conclu au rejet, la Cour devait, au rapport de M. Pierre Sargos, casser,

ratifiant ainsi en formation solennelle la position prise quatre ans plus tôt par sa première chambre civile. La motivation est des plus sobres : « Dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire [...] avaient empêché [la mère] d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint de ce handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice né de ce handicap et causé par les fautes retenues. »

Qu'en penser ? Il est incontestable que l'argument tiré du défaut de lien de causalité entre les fautes et le handicap est traité par préterition. Pour autant, notre opinion est qu'il n'y a dans la position prise par la Cour de cassation qu'une application assez banale des règles retenues lorsqu'un dommage est consécutif à une pluralité de causes : si parmi ces causes figure une faute, l'auteur de celle-ci doit réparer l'intégralité du dommage. Or, en l'espèce, le dommage paraît peu contestable. Il suffit, pour s'en convaincre, d'imaginer qu'un préjudice du même ordre que celui dont souffrait l'enfant ait été provoqué par un accident, de la circulation ou autre. Qui hésiterait à réparer ? Qu'on le veuille ou non, la vie d'un être gravement handicapé n'est pas de même qualité que celle d'une personne sans ce handicap. Et parmi les causes du handicap figuraient les fautes commises puisque sans elles l'enfant ne fût pas né dans cet état. Donc, les fautifs devaient réparer.

Les adversaires de l'arrêt lui opposent des risques, selon eux, de dérive, sur des terrains très différents.

La première dérive serait de voir prochainement des enfants nés avec un handicap reprocher à leurs parents de les avoir laissés naître et leur demander indemnisation. Pur fantasme, à notre sens, car où serait la faute ? Même dans le cas où les parents laisseraient la grossesse se poursuivre en connaissance de cause (car, dans l'ignorance, la question ne se poserait même pas), ce n'est pas, que nous sachions, une faute de donner la vie. C'est au contraire une liberté de la mère, non susceptible d'abus. Quoi qu'il en soit, toute décision qui porterait atteinte à cette liberté serait à combattre furieusement, car, pour le coup, on aurait créé le « préjudice de naissance » que certains ont évoqué pour fustiger l'arrêt Perruche.

La deuxième dérive se traduirait par ce que l'on a appelé un « risque d'eugénisme » et qu'il nous semble préférable de nommer « incitation à l'avortement ». Certes, on peut penser qu'une femme, apprenant que l'enfant qu'elle porte naîtra affecté d'un handicap, préférera souvent mettre fin à sa grossesse. Mais cela n'est pas la conséquence de l'arrêt Perruche ; c'est celle de la loi de 1975, qui a admis l'IVG. Dans les dix (bientôt douze) premières semaines de la grossesse, la femme n'a aucune justification à donner de sa décision d'avorter. Il serait absurde de lui reprocher de le faire parce qu'elle a été informée d'un handicap de l'enfant. Passé ce délai, elle ne peut plus recourir à l'IVG que pour motif thérapeutique, c'est-à-dire soit si la poursuite de la grossesse met en péril sa propre santé, soit, et c'est le cas qui nous intéresse ici, s'il « existe

une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». On conviendra que la condition légale, dont la réalité doit être attestée par deux médecins, est particulièrement restrictive. En tout cas, on perçoit mal en quoi l'arrêt Perruche faciliterait le recours à l'avortement thérapeutique.

La troisième dérive, de nature à inquiéter plus spécialement les assureurs, sur qui pèse en définitive le poids des dommages-intérêts, consisterait dans une multiplication, redoutée, des hypothèses où serait retenue une faute médicale ayant entravé la décision d'une femme de recourir à l'IVG. On évoque en particulier la difficulté de lecture, et donc d'interprétation, d'une échographie. D'où la crainte que, après la naissance d'un enfant handicapé, on n'obtienne systématiquement réparation de la personne qui n'aura pas su détecter le handicap. À la limite, le risque deviendrait inassurable. La réponse est que le problème n'est pas propre aux enfants handicapés. Sont en cause, beaucoup plus généralement, la notion de faute médicale et la preuve de cette faute. Si réellement il est des malformations qui n'apparaissent pas clairement à l'échographie, on ne devrait pas considérer comme une faute de n'avoir pas su les déceler. En revanche, lorsque la malformation n'est pas douteuse, le médecin est fautif s'il ne la perçoit pas. En ce domaine, comme en d'autres, tout est affaire d'expertise. Et si dérive il devait y avoir, elle ne pourrait provenir

que du caractère peut-être contestable des expertises, question qui agite périodiquement les milieux médicaux, mais sans rapport spécifique avec notre sujet.

En définitive, l'arrêt Perruche peut fort bien n'être considéré que comme une application, banale dans son principe, mais exceptionnelle par les circonstances de l'espèce, de la responsabilité médicale, fondée sur la faute, ici patente et démontrée. Et c'est précisément pour cela que l'autre décision faisant l'objet de ce commentaire nous paraît autrement fondamentale.

Cet arrêt avait en effet à trancher la question de savoir si le médecin doit répondre des conséquences de ce qu'il est convenu d'appeler l'aléa thérapeutique, c'est-à-dire d'un événement dommageable subi par le patient sans qu'une faute quelconque puisse être établie à la charge du médecin⁸. On sait que, pour sa part, le Conseil d'État, par son célèbre arrêt Bianchi⁹, l'a admis, en posant toutefois des conditions très restrictives (notamment la nature exceptionnelle et d'une extrême gravité du dommage).

Devant les tribunaux de l'ordre judiciaire, le problème était débattu, et les cours d'appel ne restaient pas insensibles à certains efforts doctrinaux appelant à un alignement sur la jurisprudence administrative, conditions restrictives en moins. C'est ainsi que la cour de Bordeaux avait accordé réparation à un homme qui, à la suite d'une opération délicate mais menée, selon les experts, de

façon irréfutable, avait été instantanément frappé de paralysie des membres inférieurs et d'incontinence urinaire. Rare, mais connu, cet accident constituait bien la réalisation type d'un aléa thérapeutique. La cour d'appel avait retenu la responsabilité du chirurgien, malgré l'absence de faute, en mettant à la charge du praticien une obligation de sécurité de résultat. Cela revenait à dire que, en cas de survenance d'un aléa thérapeutique, la faute démontrée n'était plus une condition de la responsabilité médicale, contrairement à la règle posée par l'arrêt, fondateur, du 20 mai 1936.

La Cour de cassation allait-elle franchir ce pas, elle qui, depuis quelque temps n'avait pas hésité à écarter l'exigence d'une faute dans deux cas précis : celui des infections dites « nosocomiales » et celui des dommages provoqués par l'utilisation par le médecin d'un matériel défectueux ? Pour notre part, nous nous étions hasardé à pronostiquer dans ces colonnes¹⁰ qu'elle ne le ferait pas, et nous avons été bon prophète. La cour de Bordeaux est censurée pour avoir retenu la responsabilité du médecin alors, pourtant, qu'« elle avait constaté la survenance, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé ». La Cour de cassation affirme donc ainsi que le médecin n'a pas à supporter les conséquences de l'aléa thérapeutique car, par hypothèse, cette notion exclut toute faute de sa part.

Cette solution – que pour notre part nous approuvons entièrement – de-

vrait être, pour les médecins et leurs assureurs, d'un grand réconfort. Car, comme l'expose excellemment M. Sargos dans son rapport, en décider autrement aurait signifié la fin de la responsabilité médicale pour faute. Pourquoi en effet se donner la peine de démontrer une faute du praticien si, de toute façon, même en l'absence de faute, ce dernier devait être tenu pour responsable, sur le simple terrain de l'aléa thérapeutique, de tout dommage subi par le patient ? Le résultat aurait été la responsabilité médicale automatique, dès lors du moins que le préjudice du malade ne résulterait pas de son état de santé lui-même et de l'évolution, naturelle en quelque sorte, de l'affection pour laquelle il est soigné. En maintenant l'exigence de la démonstration d'une faute, la Cour de cassation pose une limite à la responsabilité médicale de nature à la laisser pécuniairement supportable. Reste, bien sûr, la question de savoir si les tribunaux n'admettent pas trop aisément qu'une faute est prouvée, et l'on retrouve alors le problème de la sévérité de certains experts qui a déjà été évoquée plus haut et que les juristes n'ont pas qualité pour trancher.

Certains déploreront que l'on assiste une fois de plus à une divergence de solution entre le Conseil d'État et la Cour de cassation¹¹. Mais, tant que le législateur ne se sera pas décidé à adopter la solution radicale consistant à unifier, comme ce serait souhaitable, la compétence en matière de responsabilité médicale, à l'instar de ce qui a paru possible dès 1957 pour les accidents provoqués par des

véhicules, puis en 1968 dans le domaine de l'énergie nucléaire, des discordances sont inévitables entre les deux hautes juridictions. Et au demeurant, cette divergence n'est pas si grave puisque le Conseil d'État assortit, pour l'heure, la réparation de l'aléa thérapeutique de conditions si nombreuses qu'elle reste exceptionnelle.

Ajoutons que, lorsque le droit administratif permet, grâce aux deniers publics, d'indemniser les victimes de l'aléa thérapeutique en régime hospitalier de droit public, il ne fait peut-être qu'anticiper sur l'une des solutions possibles d'indemnisation de ce préjudice, une fois écartée la solution facile de la responsabilité médicale, à savoir la mise en place d'un système de solidarité nationale financé par l'impôt. Mais, à partir

du moment où il est admis que, sauf à trouver une source acceptable de financement, l'indemnisation des victimes de l'aléa est un but à atteindre dans un pays comme le nôtre, il est, on le sait, d'autres systèmes envisageables, au premier rang desquels l'assurance, dans le cadre d'une mutualité bien plus large que celle des seuls médecins. Mais, selon nous, ce genre de choix ressortit, là encore, au seul législateur.

Notes

1. Risques, n° 42, p. 131.
2. Cass. 1^{re} civ 8 nov. 2000, rapport Sargos, Tribune de l'assurance, janv. 2001, cah. jur., 1, note Dogniaux.
3. Cass. ass. plén. 19 nov. 2000, JCP, 2000, II, 10438, rapport Sargos, conclusions J. Sainte-Rose.
4. Cf. le manifeste virulent de trente juristes dans *Le Monde* (24 nov. 2000) et la réplique de Michelle Gobert (*Les Petites Affiches*, 8 déc. 2000). Depuis, les revues juridiques ont publié de nombreux commentaires, majoritairement critiques.
5. À l'heure où sont écrites ces lignes, un amendement parlementaire tendant à condamner la jurisprudence de l'assemblée plénière vient d'être repoussé par l'Assemblée nationale.
6. Cass. 1^{re} civ. 26 mars 1996, Bull. I, n° 156.
7. Ibid., n° 155.
8. Cf. P. Sargos, « L'aléa thérapeutique devant le juge judiciaire », JCP, 2000, I, 202.
9. Conseil d'État, 9 avril 1993, JCP, 1993, II, 22061, note J. Moreau.
10. Loc. cit., supra, note 1.
11. Sur ce thème, cf. Ch. Radé, « L'harmonisation des jurisprudences judiciaires et administratives en matière de responsabilité médicale : réflexions sur la méthode », *Resp. civ. et ass.*, 2000, chron. 17.

Croissance soutenue pour l'assurance en l'an 2000

Jean-Luc Besson

Directeur des études et des statistiques, FFSA

Après la reprise de la croissance enregistrée en 1999, la tendance s'est confirmée et le marché de l'assurance a connu au cours de l'année 2000 un très net développement de son chiffre d'affaires. C'est particulièrement le cas en assurance vie, mais aussi, dans une moindre mesure, en assurance non-vie.

Pour cette dernière, le règlement des dommages consécutifs aux tempêtes de décembre 1999 a constitué une préoccupation tout au long de l'année 2000.

Un environnement économique porteur

La croissance économique a suivi en 2000 une tendance voisine de celle de 1999 et le PIB a progressé de 3,2 %. Cela a permis une nette augmentation du nombre des créations d'emplois et un recul du chômage, dont le taux est descendu à 9,2 % de la population active en fin d'année.

La hausse du prix de l'énergie en milieu d'année a eu pour conséquence une accélération de l'inflation et un tassement de la croissance des dépenses de consommation des ménages. Pour l'ensemble de l'an-

née 2000, l'indice des prix à la consommation a augmenté de 1,6 % et les dépenses de consommation des ménages ont progressé de 2,3 %, sans que le niveau de leur épargne en soit altéré. Les investissements des entreprises sont restés bien orientés.

Si l'on a assisté au cours de l'année 2000 à une légère détente des taux d'intérêt à long terme (le TME est revenu à 5,1 % en fin d'année), on a, en revanche, enregistré une forte tension sur les taux d'intérêt à court terme. Ainsi, par exemple, le taux Euribor à trois mois a augmenté de 160 points de base, passant de 3,3 % en janvier à 4,9 % en décembre.

La Bourse de Paris, à l'instar des autres grandes Bourses de valeurs, a connu une année 2000 nettement moins favorable que les deux précédentes. L'indice phare CAC 40 a même reculé de 0,5 % pour l'année.

Un marché de l'assurance en forte croissance

Porté par cet environnement favorable à l'essor de la demande, le marché de l'assurance a connu en 2000 une sensible accélération de sa croissance, avec une augmentation

de 14 % de son chiffre d'affaires global, contre 10 % en 1999.

C'est en assurance vie que la croissance a été la plus vive puisque le montant des cotisations a progressé de près de 21 %, pour atteindre en fin d'année un total (affaires directes) de 592 milliards de francs (90 milliards d'euros). Cette forte collecte résulte de transferts importants vers l'assurance vie d'une épargne précédemment investie sur d'autres produits et du succès grandissant des produits multisupports auprès de la clientèle.

Le marché de l'assurance santé complémentaire et des accidents corporels, avec un chiffre d'affaires de 60,5 milliards de francs (9,2 milliards d'euros), est resté difficile et son taux de croissance (+ 2 %) décevant.

En assurance de biens et de responsabilité, la croissance s'est trouvée rafferme, avec une progression de près de 4 % qui succède au timide + 1,8 % de 1999. La demande d'assurance, tant des particuliers que des entreprises, a été plus intense, sous l'effet de la consommation des ménages, de la bonne tenue de l'industrie du bâtiment et de l'investis-

sement des entreprises, tandis que l'érosion des conditions tarifaires se poursuivait en risques de particuliers et s'atténuait nettement en risques d'entreprises, où l'on a commencé à enregistrer un mouvement inverse.

Le total des actifs gérés par les sociétés d'assurances a fortement progressé : de 5 185 milliards de francs (790 milliards d'euros) en valeur de marché à la fin de 1999, il est estimé à 5 620 milliards de francs (857 milliards d'euros) à la fin de 2000. Le montant des plus-values latentes a légèrement diminué en 2000, l'augmentation des plus-values latentes immobilières étant insuffisante pour compenser la baisse des plus-values latentes sur actions et obligations. Du fait du développement des produits multisupports en assurance vie, la part des actions ou titres à revenus variables dans le total des actifs gérés a augmenté et frôlait les 30 % à la fin de 2000.

Une situation néanmoins contrastée selon les principales branches

En assurance vie, comme cela a déjà été indiqué, le chiffre d'affaires (affaires directes) a bénéficié de transferts d'épargne importants (au total, près de 80 milliards de francs, soit 12,2 milliards d'euros) du fait de l'arrivée à échéance de PEP bancaires. Ces transferts, réalisés pour l'essentiel au cours du premier semestre, ont dopé la croissance, qui a également bénéficié d'un accroissement du taux de réemploi des

sommes précédemment investies dans des PEP assurances ou des contrats en francs au bénéfice de contrats d'assurance vie multi-supports.

Ainsi, les contrats multisupports représentent en 2000 près des deux tiers des cotisations des affaires nouvelles.

L'encours des provisions mathématiques a augmenté de 11 %, pour atteindre 4 200 milliards de francs (640 milliards d'euros) à la fin de 2000. La part des unités de compte dans ce total a fortement progressé, dépassant 20 %, avec un montant de 900 milliards de francs (137 milliards d'euros).

Le marché des assurances de biens et de responsabilité (affaires directes, 207 milliards de francs, soit 31,6 milliards d'euros) a confirmé son retour à la croissance avec une progression de son chiffre d'affaires de 4 % en 2000.

Cette vigueur nouvelle s'explique en partie par l'augmentation de la demande d'assurance sous l'effet de la croissance économique, mais aussi par le relèvement de la surprime de la garantie légale des catastrophes naturelles, qui contribue pour environ trois quarts de point à la croissance.

La croissance vigoureuse de l'économie s'est traduite en assurance automobile, où l'augmentation du chiffre d'affaires (+ 3 %) est sensiblement parallèle à celle du parc, le marché des particuliers étant nettement mieux orienté que celui des flottes d'entreprises.

Cet effet est aussi particulièrement net en assurance construction, où l'excellente tenue de l'activité de l'industrie du bâtiment a eu pour conséquence une augmentation de plus de 12 % des cotisations.

Enfin, en assurance des biens des entreprises, l'augmentation de 3 % du chiffre d'affaires marque une rupture avec la tendance à la baisse enregistrée depuis 1997 et reflète le début des augmentations de tarifs intervenues au cours du second semestre et rendues nécessaires par le renchérissement marqué du prix de la réassurance à la suite des tempêtes Lothar et Martin. Ce mouvement devrait se poursuivre.

L'année 2000 a d'ailleurs été marquée par le règlement des sinistres consécutifs à ces tempêtes. L'allongement des délais de déclaration des sinistres et les difficultés rencontrées par la profession du bâtiment face à l'augmentation considérable de la demande de travaux ont nettement ralenti le processus d'indemnisation. On estime cependant que, à ce jour, près de 90 % des sinistres de particuliers sont réglés, ainsi que près de 80 % des sinistres d'entreprises.

Au total, l'année 2000 aura été marquée par une croissance soutenue du marché de l'assurance, et les principales tendances devraient se retrouver en 2001, sur un mode atténué en assurance vie, sur un rythme comparable, voire légèrement plus vif, en assurances de biens et de responsabilité.

Droit à la formation ou droit à la qualification ?

Rose-Marie Van Lerberghe

Directeur général, Altedia ressources humaines

La négociation interprofessionnelle sur la formation professionnelle a démarré le 20 décembre 2000. La première réunion a seulement permis à chaque partie d'exposer ses positions.

Dans la ligne de la proposition qu'avait suggérée le livre blanc présenté par Nicole Péry, secrétaire d'Etat à la Formation professionnelle, d'un « droit individuel garanti collectivement », les organisations syndicales de salariés ont toutes insisté sur la nécessité de créer un nouveau droit individuel à la formation qui serait transférable d'une entreprise à l'autre et encadré par des garanties collectives.

Cette revendication est destinée à répondre à la critique que l'on peut faire au système actuel. Celui-ci permet en effet à une entreprise de satisfaire à ses obligations en ne formant qu'une petite partie de ses salariés, éventuellement toujours les mêmes, alors que le besoin de formation est beaucoup plus généralement répandu.

La mise en place d'un tel droit, par ailleurs très souhaitable, pose deux problèmes : celui de son financement d'abord, celui de sa mise en œuvre ensuite.

Un calcul rapide permet de mesurer l'ampleur du problème de financement : l'obligation actuelle qui pèse sur les entreprises au titre de la formation professionnelle de leurs salariés (le 0,9 %) permettrait à peine de financer deux jours de formation par an et par salarié, à l'exclusion des frais pédagogiques correspondants. En admettant que chaque salarié puisse « capitaliser » ce droit, cela ne représenterait jamais que vingt jours au bout de dix ans, ce qui apparaît dérisoire pour une formation qualifiante ou une formation de reconversion.

Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer le coût des formations d'adaptation (aux nouveaux outils technologiques par exemple) qui resteraient nécessaires. Les entreprises risquent donc de voir d'un très mauvais œil s'ajouter une nouvelle obligation.

C'est la raison qui amène le patronat à proposer un compte d'épargne formation « alimenté par le salarié, par l'entreprise et par l'État », ce qui sous-entend que l'entreprise ne peut supporter seule le coût de ce nouveau droit individuel.

Rappelons ici une particularité française : bien que ne figurant pas

dans la loi de 1971, l'idée s'est peu à peu imposée en France que toute formation devait être nécessairement considérée comme du temps de travail et donc rémunérée comme tel, ce qu'a de nouveau fortement rappelé la CGT le 20 décembre.

Dans les autres pays européens, même si les coûts pédagogiques sont assumés par l'entreprise, tout ou partie de la formation qualifiante se fait en dehors du temps de travail. La formation d'adaptation, elle, s'effectue plutôt « sur le tas », au poste du travail.

Le patronat a longtemps essayé de faire avancer l'idée de coinvestissement, c'est-à-dire d'efforts partagés entre l'entreprise et le salarié, ce dernier acceptant de se former en partie hors du temps de travail. Cependant, l'accord sur le coinvestissement de 1993 a paradoxalement confirmé la règle de la formation sur le temps de travail par un effet *a contrario*. Il a en même temps assorti cette notion de coinvestissement d'un si grand nombre de conditions que celle-ci se trouve aujourd'hui très peu appliquée dans les faits, puisqu'elle ne peut intervenir que pour des formations longues (plus de trois cents heures) et débouchant sur un diplôme.

Une occasion historique a été manquée avec la loi sur le temps de travail. Le projet de loi initial prévoyait que, par accord d'entreprise, une partie des jours de réduction du temps de travail (RTT) pouvait être utilisée pour des formations d'intérêt conjoint entre l'entreprise et le salarié. Il est en effet de l'intérêt des entreprises d'avoir du personnel bien formé pour accroître la qualité de leurs produits et services, comme il est de l'intérêt du salarié d'améliorer sa formation pour augmenter son employabilité et donc pouvoir affronter les évolutions et les risques en matière d'emploi. De telles formations d'intérêt conjoint ne peuvent valablement être définies que dans l'entreprise, à la rigueur dans la branche, par la négociation et non au niveau national, car elles sont étroitement liées à la réalité du métier.

Malheureusement, à l'exception notable de Francis Mer, qui conduit aujourd'hui sa délégation, le patronat n'a pas appuyé ce projet, considérant que la loi devait être rejetée en bloc. Quant aux syndicats, même ceux qui au départ étaient ouverts à la discussion se sont ralliés à l'idée que seul le niveau interprofessionnel était suffisamment armé pour négocier sur ces questions.

Enfin, les députés de la majorité se sont montrés très inquiets sur la capacité des syndicats à « résister », au niveau des entreprises, à la demande de directions qui envisageraient de faire des économies en reportant toutes les formations hors du temps de travail. Il faut dire d'ailleurs que le premier accord de branche de

l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM) pouvait alimenter cette crainte puisqu'il excluait le temps de formation du temps de travail. Les conditions mises, au terme d'un débat houleux à l'Assemblée nationale, sont telles que peu d'entreprises envisagent aujourd'hui d'utiliser les possibilités ouvertes par l'article de la loi.

Aujourd'hui, le patronat revient dans ses propositions à l'idée d'un effort conjoint des entreprises et des salariés pour maintenir dans la durée l'employabilité de ces derniers. L'objectif est de créer un véritable coinvestissement au travers du compte d'épargne temps, de la formation hors du temps de travail et de la création de fonds participatifs mis en place par des accords.

On peut craindre que la proposition d'inclure dans le compte d'épargne des « jours de RTT » n'apparaisse aux syndicats comme une provocation compte tenu de la position du patronat sur le temps de travail, ou en tout cas comme une façon de « reprendre d'une main ce qui a été donné de l'autre ». Cela serait d'autant plus malencontreux qu'un accord me paraît pouvoir être trouvé avec certaines organisations syndicales sur l'idée de formations d'intérêt conjoint et de coresponsabilité de l'entreprise et des salariés en ce qui concerne le développement de leur employabilité.

On peut également se demander si l'idée même de compter la formation en temps est encore adaptée. En effet, l'évolution des technolo-

gies permet d'avoir une conception très différente du temps de formation. Avec le e-learning, la mise au point de bases de données documentaires, la notion de formation évolue. Certes, le e-learning ne fait pas disparaître la formation « en présentiel » et le face-à-face pédagogique, mais ce n'est plus qu'une partie du processus de formation. De la sorte, la notion même de temps de formation et la distinction entre temps de formation et temps de travail explosent puisque le salarié peut avoir accès, à partir de son poste de travail, à des modules très courts de formation en ligne ou à des bases documentaires quand il le souhaite ou quand il en a besoin, à son rythme et selon la fréquence qui lui convient.

Mais la question du financement du temps de formation est loin d'être la seule qui se pose : la mise en œuvre concrète d'un nouveau droit à la formation pose un problème que les responsables politiques et syndicaux feignent d'ignorer – celui de l'appétence pour la formation –, et suppose de revoir et d'élargir le concept même de formation.

Nos décideurs ont en tête à la fois une formation professionnelle conçue selon un schéma académique et la conviction sympathique mais fautive que chacun ne rêve que de se former.

En réalité, les salariés qui en auraient le plus besoin ont souvent une attitude très suspicieuse vis-à-vis de la formation, qui leur rappelle l'école, dont ils n'ont pas toujours

gardé un bon souvenir, et qui leur paraît être une machine à éliminer et à exclure.

La seule façon d'éviter ce type d'attitude est de repenser les méthodes pédagogiques, comme l'ont bien montré les expériences menées par Bertrand Schwartz et sa fondation, Moderniser sans exclure, avec des méthodes inductives, partant des situations concrètes du travail.

Si on n'élargit pas le concept de formation, le risque est grand de mettre en place, ainsi que nous savons si bien le faire en France, un droit formellement égalitaire mais qui ne profite qu'aux plus favorisés.

Plutôt que d'instaurer un tel droit formel à la formation, ma conviction est qu'il vaudrait mieux réfléchir à un droit à la qualification, quels que soient ses modes d'acquisition, car la formation telle que nous l'entendons n'est qu'un moyen parmi d'autres d'acquérir des compétences.

Il est intéressant d'ailleurs d'observer les débats qui ont lieu dans les autres pays européens, où le thème dominant est celui de l'apprentissage tout au long de la vie (*long-life learning*). *Long-life learning* ne doit pas être traduit par « formation tout au long de la vie », mais bien par « apprentissage tout au long de la vie », car « apprendre » (*learning*) revêt un sens beaucoup plus large que « se former » (*training*) et comprend toutes les voies et tous les moyens par lesquels un individu acquiert des compétences durant sa

vie (formation professionnelle proprement dite, mais aussi formation « sur le tas », parcours de carrière, expériences professionnelles, voire personnelles, les plus variées, participation à un groupe « projet », à des chantiers...).

L'autre idée importante est celle de la validation des acquis professionnels, car le travail est également formateur en lui-même. Nous avons tous connu des personnes entrées dans une entreprise avec un très petit bagage scolaire (un CAP de secrétariat par exemple) et qui, par leur talent, leur opiniâtreté, leur implication et leur bonne volonté, sont progressivement parvenues à des postes de responsabilité importants (responsable de la comptabilité, des services généraux...). Leurs compétences se sont indéniablement développées, enrichies, mais elles ne sont reconnues, au mieux, que dans l'entreprise. En cas de licenciement, ces personnes ne pourraient jamais faire figurer sur leur curriculum vitae que leur CAP et l'indication des fonctions effectivement exercées. Elles seront toujours regardées avec circonspection par les recruteurs, qui auront tendance à penser, au pire, que toutes ces promotions ont été plus ou moins obtenues par protection ou, au mieux, qu'elles ont été rendues possibles par un système particulier à l'entreprise et un niveau d'exigence peu élevé.

Notre pays demeure extraordinairement attaché au diplôme initial, et l'on présente encore des personnes de plus de cinquante ans en rappelant leur pedigree scolaire et univer-

sitaire. Or, dans un monde qui évolue de plus en plus vite, on ne peut plus considérer que le diplôme initial, et lui seul, constitue un passeport valable jusqu'à la fin de la carrière.

L'école doit de plus en plus apprendre à apprendre. Ainsi, aux Pays-Bas, les pouvoirs publics ont organisé un débat national sur les conséquences pour l'école du concept d'apprentissage tout au long de la vie.

Il faut repenser notre système de certification par les titres et diplômes, qui correspondent certes à un objectif de formation initiale, mais qui sont trop rigides pour sanctionner les acquis dans un processus d'apprentissage au cours d'une carrière.

Il importe de mettre en œuvre un système plus modulaire, car les formations continues ne pourront jamais être systématiquement très longues pour tous, et qui donne davantage de place à la validation des acquis professionnels de l'expérience.

L'Éducation nationale a institué un système de validation des acquis professionnels en 1992. Cette petite révolution, pour intéressante qu'elle soit, reste insuffisante (seuls quelques milliers de personnes en profitent chaque année) et incomplète, car elle conserve la référence exclusive aux diplômes de formation initiale et n'est pas du tout modulaire (la reconnaissance d'une unité capitalisable n'a pas de valeur en soi).

La Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle a lancé, avec l'Association pour la formation professionnelle des adultes (Afp) et l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), une expérimentation sur la validation des acquis professionnels dans les domaines où l'on commençait déjà à observer des tensions sur le marché du travail et à parler de pénurie de main-d'œuvre (bâtiment, métiers de bouche). Cette expérience a été concluante et a donné satisfaction tant aux salariés et demandeurs d'emploi qu'aux employeurs. Elle devrait pouvoir fournir une base concrète au projet de loi sur la validation des acquis professionnels qui a été votée en première lecture par l'Assemblée nationale

La validation de ces acquis quelle que soit leur origine (formation initiale, formation continue, expérience professionnelle) est un élé-

ment essentiel d'un nouveau droit à la qualification, surtout si elle vient sanctionner les politiques actives de développement des ressources humaines.

On voit se développer aujourd'hui des expériences extrêmement intéressantes de « gestion par les compétences » fondées sur l'idée de développement des qualifications de chacun des salariés.

L'entretien professionnel régulier est la pierre angulaire de ce dispositif puisqu'il permet à chacun de faire le point et de définir avec sa hiérarchie le plan de développement de ses compétences, compte tenu de ses intérêts et des projets de l'entreprise, la formation n'étant qu'un aspect de ce plan. Cette gestion par les compétences est très étroitement intégrée à la gestion des ressources humaines de l'entreprise.

Ces démarches peuvent utilement s'appuyer sur des actions menées sur le plan professionnel par les branches professionnelles. Aussi, en 1999, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) a-t-elle publié un guide intitulé *Clefs pour une démarche compétences* et réalisé, la même année, une analyse des familles et sous-familles de métiers spécifiques de l'assurance.

On peut donc regretter que la négociation qui s'est ouverte le 20 décembre 2000 se soit limitée au thème restrictif de la formation et n'ait pas embrassé d'emblée celui de la gestion par les compétences. Selon toute vraisemblance, le poids institutionnel de certaines branches et leurs intérêts financiers dans le domaine de la formation professionnelle ont interdit au Medef d'aborder la question de façon plus novatrice.

5.

Études et livres

Études

- Franck Offredi
CHEA

Les sociétés d'assurances face au vieillissement de leurs salariés

- Stéphane Jean

*L'évolution de la filière de l'assurance
et son implication sur le rôle des acteurs*

- Jean-Marc Lamère

Normes professionnelles et concurrence

Livres

- Julian Franks • Colin Mayer

*Risks and Regulation in European Asset Management :
Is there a Role for Capital Requirements ?*

par Carlos Pardo

- Jacques Attali

Blaise Pascal ou le génie français

par Alain Borderie

Les sociétés d'assurances face au vieillissement de leurs salariés

Franck Offredi

Directeur du développement, Groupama du Maine

Quel impact aura sur le devenir des sociétés d'assurances le vieillissement de leurs salariés ? Comment, dans ce contexte, accompliront-elles les changements indispensables à leur développement et, pour certaines, à leur survie ? Un mémoire réalisé dans le cadre du Centre des hautes études d'assurance (CHEA) mesure le niveau de la prise de conscience et montre les solutions déjà mises en œuvre ou projetées. Nous reprenons ici la conclusion de cette étude.

*De nouvelles conditions
d'exercice du métier
d'assurance*

S'adapter ou disparaître : l'actualité économique illustre quotidiennement le fait que la théorie formulée par Darwin pour les règnes animal et végétal peut s'appliquer à une autre catégorie d'organismes vivants, les entreprises. Les sociétés d'assurances ne font pas exception à la règle. Ce secteur, en France comme dans le reste du monde, est confronté à de profondes transformations de son environnement. L'actualité en donne chaque jour des exemples : accentuation et diversification de la concurrence, internationalisation des marchés et des acteurs, technologies de l'information, judiciarisation de la société civile, concentrations, exigences de rentabilité de la part des actionnaires en sont les expressions les plus manifestes. Ces changements modifieront en profondeur le travail des salariés. Les en-

treprises développeront de nouvelles activités, avec des outils et des organisations de travail renouvelés. L'innovation permanente dans les technologies de l'information est un puissant facteur de changement de l'activité des employés des entreprises d'assurance. La nature même du métier d'assurance, qui consiste fondamentalement à gérer des flux d'informations, explique l'importance du phénomène. Il sera donc nécessaire que les salariés mettent en œuvre des compétences professionnelles renouvelées. Cela concernera les savoir-faire techniques, mais aussi les compétences relationnelles, et les capacités d'apprentissage et d'adaptation tout au long de la carrière. Les enjeux les plus complexes et les plus déterminants de la réussite de la conduite du changement se situent au niveau du management des hommes.

*La problématique
du vieillissement*

Parce que les entreprises entendent remettre en cause les fondements mêmes de leur fonctionnement et de leur système de valeurs, et que cette transformation ne pourra s'effectuer en remplaçant d'un seul coup les salariés anciens par de nouveaux, les sociétés d'assurances vont devoir amener leurs salariés à se transformer, et tout spécialement les plus anciens et les plus âgés d'entre eux. Or, le vieillissement dans les sociétés d'assurances est une réalité qui ne va que s'accroître à l'avenir.

Des pyramides des âges qui ressemblent, selon le cas, à des ballons de rugby ou à des champignons traduisent l'inadéquation qualitative et quantitative croissante entre les compétences disponibles dans les entreprises et les besoins, actuels et futurs, de ces dernières. Près de la moitié de la population aura atteint 55 ans d'ici à 2010. Après la phase que nous vivons aujourd'hui où l'ensemble de la population des entreprises vieillit, vu le faible nombre de départs en retraite et de recrutements de jeunes, le secteur connaîtra des sorties massives du fait de départs en retraite ou en préretraite. La période exacte de ces sorties dépend de facteurs économiques et sociaux relatifs au financement des régimes de retraite. Aujourd'hui, l'âge souhaitable du départ de l'entreprise est situé à 55 ans par toutes les parties prenantes, directions, salariés, syndicats. Mais si cet âge de 55 ans fait l'objet d'un consensus implicite à l'intérieur des entreprises, il n'apparaît pas compatible avec les exigences d'équilibre du régime de financement des retraites, qui conduit le Medef à réclamer un allongement de la durée d'activité.

*Une pyramide des âges
vieillissante est-elle un
handicap ?*

D'une manière générale dans les entreprises d'assurances, la population âgée de plus de 45 ans est davantage perçue comme un handicap que

comme un atout. Cette formulation qui peut sembler abrupte recouvre en fait une réalité plus nuancée. Elle s'applique à ceux des salariés dont les compétences ne correspondent pas ou plus aux besoins actuels des sociétés. Elle peut traduire divers griefs : des aptitudes et des pratiques professionnelles obsolètes, un rapport performance/coût salarial faible, pas ou peu de mobilité professionnelle ou géographique, des capacités et une volonté d'apprentissage réduites, peu d'acceptation du changement et une motivation essentiellement tournée vers le maintien des acquis, voire le départ en préretraite pour les salariés proches de 55 ans.

Certains responsables affinent le propos en mettant en cause non pas l'âge, mais le poids des habitudes conféré par l'ancienneté dans le poste. A cette aune, on peut être vieux professionnellement avant 40 ans, pour peu qu'on ait commencé à travailler tôt et qu'on n'ait pas changé de fonction ni de manière de l'exercer. Le seuil du vieillissement s'abaisse progressivement au fur et à mesure de l'abaissement de l'âge du départ de l'entreprise. Il est souvent situé autour de 45 ans actuellement. Il existe cependant un consensus généralisé dans les sociétés d'assurances françaises pour refuser les licenciements collectifs comme moyen d'adapter ses structures. Ce consensus a profondément conditionné les méthodes d'adaptation utilisées par les entreprises. Les départs volontaires ont été favorisés, ce qui s'est traduit par des mesures permettant des mises à la retraite anticipées.

Une telle approche a facilité le rajeunissement des effectifs, et leur allègement, rendu nécessaire par les gains de productivité importants que les progrès des systèmes d'information ont autorisés. Mais cette voie d'ajustement devient de plus en plus incertaine. L'arrivée des classes pleines à l'âge de la préretraite, le retrait des financements publics ou paritaires des dispositifs de mise à la retraite anticipée rendront insupportable

financièrement pour les entreprises la poursuite de ces méthodes de gestion des âges. L'enjeu de la transmission de l'expérience, des savoir-faire, de la culture des entreprises va devenir plus crucial lorsque les départs en retraite augmenteront massivement, à partir de 2005 dans les hypothèses les plus proches. Le renouvellement des compétences de l'entreprise sera alors, selon les DRH, un problème encore plus difficile à gérer que celui d'adapter des populations âgées aux changements. La tension prévisible sur le marché de l'emploi, l'absence de visibilité sur les compétences qui seront recherchées à un horizon de cinq à dix ans rendent l'anticipation particulièrement difficile. Les organismes de formation professionnelle initiale répondent à ces transformations en élevant le niveau de leurs formations, en adéquation avec les demandes actuelles des entreprises, qui espèrent augmenter leurs capacités d'adaptation en recrutant des jeunes à un plus haut niveau.

La gestion des âges dans l'entreprise

Ce sont tous les âges de l'entreprise qu'il s'agit dès aujourd'hui de gérer en anticipant l'avenir, pour entretenir la motivation et la performance des salariés âgés de plus de 40 ans, qui devront peut-être travailler jusqu'à 65 ans, et non 55. Dépasser la question des seuls salariés âgés est indispensable non seulement pour maintenir la motivation de salariés en milieu de carrière dont les perspectives d'évolution professionnelle verticale sont mises à mal par la réduction des niveaux hiérarchiques, mais aussi pour éviter de perdre après deux ou trois ans de jeunes embauchés de haut niveau faute de perspectives de développement de carrière aussi rapides à l'intérieur de l'entreprise qu'en externe. Recruter, former, intégrer et fidéliser des jeunes en leur transmettant la com-

pétence des anciens deviendra un enjeu et une source d'incertitude majeurs lorsque les plus âgés quitteront en grand nombre les sociétés d'assurances. Le niveau actuel des frais généraux des entreprises n'incite guère à anticiper les besoins de renouvellement du personnel par des embauches immédiates. Pourtant, les dispositifs d'insertion en alternance, notamment, peuvent apporter des réponses pertinentes à ces besoins.

Lorsqu'ils prennent en compte la réalité des motivations et des attentes des salariés, des mécanismes comme le tutorat sont efficaces pour assurer l'intégration des jeunes et la transmission de l'expérience des anciens. Enfin, des outils adaptés à la gestion des âges dans l'entreprise sont disponibles. Les données existent dans les systèmes d'information de la DRH (par exemple les indicateurs sur la structure démographique de l'entreprise qui figurent dans le bilan social). Il s'agit aujourd'hui de les structurer de façon adéquate pour en tirer les informations appropriées.

Les compétences recherchées

Les besoins de formation systématiquement cités par les responsables des ressources humaines des entreprises d'assurances concernent :

- Les capacités relationnelles, liées à l'atténuation de la coupure entre front et back-office, au décloisonnement de l'entreprise, au développement des structures par projets, du travail en réseau. Par exemple, les gestionnaires de production ou de sinistres doivent désormais maîtriser la relation avec les clients ou les commerciaux à l'écrit comme à l'oral, au téléphone en particulier. Or ces capacités relationnelles n'avaient pas jusqu'ici fait partie des critères de recrutement de ces populations de gestionnaires.

- La capacité à « passer du coq à l'âne » en permanence. Les réorganisations ci-

tées au point précédent n'ont pas seulement pour résultat de mettre en relation directe un gestionnaire et un assuré, ce qui constitue un premier bouleversement du quotidien du salarié. Elles déstructurent en profondeur l'activité de celui-ci en remplaçant une gestion de dossiers papier dont il gardait la maîtrise par une activité dans laquelle les interventions téléphoniques des assurés ou des commerciaux viennent le bousculer. Ces interventions extérieures subies par le gestionnaire, auxquelles il doit répondre en temps réel, sans dégrader sa productivité, par un « zapping » permanent, sont une source de stress et de perte d'efficacité largement soulignée dans la profession.

– La capacité à travailler de façon autonome, au sein de projets, de structures en réseau. Les processus de « dé-taylorisation » à l'œuvre dans les services de gestion de la plupart des entreprises génèrent un fort besoin de cette nouvelle compétence.

– La maîtrise d'outils informatiques nouveaux : GED (gestion électronique de documents), workflow (gestion automatisée des risques), Internet et Intranet, micro-ordinateurs portables pour commerciaux, etc.

– Les langues, en particulier l'anglais, pour les groupes dont l'activité est internationalisée (par exemple la réassurance) ou ceux dont le nouvel actionnaire n'est pas français.

La première étape consiste à briser le mythe que les plus de 45 ans seraient incapables d'apprendre, et ce d'autant plus que leur formation initiale serait faible.

Une première version de ce texte a été publiée dans les *Cahiers qualité management* (revue de l'Institut pour la qualité du management). Cette chronique reprend les principaux éléments du rapport de fin d'étude du Centre des hautes études d'assurance de l'auteur. *Risques* publie désormais régulièrement les bonnes feuilles de mémoires des récents diplômés du CHEA (8, rue Chaptal, 75009 Paris).

L'évolution de la filière de l'assurance et son implication sur le rôle des acteurs

Stéphane Jean

Doctorant, Centre de recherche en gestion, École polytechnique

S'il est des secteurs qui voient leur organisation interne et le rôle des différents acteurs se transformer, l'assurance en est un des exemples les plus probants. Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), organisations et systèmes d'information orientés clients, multiplication des canaux de distribution, un ensemble de facteurs concourent à la restructuration de la filière de l'assurance ou en sont la conséquence. Introduisant opportunités et menaces, ils modifient le rôle de chacun des acteurs de la filière. Mais quels sont les facteurs structurants de cette réorganisation ? En s'appuyant sur une description de l'organisation de la filière différenciant conception, production, distribution et indemnisation, cet article met en évidence l'émergence de nouveaux modèles d'organisation et les critères qui en permettent l'apparition. A un modèle standard dans lequel l'assureur conçoit les produits et souscrit le risque, laissant aux distributeurs (courtiers et agents généraux) la commercialisation, tendent en effet à s'en substituer d'autres qui font surgir de nouveaux acteurs ou permettent aux distributeurs d'occuper d'autres rôles que la simple commercialisation.

◆ Les quatre phases dans la filière de l'assurance

En s'inspirant du modèle industriel, la filière de l'assurance peut être décrite en quatre phases. Dans la

première, la conception du produit d'assurance, sont définies les garanties présentes du contrat et la tarification du produit. La deuxième, ou phase de production, se traduit concrètement par l'acceptation (ou souscription) du risque. Elle peut être doublée, pour les produits dits informatisés, de l'ensemble des processus de production : logiciels de traitement de l'information, liaisons informatiques... qui en modifient les critères de performance (nous reviendrons sur ce point). Il est à noter que, contrairement aux modèles industriels traditionnels, la phase de production ne précède pas celle de distribution : toutes deux – c'est une spécificité de l'assurance – s'effectuent de manière simultanée, même si elles sont différenciées. On pourrait d'ailleurs inverser les deux dernières étapes puisque, concrètement, la phase de conception est suivie d'une phase de vente, puis d'une souscription du risque. La troisième phase est donc celle de commercialisation ou de distribution de l'assurance, c'est-à-dire de mise en œuvre des forces de vente. Le courtier ou l'agent reçoit (ou obtient) une demande d'un client et place le risque, en général, auprès d'une société – le producteur du service. Enfin, dernière phase éventuelle, l'indemnisation ou le règlement des sinistres.

◆ L'émergence des nouveaux modèles d'organisation de la filière

Le modèle standard de l'assureur producteur. Il se caractérise par la prédomi-

nance des sociétés d'assurances sur la conception, la production des produits d'assurance et le règlement des sinistres. Dans ce schéma, les sociétés sont les acteurs de l'innovation de « produits » au sens de Gallouj & Gallouj (1997). Une fois le produit conçu, elles lancent des campagnes commerciales pour sensibiliser les distributeurs, voire les clients. Cette sensibilisation peut être doublée d'outils d'incitation (intéressement) ou commerciaux (opérations de télémarketing, mailings, etc.). Les sinistres sont gérés directement par l'assureur. Les courtiers ou agents généraux prennent en charge la distribution rémunérée des produits. Les mutuelles d'assurances appartiennent à ce modèle, si ce n'est qu'elles s'inscrivent dans un schéma d'organisation intégrant la phase de distribution.

À partir de ce premier modèle, d'autres ont émergé, plus ou moins récents, qui voient soit l'entrée de nouveaux acteurs dans la filière, soit une transformation du rôle de chacun des acteurs.

Le modèle du grossiste. Le schéma de production se trouve sensiblement modifié au profit du distributeur, en l'occurrence le courtier, qui prend l'initiative dans la phase de conception du produit. Celui-ci est ensuite soumis à l'assureur pour qu'il négocie le tarif. Le courtier assure enfin la commercialisation, soit lui-même, soit dans le cadre d'accords avec d'autres courtiers. On retrouve ici plusieurs des éléments qui caractérisent l'entrée des distributeurs sur la fonction de conception tels qu'ils sont décrits dans d'autres secteurs, par

exemple le textile (Abecassis 1999) : certains distributeurs ne font plus uniquement de la vente de produits, ils développent leur propre marque et offrent des produits personnalisés.

Le poids des distributeurs dans la chaîne de production est par ailleurs renforcé par un ensemble de délégations accordées par les assureurs. Il s'agit de délégations de souscription, voire d'indemnisation des sinistres, qui permettent au courtier de maîtriser l'ensemble des relations avec le client. Les distributeurs appartenant à ce modèle ont ainsi une maîtrise presque globale de la filière de production.

Le modèle du bancassureur. La bancassurance est la distribution de produits d'assurance (pour l'heure majoritairement des produits de masse) dans les réseaux bancaires. Il s'agit en fait d'une diversification de la distribution des produits financiers traditionnels doublée d'une remontée vers la production. Certaines banques ont créé leur propre société d'assurances (Crédit agricole avec Pacifica, Crédit mutuel avec ACM). D'autres ont mis au point des partenariats avec les sociétés d'assurances traditionnelles (BNP avec AXA, Société générale avec CGU...). Les banques maîtrisent la conception, mais les produits concernés sont majoritairement standardisés, à l'usage des particuliers, même si le Crédit lyonnais, avec les Assurances fédérales, initie une activité d'assurance à destination des entreprises.

Le modèle de l'assureur de ses produits. Un producteur de biens, nouvel entrant dans la filière, propose à ses clients l'assurance de ces biens, voire une offre intégrée incluant l'assurance et l'entretien. Ce mouvement concerne principalement les constructeurs automobiles, sur la base de partenariats avec courtiers, assureurs ou mutuelles. Ford en partenariat avec Gras Savoye et L'Équité (Generali), Peugeot avec un courtier mis en place par un groupe de

mutuelles ont lancé leurs produits d'assurance au printemps 2000. Volvo fut le précurseur dans ce domaine en créant, en janvier 1999, sa propre société d'assurances (Volvo Assurance). Mais on peut également intégrer dans ce modèle les grandes marques de distribution comme Carrefour ou Ikea, qui proposent de l'assurance habitation. L'objectif d'un tel schéma, qui a pour conséquence de bouleverser les circuits traditionnels, est de capter le client dès l'acquisition des produits et de constituer un outil de fidélisation.

Le modèle du prestataire. Il marque une reprise d'initiative des sociétés traditionnelles sur un certain nombre de segments de la filière de production. Dans une perspective qui consiste à considérer les courtiers comme les clients, leur sont proposés un certain nombre de services, en phase de production ou en phase d'indemnisation, qui facilitent la gestion des cabinets.

Le premier type de services est la mise à disposition de plates-formes téléphoniques. Celle d'AGF Courtage, par exemple, donne les tarifs et les renseignements sur les produits auto et habitation, permet la consultation des dossiers en cours sur informatique et s'engage sur des délais d'envoi des pièces contractuelles. La plate-forme d'indemnisation s'adresse aux assurés, qui déclarent eux-mêmes les sinistres, et repose sur des principes de règlement rapide de ceux-ci et de mise à disposition d'un réseau de prestataires de services (garagistes, par exemple).

La mise en place de ces plates-formes correspond à l'industrialisation du service tel que l'a décrit Levitt (1976). La société d'assurances centralise certaines opérations à l'aide d'outils qui permettent de les standardiser et garantit au client final une qualité de service supérieure (en termes de délais, de services fournis, etc.) puisqu'elle maîtrise elle-même certaines opérations en général effectuées par les courtiers.

Dans une seconde version de ce modèle de réaction, les courtiers bénéficient également de certains services, mais leur sont déléguées diverses tâches traditionnellement assumées par les assureurs. Cette délégation s'effectue par la mise en place de liaisons informatiques qui donnent aux courtiers un accès direct au site central des sociétés d'assurances et leur permet de maîtriser en totalité la relation avec les clients. La production se fait alors directement chez les courtiers, par le biais d'une chaîne de production constituée de l'ensemble des maillons des liaisons informatiques. La délégation des actes de souscription ou d'indemnisation s'effectue par l'intermédiaire de protocoles signés entre les assureurs et les courtiers, qui font l'objet de contrôles ou d'audits par les sociétés d'assurances. Ces nouveaux types de relations ont pour conséquence la modification des paramètres de performance du produit : si dans le modèle standard celle-ci était liée au prix et à la marque, elle est aujourd'hui fonction du mode de production – délai de production ou d'indemnisation – ou de la conception des produits – quantité d'information pour souscrire un contrat, convivialité des interfaces de souscription.

Le modèle du producteur distributeur. Il s'agit d'un schéma d'organisation s'appuyant sur les nouvelles technologies et qui vise à donner aux sociétés la maîtrise de l'ensemble des phases de la filière de production. Ce modèle repose donc sur des bases proches de celles de la première version du modèle de l'assureur prestataire de services – mise en place par l'assureur de plates-formes de souscription et d'indemnisation –, mais il s'en distingue par le fait qu'il reprend aux courtiers ou aux agents généraux la maîtrise de la relation clientèle, qui disparaît de fait de la filière de production au profit d'une interaction client-prestataire fondée sur les NTIC. Certes l'assurance directe, fonctionnant sur le télé-

phone, existe depuis plusieurs années. Mais ce modèle connaît un regain d'intérêt du fait de l'arrivée à maturité du commerce par Internet, et son développement est d'ailleurs moins limité par les contraintes technologiques que par l'organisation traditionnelle des sociétés d'assurances.

◆ Les critères de sélection des modèles d'organisation de la filière

La maîtrise de la relation clientèle

A la lecture de ces différents modèles, il apparaît qu'aucun des acteurs de la filière de production ne semble réellement prendre l'ascendant sur les autres. Si une sélection doit avoir lieu, elle sera organisée à l'intérieur de chaque classe d'acteurs. Le critère de sélection, point commun à l'ensemble des modèles, est la capacité des acteurs à maîtriser la relation clientèle. C'est l'élément structurant de toute la filière. Cette absence de prise de pouvoir exclusive par la fonction distributeur (qui peut trancher avec des analyses menées dans d'autres secteurs) est due au fait que la relation clientèle est distribuée tout au long de la filière de production, d'où l'opportunité pour chaque acteur d'améliorer la maîtrise de cette relation sous diverses formes.

Dans le modèle du grossiste, la maîtrise de la relation clientèle se caractérise par le pouvoir de conception des produits distribués et donc de personnalisation ou d'adaptation au mode de vente du courtier. Dans les deux modèles suivants, celui du bancassureur et celui du distributeur de produits, cette maîtrise de la rela-

tion clientèle provient d'une captation préalable du client, pour lequel l'assurance est un service complémentaire.

L'émergence de modèles de réaction de la part des producteurs tient à leur capacité à fournir, au moment des interfaces avec le client (souscription ou indemnisation), un niveau de service amélioré grâce à la mise en place de structures permettant l'industrialisation de ce service. Les plateformes, qui constituent un objet idéal de certification ISO, permettent à ce titre l'établissement de normes de service, par exemple une permanence d'accueil téléphonique sept jours sur sept, la prise en charge des appels sur dix secondes et la fourniture aux courtiers d'une mesure de la satisfaction du client à la fin de chaque indemnisation.

Enfin, le développement promis de l'assurance directe dans les sociétés d'assurances traditionnelles est la conséquence de l'opportunité fournie par les NTIC d'établir une interface avec le client sans avoir recours à un réseau de distribution.

L'impact des nouvelles technologies

L'ensemble des modèles étant structurés autour de la relation clientèle, leur émergence est fonction des outils qui permettent d'améliorer la qualité de cette relation, c'est-à-dire, dans la plupart des cas, les NTIC. Dans les modèles traditionnels, la compétitivité des produits d'assurance était fondée sur leurs caractéristiques propres (prix, garanties, marque) ; dans les nouveaux modèles, le mode de production de l'assurance joue un rôle tout aussi important. Les sites B to C (*business to*

customer), trop lents, découragent la souscription ; les liaisons informatiques B to B (*business to business*), non performantes, entre les courtiers et les sociétés poussent les distributeurs à changer de fournisseur.

◆ Conclusion

Les évolutions à l'œuvre dans le secteur de l'assurance touchent tous les acteurs de la filière. Impulsés par l'introduction des NTIC et accélérés par l'arrivée à maturité d'Internet, ces changements ne conduisent pas inéluctablement à la disparition de certains acteurs mais remettent en question leur rôle dans l'organisation globale. Les modèles qui s'imposent sont ceux qui permettent simultanément aux acteurs d'augmenter leur productivité et de contrôler leur relation avec les clients finals. Sans doute faut-il trouver dans la capacité à maîtriser la production informatisée du service une des clés de la survie des sociétés d'assurances, mutuelles, courtiers et agents dans les années à venir.

Bibliographie

ABECASSIS C., « Comment les distributeurs sont entrés sur la fonction de conception de nouveaux produits d'habillement », *Cahiers de recherche du Centre de recherche en gestion*, n° 8, 1999.

EIGLIER P. et LANGEARD E., *Servuction*, Ediscience International, 1987.

GALLOUJ C. et GALLOUJ F., « L'innovation dans les services et le modèle du cycle de produit inversé », *Revue française de gestion*, mars-avril-mai 1997.

LEVITT T., « The Industrialization of Service », *Harvard Business Review*, 54 (September-October 1976), p. 63-74.

Normes professionnelles et concurrence

Jean-Marc Lamère

Délégué général adjoint, FFSA

Par définition, une norme est une convention à laquelle adhèrent les parties concernées – y compris les consommateurs –, et qui les engage à fabriquer un produit ou à délivrer un service dans un cadre qui peut être strict (descriptif), performantiel ou minimaliste. La norme restreint la liberté des parties en visant l'intérêt général.

S'agissant de normes relatives à des produits industriels, l'intérêt général s'exprime selon divers critères : faciliter l'interopérabilité et la transparence, et donc, dans les deux cas, la concurrence, dont le consommateur est le bénéficiaire.

La norme est aussi habituellement bénéfique au producteur, car elle permet de rationaliser la production de chaque maillon de la chaîne et, par suite, de faire baisser le prix des achats. Elle facilite la vente, en particulier à l'exportation. D'une façon générale, la norme – au sens large – participe à la promotion et à l'émergence d'un nouveau produit ou service. Elle le crédibilise et constitue ainsi un « pont » entre la demande latente et la demande solvable du consommateur. Celui-ci désire disposer d'une « garantie de confiance » qui ne peut lui être fournie de façon objective par le producteur ou le vendeur, et la norme, visant la qualité et la sécurité, répond à son attente.

La norme, qui repose sur un consensus, notamment pour ce qui est du choix des critères et métriques sur lesquels vont s'appuyer les règles de normalisation (ou de qualification), implique aussi une certaine limitation de la concurrence. En effet, les producteurs, qui recherchent le plus souvent la baisse de leurs prix de revient, pourraient souhaiter disposer de plus de liberté

dans les choix de fabrication de leurs produits. Pourtant, issue d'un processus consensuel, la norme profite non seulement directement aux consommateurs, mais encore aux producteurs, qui conviennent ainsi de ne pas se faire concurrence en deçà de celle-ci. Ils préservent ainsi leur image et, par voie de conséquence, la qualité minimale des produits, ce qui va dans le sens de l'intérêt général.

En fait, non seulement les normes ne sont pas un obstacle à la concurrence, mais elles la favorisent : en offrant une « garantie de confiance » au consommateur, elles le libèrent et stimulent sa consommation. La demande s'accroissant, l'offre augmente à son tour, et la concurrence peut s'exercer davantage.

La normalisation d'un produit est une opération complexe. Il y a toujours débat en ce qui concerne l'équilibre entre le « performantiel » et le « descriptif ». Dans le premier cas, on fixe les résultats à atteindre, et l'entreprise est libre quant aux moyens pour y parvenir. Dans le second cas, on détermine les moyens. On pourrait penser que la première approche est plus libérale et laisse davantage de place à l'innovation, mais la réalité n'est pas si simple.

En effet, il s'agit de définir avec précision le cadre performantiel, c'est-à-dire le contexte dans lequel le produit sera intégré, la dimension temps, le lien entre le produit et la qualité de celui qui fera l'intégration... L'approche descriptive, qui semble parfois lourde et tatillonne, est le résultat de l'expérience, mais parvient mal à anticiper le futur ; elle est souvent plus sûre mais moins souple.

Ainsi, par exemple, la normalisation d'une brique est une opération compliquée. Pourtant l'usager – le professionnel de la construction ou le consommateur final – peut se faire une opinion assez pertinente même en l'absence de norme parce que la brique est un objet matériel simple¹. Toutefois, on consomme en France chaque année des centaines de millions de briques et l'on relève des centaines de milliers de défauts : la statistique constitue un bon indicateur de qualité, donc de normalisation. Notons aussi que, lorsque l'on construit un ouvrage en briques, on procède aux essais et vérifications nécessaires – au niveau des briques, puis au niveau de l'ouvrage – avant de procéder à la réception de l'ouvrage par le maître d'ouvrage, qui se fait éventuellement assister d'un technicien. Et cependant, malgré ces précautions, on observe chaque année de nombreuses anomalies dans les constructions, cette fréquence élevée présentant d'ailleurs un faible taux de dommages : il s'agit plus d'une problématique de qualité que de sécurité.

La normalisation d'un produit ou d'un dispositif de sécurité est plus complexe encore, et comporte des spécificités. Contrairement à la brique, il est difficile pour un professionnel ou un consommateur d'avoir une opinion sur un dispositif électronique de détection d'incendie, par exemple. Le nombre de détecteurs d'incendie installés en France chaque année n'est pas très élevé et ils se révèlent rarement défectueux. En effet, le défaut d'une brique est détecté très rapidement – à sa production, lors de sa commercialisation, de son incorporation dans l'ouvrage, ou peu de temps après –, tandis que le défaut éventuel d'un détecteur d'incendie ne

peut en général être repéré qu'en cas d'incendie, événement rare et que l'on ne peut ni souhaiter ni simuler complètement. Les statistiques sont donc peu nombreuses. En revanche, le savoir-faire est bien réel et repose sur l'expérience. En outre, l'enjeu est sans rapport avec la brique ; en cas d'incendie, il existe un risque de dommages corporels et de dommages matériels qui est inacceptable. Il y a donc, dans l'intérêt général, une obligation de précaution renforcée pour les produits de sécurité. C'est la raison pour laquelle, dans le processus de normalisation, on rencontre plus de règles descriptives que de règles performancielles.

Nous avons évoqué jusqu'à présent quelques caractéristiques de la normalisation des produits en exposant la spécificité de ceux qui concernent directement la sécurité. Pour le consommateur, la normalisation des services, ou leur qualification, est encore plus nécessaire que celle des produits :

– Le service, contrairement au produit, est immatériel. Il peut être décrit dans une notice ou un contrat, mais il ne se révèle pleinement que lors de sa réalisation. Celle-ci repose sur l'homme, et on constate donc une certaine variabilité du service effectivement rendu. Le consommateur ne peut « palper » le service comme le produit. Plus opaque et quelquefois plus complexe, le service demande plus de transparence et une garantie de confiance mieux définie.

– La concurrence s'exerce au moins autant sur les services que sur les produits. À défaut de normes, elle ne s'opère trop souvent que sur le prix, ce qui, *a posteriori*, ne correspond pas nécessairement au besoin ni à l'intérêt du consommateur.

– Le service est lié aux produits dans un certain nombre de cas, et il ne sert à rien de normaliser les produits si leur agencement par le service n'est pas lui-même normalisé, car le résultat risque de ne pas correspondre à l'attente du consommateur.

Si la qualification des services est donc nécessaire², il est aussi plus difficile d'établir en ce domaine des règles inatta-

quables sur le plan de l'objectivité. Il est certes possible d'employer des approches descriptives ou performancielles, mais, comme on ne peut entrer dans le détail des comportements, la variabilité des prestations de services ne peut guère être réduite.

Dans le contexte particulier décrit ci-dessus, la qualification des services de sécurité tels que les installations de détecteurs d'incendie – pour reprendre notre exemple – est très délicate. L'énumération descriptive détaillée des règles de montage et de contrôle constituerait une tâche difficile, sans cesse périmée et d'un usage extrêmement lourd.

C'est bien ici, dans le domaine de la sécurité des personnes et des biens, que l'on doit incorporer les leçons de l'expérience de manière pragmatique et réaliste.

Qui peut nier qu'il faut avoir réalisé le même montage un certain nombre de fois pour avoir la quasi-certitude qu'il fonctionnera sans défaillance en cas d'incendie ? Qui peut nier qu'il faut particulièrement bien maîtriser le matériel du constructeur, et entretenir avec lui des relations de suivi, afin de connaître et de prévenir les défauts d'installation ? Qui peut nier que la maintenance d'une installation de détecteurs – incluant les contrôles et les tests – constitue une garantie de bon fonctionnement ?

Ces simples règles permettent de faire l'économie de textes descriptifs difficiles à élaborer. Mais elles sont formellement attaquables au nom de la libre concurrence. En effet, l'entreprise d'installation débutante ou ayant une faible activité, celle qui a peu de liens avec un constructeur donné ou qui souhaite procéder à l'installation sans assurer la maintenance... semble *a priori* défavorisée, sinon écartée. S'agit-il d'une restriction de concurrence ? Oui. Est-ce dans l'intérêt du consommateur ? Oui, car le prix ne doit pas être le seul critère lorsqu'il s'agit de la sécurité des personnes et des biens.

Les assureurs ont un rôle à jouer dans la qualification des intervenants de sécurité,

en apportant leur expérience en matière de sinistres et de dysfonctionnements de sécurité. Participant aux travaux des commissions de qualification avec les parties concernées, ils n'ont pas d'intérêt direct ni majeur à la qualification, mais défendent l'intérêt général. En effet, les assureurs ont avantage à ce que les usagers se tournent vers la prévention, avec les dispositions les plus efficaces, pour réduire la sinistralité, mais ils savent qu'ils ne le feront que si les prix sont faibles ou si leur engagement entraîne une baisse significative de la cotisation d'assurance. Or, sur un risque donné, comme l'incendie, la cotisation actuariellement économisée grâce au surcroît de sécurité ne représente qu'une très faible fraction du coût d'investissement en sécurité. L'argument sécurité n'est donc pas celui du prix, mais bien le même que celui de l'assurance, c'est-à-dire le parfait fonctionnement du dispositif en cas de besoin.

Si le Conseil de la concurrence estimait que les produits et services de sécurité des personnes et des biens ne constituent pas une exception en matière de normalisation et de qualification, les assureurs pourraient se retirer des instances correspondantes. N'y demeurerait plus que les consommateurs, qui ne connaissent pas le risque, et les producteurs et installateurs, qui ne visent pas nécessairement l'intérêt général.

Notes

1. La norme descriptive peut fixer des fourchettes de composition, de poids, de dimension..., la norme performancielle des fourchettes de résistance mécanique et thermique... Mais, dans cet exemple comme dans tous les cas, la complexité provient des règles d'assemblage : le mur construit n'aura les qualités requises que si, notamment, on utilise tel ciment, dans des conditions de température et d'hygrométrie données, et si les écarts de jointures sont inférieurs à un certain seuil, ce qui pose le problème de la qualification des intervenants.

2. Un cas particulier intéressant est celui des produits et services d'assurance qui, pour le moment, font l'objet de peu de règles communes, alors qu'il s'agit de domaines juridiques, économiques et techniques particulièrement complexes pour le consommateur final. La transparence, grâce à des normes-cadres minimales, pourrait favoriser l'innovation de qualité, stimuler la demande, puis l'offre et donc globalement la concurrence, au bénéfice du consommateur. Nul doute que la mise en place de normes dans ce domaine ne devienne nécessaire dans un proche avenir.

Livres

■ **Julian Franks et Colin Mayer, *Risks and Regulation in European Asset Management : Is There a Role for Capital Requirements ?* (cf www.afg-asffi.com). Londres, Eama, 2000.**

La transposition dans la pratique de la théorie financière et de celle du risque, qui ont atteint un haut degré de sophistication, a permis aux divers métiers de la finance d'élargir rapidement et profondément la palette de produits et de services proposée aux investisseurs. Est-ce la raison pour laquelle la régulation des activités des institutions financières semble quelque peu en retard face au foisonnement d'innovations à haute technicité en matière de gestion de risque ? De multiples questions attendent en effet aujourd'hui des réponses plus fines visant à « optimiser » la combinaison d'instruments de régulation en termes de coûts et de bénéfices. Citons-en quelques-unes : Quels sont les risques – et leurs coûts – inhérents aux diverses activités ? Comment les différentes institutions se couvrent-elles contre les aléas du marché et/ou les risques opérationnels ? Quel type de protection des investisseurs demande tel ou tel métier ? En matière de capitaux propres réglementaires, peut-on appliquer à la gestion pour compte de tiers la même logique qu'aux activités bancaires et d'assurance ?...

Le rapport de Julian Franks, de la London Business School, Colin Mayer, de la Saïd Business School de l'université d'Oxford, et de l'équipe d'Oxford Economic Research Associates (Oxera) que l'European Asset Management Association (EAMA) – dont l'Association française de la gestion pour compte de tiers (AFG-Asffi) est l'un des membres fondateurs – vient de publier répond à ces interrogations à travers une étude empirique en profondeur et une analyse économique du système de régulation spécifique à la gestion pour compte de tiers. Ce travail vient à point nommé et comble un vide.

L'ouvrage se structure en neuf chapitres. Les trois premiers donnent les principaux résultats de l'étude en s'appuyant sur une analyse critique des coûts et bénéfices des différentes formes de protection des investisseurs. Les chapitres IV à VI décrivent en détail les activités et les structures, institutionnelles et en matière de régulation, des marchés de la gestion dans chacun des sept pays européens pris en compte dans l'analyse. Un chapitre entier est dédié à la présentation détaillée des résultats de l'étude empirique, réalisée par voie de

questionnaire, suivis d'entretiens approfondis avec une quarantaine de responsables de sociétés de gestion et de régulateurs. Pour illustrer les conséquences que peut entraîner un laxisme en matière de protection *ex ante* des investisseurs, une étude de cas est présentée dans le chapitre VIII. Enfin, le chapitre IX, revue de la littérature académique, replace la gestion pour compte de tiers dans le contexte des théories de la régulation des institutions financières et des professions.

Franks et Mayer avaient déjà réalisé en 1989, pour le compte du régulateur Imro, un rapport sur la régulation de l'industrie de la gestion britannique, qui fut publié la même année par Oxford University Press et qui analysait en particulier la pertinence des capitaux minimaux réglementaires en tant qu'outils de régulation. Celui que publie l'Eama est original et intéressant à plusieurs égards : il élargit, d'une part, le champ d'analyse aux principaux centres de la gestion pour compte de tiers en Europe (sept pays) et aux États-Unis et, d'autre part, appelle l'attention sur l'importance des implications de ce dossier quant à la régulation de l'industrie européenne de la gestion. Il apporte également de nouveaux éléments de réflexion aux régulateurs et, plus généralement, aux pouvoirs publics.

En effet, dans un contexte où plusieurs réflexions relatives au rôle que devraient jouer les capitaux propres dans la régulation des industries financières se déroulent aux niveaux international et européen, ce rapport analyse les risques inhérents à la gestion pour compte de tiers et évalue dans quelle mesure des capitaux réglementaires (plus élevés) permettraient ou non de mieux protéger les investisseurs.

Ses conclusions sont claires : même fixés à un niveau très élevé, les capitaux propres réglementaires ne contribueraient pas à améliorer la sécurité des investisseurs. Leur augmentation pourrait même avoir des effets pervers : la fausse sensation de sécurité qu'ils apporteraient pourrait en effet freiner l'amélioration de la protection des épargnants ainsi que l'évolution des outils de régulation et de contrôle de la profession. Or, ceux-ci ont prouvé leur efficacité en matière de protection des investisseurs. Par ailleurs, compte tenu des coûts qu'elle entraînerait, une augmentation des fonds propres des sociétés de gestion de portefeuilles risquerait d'avoir de fâcheuses conséquences en termes de concurrence et d'innovation, notamment parce qu'elle dresserait des barrières à l'arrivée de nouvelles entrantes...

En matière de risques, nous rappellent les auteurs, la gestion pour compte de tiers se situe dans une situation très différente de celle de l'industrie bancaire et de celle des assurances, ne serait-ce que parce que les sociétés de gestion de portefeuilles ne portent pas dans leurs bilans les placements des investisseurs. Les systèmes pruden- tiels reposant sur des capitaux propres, adaptés aux banques et aux sociétés d'assurances, ne sont donc pas pertinents pour l'industrie de la gestion. Les sociétés de gestion sont aujourd'hui soumises à des dispositifs de régulation fonctionnant largement *ex ante* : qualité de l'information et contrôle interne, séparation des actifs des clients de ceux de la société de gestion, contrôle par le dépositaire, audit et commissaires aux comptes, assurance de responsabilité en cas de pertes dues à des risques opérationnels...

Enfin, la mise en évidence du rôle accru que jouent aujourd'hui les mécanismes d'autorégulation et la discipline de marché aux côtés des outils de « régulation classique » représente aussi une contribution qui mérite d'être soulignée. Reste à estimer le coût global de la mise en place d'un *mixing* optimal de ces moyens de protection. Il en va de la solidité financière et de la crédibilité des professions concernées, ainsi que de la stabilité du système. Des recherches appliquées ou théoriques dans ce domaine sont à encourager dans un contexte d'intégration des marchés financiers européens.

par *Carlos Pardo*

■ **Jacques Attali, *Blaise Pascal ou le génie français*, Fayard, 2000.**

Qu'est-ce qui fait donc courir Jacques Attali, maratho- nien de l'écriture, avec plus de vingt ouvrages à son actif ? Cette fois-ci, le défi est audacieux. Raconter la vie de Blaise Pascal présente des difficultés d'ordre pratique, mais ce ne sont pas celles que l'on croit. Un avantage, la brièveté de sa vie (il meurt en 1662, à l'âge de trente- neuf ans), compensée par l'exceptionnelle densité de ses écrits ; deux inconvénients, la difficulté pour un contemporain de lire la langue scientifique de l'époque et l'illisibilité de son écriture.

Étonnante vie que celle de cet homme qui perd sa mère très jeune et qui, par la suite, ne trouvera jamais la paix intérieure. Pourtant, son père et deux sœurs l'entourent. Il bénéficie d'une éducation personnalisée qui aurait pu engendrer l'introversité, mais son père, pétri des méthodes inspirées de Rabelais et de Montaigne, propose à ses enfants une pédagogie reposant sur la logique et l'esprit de curiosité, hors des livres religieux.

Pour lui, « la foi n'est pas une science qu'on enseigne, mais un objet pour le cœur ». Pendant les repas fami- liaux, on parle latin et on développe des points d'his- toire. Toutefois, les relations ne seront jamais simples. Pascal éprouve notamment une jalousie extrême, mêlée d'admiration, pour sa sœur Jacqueline, qui entrera dans les ordres et se retirera à Port-Royal.

Par quatre fois, la rigueur mathématique de notre prodige fait merveille. À l'âge de seize ans, c'est tout d'abord l'*Essai sur les coniques*, c'est-à-dire les projec- tions sur un plan de cercles tracés dans l'espace. Naît ainsi le théorème de Pascal, ou « hexagramme mystique », une figure composée de six lignes droites : Pascal démontre au moyen des projections que cette figure convient à une section conique, et réciproque- ment. Toute la géométrie projective des XIX^e et XX^e siècles en découlera.

Deux ans plus tard, soucieux d'aider son père, collec- teur d'impôts, il commence à réfléchir à sa « machine d'arithmétique », l'ancêtre de la machine à calculer. Elle effectue les quatre opérations. Le jeune génie résout le problème des retenues en utilisant des roues dentées qu'il fait réaliser par des horlogers. Le mécanisme fonc- tionne parfaitement quand il les dote de ressorts. Bien que copiée, la machine, fabriquée artisanalement, ne sera redécouverte que deux siècles plus tard par l'Anglais Charles Babbage.

Puis viennent les recherches sur l'existence du vide. On soumet à Pascal un cas concret, la descente d'un plon- geur dans une cloche pour accéder à l'épave d'un navire. Il a en tête l'expérience de Torricelli avec son tube à mercure. Il la renouvelle dans des tubes en verre de plus en plus longs et non seulement confirme l'expé- rience de son aîné, mais met également en évidence la pesanteur de l'air. L'expérience probante sera réalisée en septembre 1648, cette fois-ci au pied, sur les pentes et au sommet du puy de Dôme, dans sa région natale. Plus de deux siècles avant Claude Bernard, Blaise Pascal vient d'inventer la méthode expérimentale et de révolu- tionner la physique des fluides.

Enfin, en 1654, il découvre une méthode permettant d'évaluer les risques. Tout part d'une question posée par le chevalier de Méré et connue sous le nom de « problème des partis », c'est-à-dire de répartition des mises. Ce joueur de dés a vérifié empiriquement que, lorsque l'on lance un dé, la chance d'obtenir un six est supérieure à une sur deux à partir de quatre lancers. L'analyse des risques, le fondement même de l'assu- rance, se profile derrière cette anecdote. Mais Pascal, philosophe, y voit aussi une métaphore de la vie. Plus tard, il s'appuiera sur cette réflexion pour bâtir son pari sur l'existence de Dieu. Dans l'immédiat, il cherche à

trouver une valeur certaine au hasard, ce que l'on appellerait aujourd'hui l'espérance mathématique du gain ou le produit du gain espéré par la probabilité de son occurrence. Là encore, l'expérimentation suit un cheminement original sous la forme d'un échange de lettres avec le mathématicien toulousain Pierre de Fermat.

Cet aiguillon fait avancer la réflexion de Pascal, qui débouche sur le concept de récurrence, une méthode consistant à étendre à tous les termes d'une série une relation déjà vérifiée pour les deux premiers résultats. Il parvient à une conclusion limpide : les résultats du problème sont inscrits dans une figure géométrique, le « triangle arithmétique ». Il est à l'origine du développement du calcul intégral, des principes du calcul infinitésimal et de la possibilité de sortir d'un système décimal. Même s'il ne découvre pas vraiment les lois

des probabilités, Pascal ouvre la voie au Néerlandais Huygens, à l'Allemand Leibniz, à l'Anglais Grant et, au siècle suivant, au Suisse Jacques Bernoulli, initiateur de la loi des grands nombres et de la théorie des échantillons.

Tout le mérite de l'ouvrage de Jacques Attali est de bien identifier ces grandes découvertes et de les positionner dans le temps et dans l'espace. Car, à l'image des génies, Blaise Pascal est un touche-à-tout : tour à tour physicien, mathématicien, philosophe, pamphlétaire, théologien, il fait s'interpénétrer ces disciplines tout au long de sa vie. Un autre point fort de l'ouvrage est de dresser une liste des auteurs qui, jusqu'à aujourd'hui, l'ont soit vilipendé, soit, au contraire, réhabilité. Grâce à eux, Blaise Pascal, malgré les apparences, se révèle un personnage étonnamment moderne, digne de figurer en bonne place au panthéon des grands scientifiques.

par *Alain Borderie*

	France et CEE	Pays hors CEE		France et CEE	Pays hors CEE
<input type="checkbox"/> N° 2 : Les visages de l'assuré (1 ^{re} partie)	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 33 : Conjoncture de l'assurance. Risque santé	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° 34 : Le risque catastrophique	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 4 : La prévention	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 35 : L'expertise aujourd'hui	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 6 : Le risque thérapeutique	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 37 : Entretien avec Felix Rohatyn	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 7 : Assurance crédit/Assurance vie	125 F	125 F	<input type="checkbox"/> N° 38 : Entretien avec Gilles de Robien	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 11 : Environnement : le temps de la précaution	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 39 : Entretien avec Jean-Marie Spaeth	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 13 : Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 40 : Entretien avec Jacques Blondeau	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 14 : Innovation, assurance, responsabilité	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 41 : Entretien avec Frits Bolkestein	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 15 : La vie assurée	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 42 : Entretien avec Maruice Lévy	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 16 : Fraude ou risque moral ?	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 43 : Entretien avec Ernest-Antoine Seillière	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 18 : Éthique et assurance	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 44 : Entretien avec Hubert Curien	190 F	220 F
<input type="checkbox"/> N° 19 : Finance et assurance vie	150 F	150 F	<input type="checkbox"/> N° 45 : Entretien avec Thierry de Montbrial	190 F	220 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	Numéros épuisés		
<input type="checkbox"/> N° 27 : L'assureur et l'impôt	190 F	190 F	N° 1 Les horizons du risque		
<input type="checkbox"/> N° 28 : Gestion financière du risque	190 F	190 F	N° 5 Age et assurance		
<input type="checkbox"/> N° 29 : Assurance sans assurance	190 F	220 F	N° 8 L'heure de l'Europe		
<input type="checkbox"/> N° 30 : La frontière public/privé	190 F	220 F	N° 9 La réassurance		
<input type="checkbox"/> N° 31 : Assurance et sociétés industrielles	190 F	220 F	N° 10 Assurance, droit, responsabilité		
<input type="checkbox"/> N° 32 : La société du risque	190 F	220 F	N° 12 Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?		
			N° 17 Dictionnaire de l'économie de l'assurance		
			N° 36 Entretien avec Dominique Strauss-Kahn		

BON DE COMMANDE DE LA REVUE RISQUES

	France et CEE	Étranger
<input type="checkbox"/> Abonnement de soutien (4 n°/an) du n° 45 au n° 48 inclus	2 000 F	2 000 F
<input type="checkbox"/> Abonnement (4 n°/an) du n° 45 au n° 48 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 75015 PARIS

Tél. : [33] 01 56 54 17 80 – Fax : [33] 01 56 54 17 81

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

Diffusion

Abonnement

L.G.D.J

31, rue Falguière - 75015 Paris

Tél. [33] (0)1 56 54 17 80

Fax [33] (0)1 56 54 17 81

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 : mars 2001

ISSN : 1152-9253

Revue éditée par la SCEPRA

9, rue d'Enghien 75010 Paris

Risques

Les cahiers de l'assurance

1. Société

Risques économiques des pays émergents

2. Techniques

Le fichier clients

3. Analyses

Segmentation, assurance et solidarité

4. Chroniques

Droit

Économie

Social

5. Études et livres

ISSN : IIS2-9253

2-909303-05-5



ISBN : 2-909303-05-5

Prix : 190 F