

# RISQUES

JE ME SOUVIENS

DE ME MÉFIER.

DESCARTES



N°2

1<sup>re</sup> PARTIE

Les visages  
DE L'ASSURÉ

■ Les Paratonnerres : Mark Twain

OCTOBRE 1990

LES CAHIERS DE L'ASSURANCE

# Le visages de l'assuré (première partie)

## COMITÉ DE RÉDACTION

François-Xavier Albouy  
Claude Beaufort  
François Ewald  
Yves-Marie Jannel  
Denis Kessler  
Brigitte Pruvot

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

André Babeau  
Anton Brender  
Eric Briys  
Francis Calcoen  
Thierry Chauveau  
Henry Debruyne  
Georges Durry  
Louis Eeckhoudt  
Denis Kessler  
Marc Lauwers  
Michel Levasseur  
Michel Lutfalla  
Jacques Marseille  
Jean-Claude Milleron  
Pierre Pestieau  
Jacques Plassard  
Georges Plescoff  
André Renaudin  
Jean-Charles Rochet  
Régis de la Roulière  
Göran Skogh  
Jean-Marc Suret  
Pierre Tabatoni  
Peter Zweifel

## I DE L'ASSURÉ AU CLIENT

|                                         |                           |
|-----------------------------------------|---------------------------|
| Introduction : Qu'est-ce qu'un assuré ? | 7                         |
| Le Client                               | F. X. Albouy, F. Ewald 11 |

### Le conflit extrême

|                             |                                                                        |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| La proposition 103          | Claude Bébéar 24                                                       |
| La révolution californienne | Stephen D. Sugarman 30                                                 |
| Le regard des autres        | Barbara. D. Stewart,<br>Richard E. Stewart,<br>Richard S. L. Roddis 55 |

### Le regard des autres

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| Séraphin Lampion              | Charles Debernardi 61 |
| Assurance, image et fiscalité | Max Boissonnet 67     |
| Qu'est-ce qu'un réassuré ?    | Serge Osouf 78        |

### Assurance et consommation

|                                               |                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------|
| L'assurance est-elle un service public ?      | Véronique Neiertz 81    |
| Assurance et solidarité                       | Jean-Michel Rothmann 85 |
| Le devoir de conseil                          | Hubert Groutel 89       |
| Quinze images du droit du contrat d'assurance | Yves-Marie Jannel 99    |
| A l'écoute des assurés                        | Pierre Baudiez 103      |

### Tarification et marketing

|                                        |                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------|
| La tarification automobile en France   | Gilbert Thiry 113                    |
| Tarification a priori et modèle probit | Michel Beuthe,<br>Vincent Denuit 129 |
| Segmentation ou sélection ?            | Philippe Roche 146                   |
| L'assuré automobile au Royaume-Uni     | Ray Morley 152                       |

### Attentes du public

|                                  |                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------|
| La bancassurance                 | Edouard Zeltzer 156                    |
| La gestion de l'image            | Philippe Hocq 163                      |
| L'approche patrimoniale au Japon | Gentaro Kawase 168                     |
| L'écolo-marketing de l'assurance | Roland Nussbaum,<br>Patrick Picard 173 |
| Economie politique               | Mark Twain 185                         |

# Rubriques

## HISTOIRE

Théorie analytique de l'assurance ..... Joseph Fourier 191

## ENVIRONNEMENT

Pollution par les hydrocarbures ..... Pierre Latron,  
François Bernier 201

## ENTREPRISES

L'accord Axa, présentation ..... 228  
Une nouvelle donne syndicale ..... Gérard Lobjeois 230  
Un nouveau modèle de relations  
professionnelles ..... Antoine Lyon-Caen 236  
Texte de l'accord sur l'exercice du droit syndical ..... 244

# Chroniques

Jean Fourastié et l'assurance ..... Pierre Petauton 251  
Comptes rendus de livres :

• - Continuous-time finance - • R. C. Merton • - Alfred Sauvy,  
compagnon du siècle - • Michel Levy • - Le pouvoir des mathéma-  
tiques - • Moshé Flato • - L'économie mathématique en France - •  
André Zylberberg • - Les dés et les urnes - • Jean-Louis Boursin  
• - Le devenir des climats - Robert Kandel ..... 256

Revue des revues :

• Pensions as Retirement Income Insurance • Model of the Demand  
for Longevity and the Value of Life Extension • Rank-Dependent  
Probabilities • Anomalies • Capital Accumulation, endogenous  
population growth and Easterlin cycles ..... 260

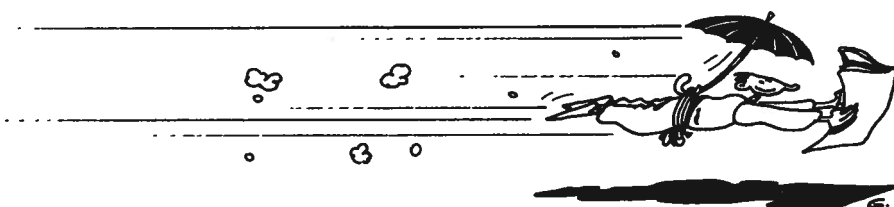
## COMITÉ D'ORIENTATION

Michel Albert  
Claude Bébéar  
André Favre-Rochex  
François Heilbronner  
Jacques Lallement  
Patrick Peugeot  
Jean Peyrelevade  
Christian Sastre  
Alain Tempelaere  
Guy Verdeil





# Fièvres



◆ **Le recensement 1990** de la population aux Etats-Unis montre que la Californie est l'Etat le plus peuplé avec 29,3 millions d'habitants et une croissance en dix ans de 23 %. Le barycentre démographique des USA est de plus en plus déplacé vers le Pacifique. La Californie devrait bénéficier de 6 districts supplémentaires, ce qui en ferait l'Etat de l'Union le plus représenté au Congrès.

◆ Pour le Dr Patrick McGeer de l'Université de Colombie Britannique, des médicaments anti-inflammatoires, comme l'aspirine pourraient être utilisés dans le traitement de la **maladie d'Alzheimer**. Selon une étude qu'il a publiée dans le *Lancet*, seulement 0,39% de malades d'Alzheimer se rencontrent dans un échantillon de personnes de plus de 64 ans qui prennent régulièrement des anti-inflammatoires, alors que la fréquence de la maladie est de 2,7% dans ce groupe d'âge. La maladie serait auto-immune, les anti-inflammatoires pourraient en ralentir l'évolution, mais non pas la guérir.

◆ L'acheteur d'une **Ford** neuve au **Royaume-Uni** bénéficie d'une assurance pour la première année, suivie

d'un bonus de 60% pour la seconde. Le montage est réalisé par *General Accident*, Ford payerait 175 £ par véhicule. Ce montage intéresse surtout les jeunes conducteurs, la prime d'un cabriolet Escort pour un conducteur de 19 ans, habitant Londres est de 2800 £, la première année. Un montage semblable est réalisé par *Cornhill Insurance* pour *Peugeot*, mais sur un nombre limité de véhicules. (Source : DYP N°218)

◆ Six heures après que la compagnie chinoise de transport aérien ait renégocié sur le marché de Londres ses garanties, un Boeing 737 s'est écrasé sur l'aéroport de Canton faisant 127 morts. L'accident provoqué par l'explosion d'une bombe sera classé comme **risque de guerre** et donc supporté par le Lloyd's. La loi chinoise limite les indemnités pour dommages corporels à 2500 \$ par personne...

◆ Le médiateur vient de proposer qu'en cas d'**accident thérapeutique** ce soit désormais au médecin de faire la preuve qu'il n'y a pas une faute de sa part. Alors qu'aujourd'hui, c'est au contraire au malade d'apporter les preuves concrètes d'une bavure, le médecin n'étant

soumis qu'à une obligation de moyens et non de résultats.

◆ On sait que la capitalisation de la bourse de Tokyo a dépassé en 1988 celle de New-York. Mais cette croissance des marchés financiers est liée à une fantastique **inflation des valeurs immobilières**. Plusieurs études d'analystes financiers s'interrogent sur la stabilité de ce système. En cas de baisse du prix des immeubles (choc pétrolier, tremblement de terre...) l'économie japonaise serait entraînée dans une phase de récession qui se répercuterait sur l'ensemble des places financières mondiales.

◆ *The Economist* donne son interprétation du **prix Nobel 1990 de médecine** attribué à deux innovateurs dans le domaine des greffes : les docteurs Murray et Thomas. S'il salue les performances scientifiques et pratiques des greffes, le journal britannique rappelle qu'une greffe de rein coûte entre 80 et 100 000 \$, de 100 à 120 000 \$ pour un cœur et de 250 000 \$ à 400 000 \$ pour une greffe de foie. Le problème est qu'aux Etats-Unis, par exemple, près d'un million de personnes meurent d'une maladie cardiaque alors que

2000 sont opérées chaque année. En dehors de la contrainte financière, les grefes posent de redoutables problèmes : manque de « donneurs », choix des malades, listes d'attente...

◆ **En Allemagne de l'Est**, on enregistrait 33 décès pour 1000 accidents de la circulation contre 4 pour 1000 en Allemagne de l'Ouest. Les causes de cette mortalité 8 fois plus importante tiennent au mauvais état du réseau routier, à la faiblesse de la sécurité passive des véhicules et à l'inorganisation des systèmes de secours.

◆ **Les actifs des compagnies d'assurance vie américaines** se répartissent en obligations 46 % et hypothèques 22 %. Les actions ne représentent que 2,5 % des actifs. Les actifs réservés, c'est à dire gérés séparément, représentent 12 % du total. Le montant total des actifs des assureurs vie est pour 1989 de l'ordre de 1 200 milliards de \$. C'est l'absence de qualité de ce portefeuille d'actifs (junk bonds et mauvais instruments hypothécaires) qui fait redouter de nombreuses faillites dans le secteur de l'assurance-vie, réaction en chaîne après les faillites des Savings and Loans et la crise du financement

hypothécaire. Cette perte de confiance a fait chuter de 21,5 % les cours des compagnies d'assurance vie.

◆ Les risques industriels sont de plus en plus étendus, complexes et importants dans les processus de décision. Le Professeur Gerling vient de créer une **académie pour la recherche interdisciplinaire sur le risque** à Munich. Pour lui la société moderne se définit de plus en plus par les risques et l'analyse des risques doit avoir pour objet central l'homme. Il fonde ainsi une nouvelle discipline, celle des risques anthropogènes. Gerling Akademie für Risikoforschung AG, Bellerivestrasse 5, CH 8008 Zürich.

◆ Pour 54 % des consommateurs américains, **les banques ne devraient pas être autorisées à vendre de l'assurance**. Si cette autorisation était délivrée 69 % d'entre eux déclarent qu'ils continueraient de s'adresser à un agent d'assurance pour ses compétences ou la qualité de ses services, seulement 18 % privilégieraient le prix supposé moins élevé de l'assurance délivrée dans les banques (sondage Gallup pour Best's Review Octobre 1990).

◆ **Bilan des catastrophes de l'année 1989** (événements de 20 décès ou plus ou dommages de plus de 16 millions de \$) dans le monde : 15488 décès et 13 752 millions de \$ de dommages (chiffres provisoires, source : SIGMA). 82 catastrophes naturelles ont fait 7 771 victimes pour un coût global de 8 480 millions de \$. Ce qui représente 61 % du coût de l'ensemble des dommages catastrophiques assurés mais seulement 50 % des victimes. Par contre, les 35 accidents aériens ont fait 1783 victimes et des dommages globaux de 1 054 millions de \$, soit 7,7 % des dommages.

◆ Véronique Neiertz, Secrétaire d'Etat à la Consommation, a récemment soumis au Conseil National de la Consommation un **Projet de loi renforçant la protection des consommateurs les plus vulnérables**. On notera que l'article 2 définit la notion d'abus de faiblesse, que l'article 12 permet au juge de soulever d'office le caractère abusif, de clauses d'un contrat, et que l'article 13 institue l'action en représentation conjointe pour les associations nationales de consommateurs agréés agissant pour le compte de consommateurs ayant donné individuellement leur accord.

# QU'EST-CE QU'UN ASSURÉ ?

**L**es années 1980 ont été celles d'un grand tournant de l'assurance. La suprématie de l'économie financière, l'ouverture internationale et la crise désormais chronique des systèmes de Protection sociale ont bouleversé les pratiques et remis en cause les légitimités. Les frontières traditionnelles entre banques, assurances et Sécurité sociale se sont déplacées. L'adaptation de tous les secteurs d'activité aux exigences du marketing, de la stratégie et de la communication a gagné le secteur de l'assurance. Il en résulte une nouvelle pratique de la relation d'assurance à travers une nouvelle définition de l'assuré. Risques a voulu dresser un premier bilan d'un mouvement dont l'enjeu est la légitimité et la capacité de l'assurance face aux défis de l'avenir. Ce mouvement est si important qu'il faut y consacrer deux numéros, sous un même titre :

**Les Visages de l'assuré.** La première partie de ce dossier qui fait l'objet de ce numéro illustre un des éléments de cette révolution culturelle, le passage de **L'assuré au client.** La seconde partie constitue la matière du numéro trois, **Du client à l'individu** et s'intéressera aux enjeux théoriques que soulève l'utilisation de la notion de client, aux problèmes de légitimité qu'elle permet de résoudre. De **l'assuré au client** s'ouvre sur une enquête menée auprès des compagnies d'assurance en France. Elle révèle une prise de conscience commune à l'ensemble de la profession qui aux mêmes problèmes apporte une même réponse : **l'assuré est d'abord un client.** Elle permet de dégager le sens de cette notion dans l'assurance.

L'assuré-client est aussi un citoyen capable de porter le débat sur le terrain pratique. En témoigne l'extraordinaire bataille politique qui à l'automne 1988 en Californie a vu s'affronter des assureurs, des avocats et des consommateurs autour de la désormais fameuse **Proposition 103.** Le débat californien est peut-être exemplaire de ces conflits politiques de légitimité que l'assurance pourra avoir à relever dans le futur. Stephen D. SUGARMAN montre que la technique juridique de la responsabilité civile mise en oeuvre par l'assurance est

*devenue l'affaire de tous, le modèle des relations sociales. Il est peu probable, comme le souligne Claude BEBEAR que ce débat se pose dans les mêmes termes en France. Des réformes législatives comme la loi Badinter et l'expérience d'un contrôle de la dérive des coûts juridiques et médicaux semblent devoir nous en prémunir. A l'image dégradée de l'assurance américaine que décrivent Barbara D. STEWART, Richard E. STEWART et Richard S. L. RODDIS et dont ils font le coeur du problème et le lieu de ses solutions répond en France une image traditionnellement mauvaise de l'assurance.*

*En France, l'image de l'assurance s'est construite autour de stéréotypes. Elle ne tient pas à la conduite particulière de telle ou telle compagnie mais s'applique à la profession en son entier. Elle est l'héritage d'une histoire où l'assurance pour s'imposer a dû batailler contre le droit, l'Etat, se départir des accusations de spéculation et d'immoralisme, se construire un champ autonome à celui des systèmes de Protection sociale. Mais cette image relève aussi de la nature structurellement conflictuelle entre assureur et assuré. Le langage du risque n'est pas le langage du monde vécu. Il n'y a pas de langage commun entre l'assureur et l'assuré. C'est un langage technique, codifié. Une forteresse qui exclut l'assuré. Une machine d'exclusion où se côtoient l'insolite : les petits caractères dont Max BOISSONNET rappelle qu'ils ont pour origine une disposition fiscale qui révèle un divorce plus profond entre la culture de l'assurance et sa diffusion dans le public, problèmes d'incompréhensions et d'équivoques. Le monde du **risque** objectif de l'assureur n'est pas celui des **dangers** du monde vécu. Hergé comme le montre Charles DEBERNARDI avait ressenti tous les ressorts comiques de ce divorce. Conflit de deux mondes, conflit qui n'a pas été traité par une pédagogie, mais par le mécanisme des obligations d'assurances. Conflit tellement lié à la nature des opérations d'assurance qu'il se retrouve à l'identique entre réassureurs et réassurés ainsi que le montre Serge OSOUF.*

*Le client est un **consommateur**. Le consommateur demande traditionnellement à être protégé. Voilà qui pose le rôle de l'Etat dont Véronique NEIERTZ rappelle les principes de l'analyse. Tandis que Jean-Michel ROTHMANN spécialiste à l'INC des services financiers, indique ce que sont aujourd'hui et*

## **PRESENTATION**

*seront demain, les attentes des consommateurs, qu'ils transforment la solidarité en services aux clients. Yves-Marie JANNEL en retrouve la trace dans le droit comparé de l'assurance en Europe. Pierre BAUDEZ, grâce à son expérience au CDIA, montre que l'assurance est le lieu d'une demande complexe d'assistance, de conseils et de pédagogie du risque. Mission de conseil qui est un devoir des activités de service et dont Hubert GROUDEL décrit l'évolution récente de la jurisprudence qui l'applique à l'assurance.*

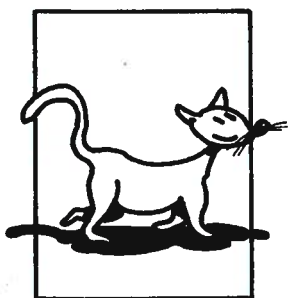
*Comment faire admettre que, pour un même produit, le **prix du risque** puisse varier d'un individu à l'autre ? Comment démontrer cette règle d'équité qui s'applique à la mutualité des assurés, mais que chaque client perçoit comme une exclusion ? Gilbert THIRY donne une description exhaustive des principes sur lesquels reposent la tarification et l'indemnisation automobile en France. Le modèle présenté par Michel BEUTHE et Vincent DENUIT pour la Belgique montre quel est le surcoût de l'absence d'une tarification a priori. Tarification a priori, qui varie d'un pays à l'autre en fonction des astuces développées ici ou là et des modes de distribution, ce qu'explique Ray MORLEY pour le Royaume-Uni.*

*Philippe ROCHE, suggère d'intégrer les critères de segmentation à une réflexion qui soit celle du marketing. Le souhait est de transformer la sélection en un outil de segmentation du marché, valeurs positives du marketing qui s'opposent à celles négatives d'exclusion des individus. L'assuré-client cherche l'offre globale de sécurité dont Edouard ZELTZER explique qu'elle est à la base de la bancassurance. Passage que Gentaro KAWASE décrit comme celui d'une assurance contre la mort à une assurance pour la vie et d'une protection pour les autres à une protection pour soi, dans le Japon moderne. Autre tendance qui illustre cette globalité, celle de la transposition dans la gestion des risques de l'entreprise des démarches de l'écolo-marketing, transposition que décrivent Roland NUSSBAUM et Patrick PICARD.*

*A cette créativité exubérante des assureurs, il fallait un contrepoint : un texte de Mark TWAIN apporte une vision burlesque de la lassitude de l'assuré et paradoxale de l'excès d'assurance.*

*La seconde partie de ce dossier, s'attachera à montrer comment l'apparition du client peut se traduire par une redécouverte par l'assureur des théories*

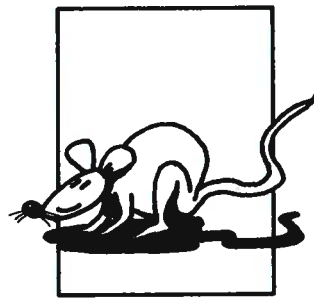
*subjectives de la décision dans l'incertain, opposées aux régularités statistiques objectives des marchés du risque. Elle essayera aussi de poser le problème de la légitimité de l'assurance par rapport à cette notion de client ■*



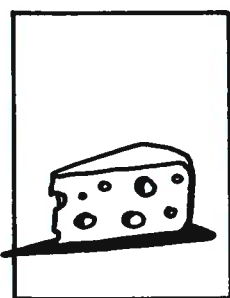
①



②



③



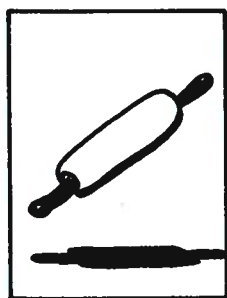
④



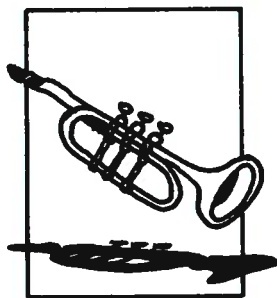
⑤



⑥



⑦



⑧



⑨

# LE CLIENT

**MOTS CLES :** *Risque . Client . Assuré . Contrat . Marketing . Histoire . Communication . Consommation . Conflit . Image .*

**A** LA QUESTION: « QU'EST-CE-QU'UN ASSURÉ ? », LES RESPONSABLES DES COMPAGNIES D'ASSURANCE RÉPONDENT DANS UN BEL ENSEMBLE: « L'ASSURÉ EST D'ABORD UN CLIENT. » C'EST DU MOINS CE QUI RESSORT D'UNE ENQUÊTE À LAQUELLE S'EST LIVRÉ RISQUES DURANT L'ÉTÉ ET L'AUTOMNE 1990. CETTE ENQUÊTE, LIMITÉE À QUELQUES COMPAGNIES ET AUX MARCHÉS DES RISQUES DE MASSE, A TOUTEFOIS PERMIS DE REPÉRER QUELQUES UNES DES PRATIQUES ESSENTIELLES QUI DONNENT UN SENS À LA NOTION DE CLIENT. RISQUES A CHERCHÉ À DÉGAGER LE MODÈLE GÉNÉRAL DE LA STRATÉGIE DONT ELLES S'INSPIRAIENT.

On assiste aujourd'hui dans toutes les compagnies à la volonté de reconsidérer en profondeur la *relation d'assurance*, prise dans chacun de ses termes : l'assureur, l'assuré, le contrat. Cette nouvelle définition des termes de la relation s'exprime par la promotion d'une notion relativement neuve en assurance, celle de « client ».

L'application de la notion de client à l'assurance n'est pas aussi évidente qu'elle paraît. Elle suppose un tournant conceptuel, certains vont jusqu'à parler de « révolution culturelle », dont on analysera d'abord ce qui a pu le motiver, pour en proposer ensuite une description qui débouchera elle-même sur une évaluation de ses effets dans le comportement des compagnies et sur leur organisation interne.

## ■ I - LES TERMES DE LA CONJONCTURE

A cette « révolution culturelle », il y a d'abord des causes conjoncturelles. Le constat est unanimement partagé par les responsables des compagnies d'assurance : sortir du cadre confortable de l'obligation d'assurance qui désigne un marché et fixe sa réglementation est devenu une urgence. Ce constat intervient après une série d'alertes qui ont conduit l'assurance à quitter l'évidence douillette dans laquelle elle s'était peut-être un peu installée. Identifions en quatre parmi les plus marquantes :



• L'arrivée des mutuelles sans intermédiaire a douloureusement montré qu'une stratégie volontariste de marketing était payante.

• L'entrisme des banques sur le marché de l'assurance-vie a révélé que dans les stratégies patrimoniales les frontières entre épargne et assurance étaient de plus en plus ténues.

• L'Acte Unique de 1992 et ses effets successifs ont ouvert le royaume aux ambitions de l'extérieur et reculé la proximité spatiale des décisions réglementaires (disparition de la Direction des Assurances). Notons que cette ouverture a aussi donné lieu à de nouvelles ambitions.

• Enfin, le krach boursier de l'automne 1987, et les soubresauts successifs des places financières de l'été 1990 ont sonné le glas d'une époque bénie, celle de la désinflation qui enrichissait les prêteurs et annonçait le paradis des rentiers. Les résultats financiers ne pourront plus dans les années 90 masquer d'un voile pudique les maladies des résultats techniques.

Ces quatre alertes conjoncturelles s'inscrivent dans un mouvement plus ample, d'ordre sociologique, mettant en question la légitimité de l'assurance : la morphologie et la psychologie de l'assuré ont changé. L'assuré moderne vit dans un monde saturé par l'offre de sécurité, dans un monde déjà sécurisé, où la sécurité apparaît comme une sorte de droit naturel. L'Etat-providence lui donne, sans qu'il ait pratiquement rien à décider, le confort d'une sécurité minimale et l'ensemble des droits sociaux constitue un droit général à la sécurité. L'assuré n'a plus à faire oeuvre de prévoyance, mais seulement à choisir entre une pluralité de fournisseurs, privés et publics, de sécurité. Le geste de prévoyance n'est plus de se constituer un droit à la sécurité ; il s'est mué en une pratique de consommateur recherchant le meilleur rapport qualité-prix.

En même temps, les besoins de sécurité ont évolué. Longtemps, le risque a eu la forme générale de l'accident et l'accident signifiait la ruine. Le risque était l'événement aléatoire et redoutable qui allait briser une vie, réduire l'individu et sa famille à la misère. Ces arguments traditionnels du vendeur d'assurance ne seront bientôt plus compréhensibles. Les marchés financiers et les systèmes de protection sociale gèrent sinon avec efficacité, du moins avec régularité, ces risques individuels de catastrophe. Le risque n'est plus cet événement qui viendra de l'extérieur briser une vie, mais désigne aujourd'hui l'incertitude qui naît de la complexité. L'assuré va rechercher les meilleures trajectoires de son cycle de vie. Ce que demandent les individus c'est moins un talisman contre le malheur que l'optimisation du bien-être. Faire appel à un assureur pour gérer un risque n'est plus chercher à se prémunir contre une succession chaotique d'aléas mais optimiser des trajectoires inscrites dans une certitude relative.

Cette révolution, très récente, accuse l'inadaptation des techniques de l'offre aux évolutions de la demande. L'effet immédiat de cette inadaptation se ressent ici ou là par des pertes de part de marché, des nouveaux découpages de territoire entre des institutions (banques, assurances, Sécurité sociale...), mais plus profondé-

ment par un fossé grandissant entre la mission de l'assurance telle que la rêvent ceux qui en ont la charge et son image dans la société civile.

C'est ce qui a motivé un mouvement profond de définition de la personnalité de l'assuré, du rôle de l'assureur et de la nature de l'assurance.

## ■ II - LA RELATION D'ASSURANCE

Une remarque s'impose : l'image de l'assurance, traditionnellement considérée comme mauvaise, ne tient pas à la conduite particulière de telle ou telle compagnie. Elle caractérise plutôt la profession dans son ensemble, plus qu'un assureur en particulier. C'est de là que doit partir l'analyse. Les raisons du mécontentement des assurés tiennent à des causes générales, qui concernent l'assurance elle-même, quels que soient les statuts juridiques : compagnies à primes, mutuelles, sociétés nationalisées ou privées. Du point de vue de l'image, toutes sont embarquées sur le même vaisseau.

Les raisons de la mauvaise image de l'assurance sont multiples. Elles relèvent de différentes perspectives : historiques, sociologiques, mais aussi à des raisons plus structurelles, inscrites dans la nature des opérations d'assurance. Il convient de les examiner successivement.

### 2.1. Une image négative héritée de l'histoire :

L'histoire de l'acclimatation de l'assurance dans la société française est une histoire longue et difficile. Elle accompagne les bouleversements liés à la modernisation de la société. Chaque étape a laissé comme un sédiment qui pour être devenu inconscient ou avoir été refoulé n'en est pas pour autant inactif. On peut rappeler les noeuds suivants :

L'assurance maritime est née au Moyen-Age comme une stratégie financière, destinée à tourner la prohibition du prêt à intérêt par l'Eglise. L'intérêt perçu, dès lors qu'il correspondait à la rémunération d'un aléa, devenait légitime. Voilà qui la place d'emblée du côté des opérations **spéculatives**, plutôt immorales. L'assurance est l'affaire des marchands, des bourgeois, des armateurs, de ceux qui détruisent les valeurs traditionnelles pour leur profit. L'assurance se trouve d'emblée placée au centre d'un conflit de valeurs et de mentalités.

Lorsque l'assurance terrestre apparaît à la fin du XVIII<sup>e</sup>, elle est prise dans une vaste campagne de spéculation financière, liée à la naissance des compagnies par actions et que l'on dénoncera sous le nom d'**agiotage**. Cela la marquait à nouveau d'un sceau d'immoralité qui lui vaudra sa prohibition sous la Révolution française. Lorsque l'assurance vie renaît sous la Restauration, elle se définit elle-même comme une forme d'épargne qui ne s'adresse qu'aux riches. Les pauvres ayant à leur disposition la Caisse d'épargne, créée à la même époque par certains assureurs et hébergée dans les locaux de la toute récente Compagnie Royale. Déjà associée à la notion de spéculation, l'assurance se trouvait maintenant inscrite dans un rapport de classes. Quoi de plus naturel que d'inférer d'une telle objectivation capitaliste de l'assurance que, nécessairement, l'assureur ne

pouvait que chercher à gagner de l'argent sur le dos de ses clients et faire en sorte que le contrat joue à son profit.

## 2. 2. Une légitimité donnée par l'obligation :

L'image de l'assurance ne dépend pas seulement de ces sédiments historiques, mais aussi de raisons qui tiennent à la sociologie des mentalités. L'assurance apparaît dans le même bouleversement des valeurs qui fait passer du monde féodal au monde moderne, quand les solidarités se détachent des rapports de propriété liée à la terre, pour passer à la circulation des capitaux. L'assurance fut un temps, au moins, et comme la bourgeoisie selon Marx, révolutionnaire. La sécurité qu'elle apportait était d'abord faite de beaucoup d'insécurisations. L'assurance obligeait à prendre conscience des notions d'un monde nouveau et comme tel **hostile**.

Longtemps elle a dû batailler pour sa légitimité. D'abord contre les **loteries** et autres tontines dont, tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, elle n'a cessé de vouloir se démarquer. « S'assurer, c'est le contraire de jouer », ne cessaient de répéter ses publicitaires. Conflit de mentalités dont les condamnations juridiques dont elle a pu faire l'objet au XIX<sup>e</sup> siècle sont une preuve supplémentaire. Portalis, présentant le projet du Code civil sur les contrats aléatoires, avait déclaré que l'assurance-vie constituait un « pacte contraire à la bienséance » et les tribunaux ont longtemps condamné les assurances dommages ou de responsabilité comme autant de moyens de pousser à la négligence et au **crime**. On sait combien ces préventions juridiques contre l'assurance n'ont pas cessé.

Il faut bien constater que l'assurance ne s'est pas tant acclimatée en France, par un choix délibéré des assurés concernant leur sécurité, que par le jeu d'**obligations** légales. L'assurance a été imposée. Il en résulte que l'assurance a souvent été perçue comme une charge, presque fiscale. Dans la mesure même où l'Etat rendait obligatoire l'assurance, l'assureur se devait de fournir des services de type Etat-providence. Obligé de s'assurer, n'ayant donc pas à analyser ses besoins de sécurité, l'assuré pouvait prétendre que son contrat devait le garantir contre tout, qu'il avait une sorte de droit à l'indemnité et à une indemnité totale. En somme que le contrat d'assurance relève plutôt d'une sorte de droit social que des contraintes du droit civil. Peut-être, est-ce là aussi, l'origine de cette image d'un assureur qui prend l'argent des assurés sans vouloir le leur restituer.

## 2. 3. Le conflit est inscrit au coeur de la relation d'assurance

Des raisons propres à la nature même de la relation d'assurance sont des causes de **conflit**. La relation d'assurance fait l'objet d'un contrat singulier où l'implicite domine l'explicite. La valeur de l'objet du contrat est imprécise, ses contours sont flous et l'engagement des contractants est défini indirectement.

Dans un contrat commercial, les deux parties se mettent d'accord sur un fait précis ; elles disposent d'une information sinon complète du moins comparable. La part explicite du contrat est la plus importante, elle ne devrait pas appeler après signature de commentaires. Par contre, le contrat d'assurance est en grande partie **implicite**. Il laisse aux deux contractants des possibilités d'interpréta-

tions différentes. Il n'est explicite que par défaut : énumération précise des limites de la garantie et des clauses d'exclusion. Cette prédominance de l'implicite suppose une relation de confiance entre l'assureur et l'assuré. Mais cette confiance est perpétuellement remise en cause par le fait que l'un et l'autre ne disposent pas de la même information. Asymétrie d'information, contrats implicites, tout concourt à faire de la relation d'assurance une relation complexe.

Le contrat d'assurance ne porte pas sur un fait précis, mais sur l'éventualité d'un événement. L'éventualité est le **risque** que les deux parties vont mesurer avec des instruments différents. L'événement est le **sinistre** dont les conséquences ne seront pas non plus estimées de la même manière. Le marché entre un assureur et un assuré se conclut sur une notion, le risque, qui est obscure. Le risque se mesure par une probabilité. Mais la probabilité est déjà une mesure, une représentation du réel qui n'est pas la même pour l'assureur et l'assuré.

Pour l'assureur, la probabilité d'un risque sera estimée par l'observation de régularités statistiques, des probabilités **objectives**. Il ne dispose que de son expérience. Cette expérience est limitée, les données sont déjà dépassées au moment où elles sont utilisées. C'est le premier pari que fait l'assureur : parier que d'une période à l'autre la sinistralité est stable. D'autre part, la probabilité d'un risque n'est pas la même d'un individu à l'autre. Le second pari de l'assureur est que son client corresponde bien au risque défini. Il essaye de discriminer dans les candidats à l'assurance, ceux qui appartiennent à la classe observée. Pour cela, il ne dispose que d'informations indirectes, de variables plus ou moins bien observables et plus ou moins bien corrélées avec l'éventualité d'un sinistre. Il bénéficie aussi d'un garde fou : il n'est pas tenu de vendre.

Autrement dit, l'assureur ignore la valeur de la garantie qu'il vend, il ne sait pas non plus si celui à qui elle est vendue en est le destinataire adéquat.

De son côté, l'assuré estime la valeur d'un risque à partir de probabilités subjectives. Il va assigner à l'incertitude des probabilités **subjectives** plus ou moins conscientes qui vont se mélanger avec ses croyances, sa représentation du monde, l'information dont il dispose, son expérience et ainsi élaborer une valeur subjective, intime, qu'il assigne au risque. Cette valeur lui permettra ensuite de décider, en fonction de son aversion plus ou moins grande au risque, s'il lui faut transférer à un tiers ce risque, s'assurer, ou le conserver.

Il y a peu de chances que cette évaluation corresponde à celle que donnent les statistiques de l'assureur. Non pas que l'une ou l'autre soit fausse. Ce sont deux tentatives différentes de représentations d'une même réalité.

L'une des représentations est une approximation de l'espérance mathématique qui comporte deux biais, celui de l'observation et celui du temps. Elle est déjà dépassée au moment où elle est utilisée. Elle est rétroactive et ne sait pas anticiper. L'assureur tant qu'il ne dispose pas de tables régulières, ne sait pas assurer les motards, les nouvelles maladies. Il ne sait que les distinguer pour les tarifier de manière prohibitive ou les exclure. Il ne sait pas anticiper sur les besoins.

L'autre représentation, celle de l'assuré, est une espérance morale. Sa rationalité

est limitée par des effets que décrit la psychologie cognitive. Surestimation des risques médiatiques, des inclusions de probabilités, des probabilités faibles. Sous-estimation des probabilités fortes, des réunions de probabilités. Intervention des goûts, des accords préalables, des conséquences, intransitivité des préférences... Cette représentation n'est pas irrationnelle, mais mouvante, insaisissable par une axiomatique complète. L'assuré ne se reconnaît pas dans l'évaluation objective, mais dans une subjectivité qu'il ne sait pas toujours exprimer et qui, de plus, évolue.

Cette différence caractérise la relation d'assurance. L'assurance est l'exemple singulier d'un bien, la sécurité, qui s'échange sans que sa valeur ne soit fixée par les termes de l'échange. On ne connaîtra la valeur du contrat qu'une fois la période de garantie terminée. Cette différence appelle la confiance entre les deux parties. Elle a ses limites : l'assuré ne se reconnaîtra jamais totalement dans la mutualité qu'on veut lui appliquer, l'assureur ne pourra jamais reconnaître toutes les spécificités de son client.

Ce conflit latent s'exacerbe lors de la réalisation d'un sinistre, quand les estimations diffèrent. Des conflits naissent sans cesse de la différence, pour un même dommage entre valeur d'usage, valeur de remplacement, valeur de marché, voire, valeur affective. L'exemple criant est celui des dommages corporels où entre un préjudice physique et l'estimation financière de la perte, il n'y a plus, au sens propre, de commune mesure.

La théorie des jeux résume cette différence par l'asymétrie d'information entre un assureur et un assuré. L'asymétrie d'information entache la relation d'assurance. Elle limite la confiance, elle explique les processus d'hasard moral ou d'anti-sélection. L'un et l'autre sont fondés à s'accuser mutuellement de tricheries. Ils mettent en place des stratégies d'échange ou de rétention d'information qui sont conflictuelles. Conflits qui vont de la suspicion au bluff, de la domination à la rupture.

### ■ III - QU'EST-CE QU'UN CLIENT ?

A la question: « Qu'est-ce qu'un assuré? », les responsables des compagnies répondent désormais : « **L'assuré est d'abord un client** ». Et cela des plus grandes compagnies à primes aux mutuelles. Le sociétaire est lui aussi devenu un client. L'application de la notion de client à l'assurance ne va pas de soi. Dans la théorie, l'assurance est un dispositif qui crée une solidarité entre des individus exposés à un même risque. On a souvent dit que l'essence de l'assurance tenait à la constitution de telles solidarités. C'est d'ailleurs pour cette raison que le modèle mutualiste a pu être présenté comme la forme même de l'assurance : l'assurance serait mutuelle par essence, étant entendu qu'il faudrait distinguer entre la mutualité inconsciente (qu'instituent les compagnies à primes) et la mutualité consciente (qui distinguerait les mutuelles à cotisations). Dans cette conception de l'assurance, l'assuré est un sociétaire, un associé. Il est solidaire

des autres associés, ce qui lui confère certaines obligations : sincérité dans ses déclarations, prudence dans ses comportements. L'assuré modèle est celui qui est conscient de ces jeux de solidarité.

L'assureur construit des solidarités à partir des risques. La solidarité n'est pas tant celle des individus que celle des contrats sur un même risque. L'assuré se **fragmente** en autant de contrats et de compagnies qu'il y a de risques assurables. Ainsi s'assurait-on pour la vie au *Soleil*, pour l'accident du travail à la *Préservatrice*, pour l'accident automobile à l'*Automédon*.

L'assuré est abstrait, sa personne n'apparaît pas. Chaque risque avait son objectivité que l'assureur observait par la statistique et dont la régularité restait invisible à l'oeil individuel de chaque assuré. Aussi l'assureur pouvait se prétendre le maître des risques, faisant de la relation d'assurance une relation de **dépendance** et d'assujettissement.

### 3. 1. Le client est un consommateur

Privilégier la notion de client conduit à de toutes autres perspectives. Le client est selon le dictionnaire : « Celui qui a recours aux services de quelqu'un ». Ce n'est plus exactement celui qui, soumis à un certain risque, comprend la nécessité de se solidariser avec d'autres. Ce n'est plus l'homme prévoyant du XIX<sup>e</sup>. Si pour lui il y a une solidarité, c'est celle, redoutable, des assureurs dont il veut éviter d'être la proie. Il est un **consommateur**. Il fait jouer la concurrence, le marché contre l'entente.

Le consommateur n'est pas lié à une solidarité, il ne connaît que sa propre satisfaction. La politique des compagnies va donc désormais être d'imaginer les moyens de lier cette nouvelle liberté. Tenter d'inscrire les relations avec le client dans le **temps**. Car le client apporte une dimension temporelle à la relation assureur/assuré. Plus exactement, il pose la relation temporelle en termes de **fidélité**. Dans l'ancien monde, peu importait, sur un segment de marché défini, qu'un client corresponde aux caractéristiques souhaitées pendant longtemps. S'il cessait d'entrer dans les cadres définis, il sortait du marché. Il suffisait qu'un flux de nouvelles souscriptions alimente le segment et augmente ou maintienne la part de marché. De là les cycles bien connus des marchés d'assurance. Caractéristique par exemple des marchés américains, où à une phase d'augmentation du chiffre d'affaires, succède celle des rationalisations de portefeuille.

Vouloir s'adresser au client est autrement plus exigeant et autrement plus dangereux. Un client est inconstant, il n'est pas lié à la compagnie et n'arbitre qu'en fonction de sa **satisfaction**. Sa fidélité se gagne d'abord par le prix, puis par la qualité des services, enfin par la durée temporelle des contrats. Un contrat d'assurance vie adossé à un prêt hypothécaire est l'exemple type du produit à engagement long qui entre dans cette analyse. L'assurance des biens durables est l'élément qui permet de construire la fidélité dans les relations commerciales au niveau de l'agent général. La fidélité se gagne aussi par la diversité de l'offre. Ce qui suppose une gamme étendue de produits financiers, mais peut aussi être le souci de construire une chaîne : **prévention-assurance-assistance**. La réflexion



est en ce domaine plus avancée sur les risques d'entreprises ou des collectivités locales que pour les ménages. Mais les compagnies essayent d'appliquer cette chaîne aux produits de masse. La fidélité suppose aussi de mettre en place des sollicitations régulières, d'organiser des procédures de suivi du client et de ses risques. Les assureurs sont ici jaloux des relevés périodiques des banques, mode de contact privilégié. Plusieurs assureurs, le GAN par exemple, étudient la possibilité d'offrir un paiement mensuel des primes d'assurance, sur un compte spécifique. Grâce aux relevés de l'organisme de crédit, l'assureur pourra entretenir une proximité temporelle avec son client.

### 3.2. Le client a son unité

Le client est un personnage qui a une **unité**. La théorie économique du patrimoine humain a contribué à vulgariser l'idée que le ménage pouvait être considéré comme une petite entreprise qui gère ses ressources, son temps, ses consommations, ses loisirs et qui vend sa force de travail. Remarquons que dans beaucoup de compagnies, le passage au client s'est élaboré par une transposition de l'approche des risques d'entreprise. Ce qui donne pour les ménages, l'**approche patrimoniale globale**. Pour *Jean-François Debrois* de la Direction Vie des AGF, c'est cette approche qui doit dominer. Elle se caractérise par le souci de prendre en compte dans la décision d'assurance tous les flux et les stocks financiers du ménage. Elle suppose le développement d'une activité de conseil qui s'appuie sur une méthode d'analyse et sur des outils d'aide à la décision sophistiqués. Avantage de la méthode, rien n'échappe à la compétence de l'assureur, la préparation de la retraite, l'acquisition, la protection et l'entretien des biens durables, le financement et la protection du logement sont de son ressort, de même que le financement des études futures des enfants, la protection contre l'invalidité... L'assureur, fort de ses logiciels experts, doit pouvoir fournir une analyse de trésorerie et un plan de financement du ménage sur l'ensemble de son cycle de vie. Ainsi, l'UAP se définit comme un assureur universel, qui offre une pluralité de services. La compagnie définit même dans son projet d'entreprise, le professionnalisme, gage de confiance, comme cette capacité à devenir compétent dans tous les domaines.

Inconvénient de cette approche, elle suppose le développement en parallèle de gammes de produits et de services étendus, l'investissement lourd dans la formation, l'acquisition et le développement d'expertises technologiques de haut niveau. Incidence immédiate, l'assurance cesse d'être ce monde où parce qu'il n'existe pas de brevet, il ne sert à rien d'inventer. La compétence technologique que suppose l'approche patrimoniale ne s'acquiert pas du jour au lendemain, la qualité des investissements et la créativité des équipes auront valeur de brevet. La globalité de l'approche patrimoniale est plus ou moins ambitieuse, mais dans toute les compagnies rencontrées c'est cette approche qui est prônée.

Cette approche n'est pas dépourvue d'ambiguïtés. L'expertise qui donne lieu à une activité de conseil doit-elle être facturée ? Si elle ne l'est pas, comment peut-elle être crédible puisqu'elle débouchera sur une prescription intéressée ?

Si elle est commerciale quel doit être son prix et quelles sont ses implications sur la relation d'assurance éventuelle ?

### 3.3. Le client est un partenaire

Second effet, et c'est un des axiomes de base du marketing : **• Le client a toujours raison •**. Que le client puisse avoir raison constitue une révolution dans l'assurance et rompt avec des décennies d'un pouvoir exercé par les tenants des techniques juridiques ou autres du risque. La règle est que le client est de bonne foi. La statistique en apporte la preuve : le pourcentage des fraudes est marginal. L'entretien de services d'archives à la seule fin de pouvoir contester dix ou quinze ans après un nombre infinitésimal d'aigrefins est une aberration. De plus, cela ralentit le processus de production, oblige à des copies de documents coûteuses. Or le client attend une réponse en temps réel. L'accès en temps réel aux fichiers de la compagnie pour ses commerciaux, l'édition immédiate des contrats, est pour *Maxime-Henri Désert* à la Mutuelle de Poitiers, une réalisation qui est passée par la rationalisation de la gestion des archives.

Que le client ait toujours raison en finit avec la tradition la plus négative pour l'image de l'assurance, la plus anxiogène pour les assurés, celle du juridisme. La suspicion systématique de l'assureur, aussi redoutable que celle du percepteur, devrait disparaître.

Un exemple de la fin de l'ère du soupçon dans l'assurance est la modification de la conception des contrats. Par exemple, la police multirisques habitation **• Ambiance •** proposée par AXA assurances. Au lieu d'être rédigée en tenant compte de l'ensemble des contentieux possibles, la logique du contrat **• Ambiance •** est d'inverser les fonctions. Elle ne découpe pas les garanties par événement, mais offre une garantie globale **• ambiance •** qui vaudra pour une série d'événements, définis dans le langage du Petit Larousse et non dans celui du Dalloz. Elle a été conçue pour garantir la préservation d'un patrimoine immobilier. Elle donne au client un document qui l'informe sur les risques garantis, comme sur l'utilisation du contrat. Ainsi cette police a d'abord un contenu informatif et relationnel avant d'être un document juridique. Pour compléter ce dispositif, la police **• Ambiance •** prévoit sa propre instance arbitrale qui permettra de dégager en équité et par l'expérience, les règles adéquates de son fonctionnement. Nouvelle tendance de rédaction des polices, visant à ce que l'assuré et l'assureur les lisent dans le même esprit.

La stratégie de la confiance et de la franchise : le Président Sastre est très fier de la lettre d'un de ses assurés. L'histoire est la suivante : au lendemain d'un vol, un assuré est incapable de fournir la facture d'une montre de grand prix qui lui a été dérobée. Le Groupe Azur décide de lui faire confiance et indemnise son client. Un an plus tard, il retrouve la montre qui n'était qu'égarée, et écrit au Groupe Azur en expliquant qu'il avait été impressionné par la confiance qui lui avait été faite. Ayant retrouvé sa montre, il restitue l'indemnité reçue... L'anecdote a l'évidence des histoires édifiantes pour enfants sages. Dégageons en la morale en forme de



boutade : si un assureur accorde sa confiance à un assuré, il arrive parfois que celui-ci en soit si étonné qu'il en devienne digne...

#### ■ IV - INTEGRER LE CLIENT DANS L'ENTREPRISE

Passer de marchés spécifiques et cloisonnés à ce personnage unitaire qu'est le client n'est pas neutre pour l'organisation des compagnies. Ce passage implique un nouvel état d'esprit qui doit être insufflé par la création de services ou la réorganisation des directions existantes. Toutes les compagnies se sont engagées sur ce chantier. Ce qui fédère la diversité d'une compagnie d'assurance aujourd'hui, c'est le client. Le client est l'occasion de formuler de nouveaux projets d'entreprise qui dans toutes les compagnies se résument à cette ambition : « Les membres de l'entreprise doivent partager une même valeur, le client ».

Comment intégrer le client à l'entreprise ?

Cela suppose d'abord la création de dispositifs d'**écoute** et de **dialogue** avec les clients. Les compagnies s'organisent pour être transparentes et disponibles.

##### 4. 1. Le traitement des réclamations

Il faut prendre les lettres de réclamation comme autant d'occasions d'un contact. Elles permettent d'instruire un dialogue avec le client. Elles sont d'autant plus précieuses qu'elles ne représentent que 5% des cas d'insatisfactions réelles.

Les compagnies s'ouvrent à cette première forme d'expression, en mettant en place des modes de communication plus directs. C'est dans ces termes que le Groupe Azur explique la création de la ligne téléphonique 24 heures sur 24 ou que *Jean-François Trignac de Parade* expose le travail de la Direction des Consommateurs du GAN : rapidité des réponses et accessibilité de leur rédaction. *Roger Moiroud*, nouveau directeur de la Qualité du Service à la Clientèle à l'UAP a fait de la mise en place de procédures de réponse, un de ses objectifs. Les lettres de protestation remontent au Président dans plusieurs compagnies.

L'étude des motifs de résiliations participe du même projet. Elle permet de mettre en place différentes alertes, de juger la sensibilité d'un marché et de contribuer par une analyse systématique de leurs causes à une redéfinition de la conception des produits.

##### 4. 2. La gestion des conflits

Après les réclamations, il faut traiter les conflits. Deux méthodes s'affrontent. L'une privilégie l'institution d'un médiateur ou conciliateur supposé trouver une solution en équité au conflit. Il est extérieur à la compagnie et est un juriste. Le Premier président honoraire de la Cour de Rennes, *M. Caron* est le médiateur de l'UAP, le Professeur *Georges Durry*, Président de l'Université Paris II est celui des sociétés d'assurance à caractère mutuel. Le médiateur de l'UAP est saisi dès lors qu'un conflit n'a pas trouvé de solution à l'intérieur de la compagnie. Son avis est consultatif, les parties décident librement de s'y conformer ou non. L'intérêt de ce système réside dans l'indépendance du médiateur. La critique qui est toutefois souvent adressée à ces médiations extérieures est qu'elles peuvent laisser

inchangée la pratique des services techniques. Certaines compagnies ont préféré implanter des dispositifs internes. C'est ainsi qu'au GAN, la Direction des Consommateurs se donne l'ambition de transformer l'état d'esprit des services techniques. C. Bellambert, directeur de la Mutuelle Saint-Christophe qui assure le clergé, les établissements de l'Eglise, les couvents et les monastères, a été désigné comme médiateur interne du groupe AXA. Il se définit lui-même comme celui qui sur un conflit important, entre un assuré et le groupe, doit prendre son bâton de pèlerin et défendre l'assuré, auprès de chaque échelon de décision de la compagnie, remontant à l'échelon supérieur, jusqu'à ce que la médiation soit acceptée.

#### 4. 3. L'analyse des besoins

Une autre tâche consiste à analyser en amont les besoins de l'assuré et le faire participer à l'élaboration des produits. L'apparition du client entraîne la mise en place d'enquêtes lourdes. Auparavant, le client était un inconnu. C'est d'ailleurs un des adages de l'assurance que de dire qu'elle ne connaît que ces mauvais clients... L'assureur connaissait les régularités statistiques d'occurrence des sinistres. Il lui faut maintenant disposer d'outils d'analyse du marché. Les compagnies sont devenues consommatrices d'études économétriques sur l'évolution des patrimoines, les flux d'épargne, la rationalité des agents et, d'études sociologiques sur les modes de vie, les socio-styles, les grandes tendances qui affectent les comportements.

Les compagnies ne se risquent plus à imposer, en s'abritant derrière la réglementation, les innovations de leurs actuaires. Les clients sont à l'initiative des nouveaux produits, fabriqués par les actuaires et présentés au public dans des formes pré-testées, conçues par les clients eux-mêmes. Le GAN a, par exemple, créé une Direction des marchés. Transversale, elle a compétence sur tous les marchés et chaque nouveau produit lui est soumis. Pour son directeur, P. Langlumé, elle doit aussi être à l'origine du lancement de nouveaux produits comme un viager où la compagnie est l'intermédiaire entre les parties du contrat. Une demande pour le viager se dessinait à partir des études économétriques, mais les sociologues mettaient en évidence des résistances tenaces à ce type de produit. La compagnie qui est l'intermédiaire déculpabilise l'acte du viager. Autre innovation, des procédures de réparation des sinistres d'habitation avec liste de fournisseurs agréés, en lieu et place d'un remboursement toujours contestable. Ce mouvement prend l'aspect, connu dans l'industrie, de la création de directions d'études et recherches, polyvalentes sur tous les marchés et aux compétences multiples (économie, droit, sociologie...). Les AGF veulent en faire aussi un instrument de formation des commerciaux.

#### 4. 4. Forger une pédagogie

Ces procédures de dialogue, d'écoute et d'analyse sont les embryons d'une ambition plus large : répondre à la différence entre le langage de l'assurance et celui de la vie. Le langage du risque n'est pas le langage du monde vécu. C'est un langage technique, qui s'est progressivement codifié. S'il permet la communica-

tion entre opérateurs, l'assuré lui reste extérieur, il n'y participe pas, il en est exclu. Le langage de l'assurance est en lui-même principe d'exclusion. Exclusion qui illustre un divorce entre deux manières de penser, la manière • naturelle • qui est celle du monde vécu, celle qui correspond aux catégories et aux valeurs dans lesquelles l'assuré a été éduqué et celle de l'assureur qui n'obéit pas aux mêmes points de vue. Question qui est celle de **la culture de l'assurance** et de sa diffusion dans le public. Les mêmes mots ont rarement un même sens selon qu'ils sont employés par l'assureur ou l'assuré. Rationalité du vécu contre rationalité du calcul. L'incompréhension, les difficultés dans la relation assureur-assuré tiennent à la diffusion d'une technique et d'une rationalité qui n'est pas celle du monde vécu, et pour laquelle, aucune pédagogie n'existe. Sans cette pédagogie, l'assuré vivra toujours les mêmes événements d'une manière quelque peu schizophrénique.

#### **4. 5. Des stratégies commerciales encore hésitantes**

Tout cela a des conséquences considérables pour la distribution, et dans toutes les compagnies, un même axiome est posé : • Se rapprocher des clients c'est se rapprocher des agents •. Remarquons simplement, que les réponses dans ce domaine sont loin d'être claires et évidentes. La borne télématique (Mutuelle de Poitiers), la • boutique • d'assurance (AGF), le marketing direct (UAP) sont des alternatives qui intéressent toutes les compagnies. Mais les systèmes d'incitation, la formation des commerciaux, les champs de compétence des différents réseaux ne font pas encore l'objet de décisions systématiques qui auraient valeur de modèle. Notons toutefois l'évidence d'un besoin de décentralisation des compétences et des comptes d'exploitation et le souhait de transformer chaque unité commerciale en *risk manager*, pour la technicité des analyses. Ainsi armé, l'agent pourrait concurrencer le notaire comme confesseur et rédempteur des péchés.

#### **L'enjeu véritable de la notion de client**

L'arrivée du client dans l'assurance est-il l'effet d'un simple courant de mode ? On pourrait être tenté de le penser devant la conformité des réponses des compagnies à un modèle commun. Pourtant, il y a derrière les recettes du marketing et les astuces de la communication des implications lourdes de conséquences pour l'avenir de l'assurance. C'est qu'aucun siège social n'est assez confortable, aucune plus-value latente n'est assez importante, aucun bilan n'est assez solide pour résister à une guerre de légitimité, comme celle qui se déroule, par exemple, en Californie. Le client est-il une notion suffisamment riche pour concilier segmentation et solidarité ? Il lui faudrait pour cela résister à deux apories, celle du marketing d'abord et celle du paternalisme ensuite.

La stratégie du client peut se limiter à une amélioration des techniques de vente. Mais si elle n'est que cela, elle ne répondra pas au défi posé : faire de l'assuré un sujet. Elle dispose pourtant d'une arme conceptuelle, celle des théories de la décision. La notion de client annonce peut-être la redécouverte par l'assurance de ces théories qui lui sont jusque là apparues comme un peu exotiques. Un client,

c'est un individu qui face à un risque réagit d'après la perception qu'il s'en forme et le degré de son aversion. L'assurance s'est peut-être coupée de ces réflexions pour mieux oublier une proximité avec le jeu, lourde de condamnation morale. Toutefois, la notion de client évite l'accusation et permet de retrouver une filiation entre l'assuré, l'investisseur et l'entrepreneur, tous héritiers de ce joueur qui interrogeait Pascal et cherchait dans les arcanes des martingales, des chemins de prospérité.

La notion de client peut aussi dériver et accoucher d'un nouveau paternalisme de l'assurance. L'assureur substituant à la domination de celui qui décide d'accepter ou non un risque, celle que confère l'expertise des logiciens. A vrai dire, cette dérive est loin d'être conjurée par le seul souci du client. Mais elle serait contradictoire avec l'image sociale que cherchent à se donner les compagnies : celle d'un serviteur qui optimise les processus temporels. Non plus celui qui intercède entre l'individu et la fatalité, mais celui qui accompagne les trajectoires de vie. ■

# Le conflit extrême

## LA PROPOSITION 103

MOTS CLÉS : Automobile • Consommateur • Droit • Etats-Unis • Tarification •

« PROPOSITION 103 » : DEPUIS 1988, L'EXPRESSION TERRIFIE LES ASSUREURS AUX ETAS-UNIS ET AILLEURS. L'HISTORIQUE DE CETTE PROPOSITION ADOPTÉE PAR LE MOYEN D'UN RÉFÉRENDUM POPULAIRE, DE MÊME QUE LES ISSUES POSSIBLES DU CONFLIT SONT INQUIÉTANTS. L'ANALYSE DE CLAUDE BÉBÉAR SUR CE CONFLIT CALIFORNIEN APPORTE LA SÉRÉNITÉ D'UN EUROPÉEN QUI SAIT QUE LES ASSUREURS ONT EN EUROPE DEPUIS LONGTEMPS CHERCHÉ À CONTRÔLER LES DÉRIVES EXOGÈNES DES PRIX DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE (JUSTICE ET MÉDECINE ) ET NOUÉ UN DIALOGUE AVEC LES CONSOMMATEURS.

### ■ I - UN REFERENDUM POPULAIRE

**L**e 8 novembre 1988 la population de Californie se prononçait par un référendum populaire sur un texte réglementant l'assurance dommages, contre l'avis de l'*Insurance Commissionner* de l'Etat : la *Proposition 103*. Ce texte avait été préparé par l'association *Voters' Revolt*, menée par Ralph Nader. Il était l'aboutissement d'une longue et active campagne des consommateurs contre le niveau des primes automobiles en Californie, trois fois plus élevé en moyenne que dans le reste de l'Union, et bien davantage encore dans les « ghettos » noirs des grandes villes. Est-ce à cause de ce coût élevé de l'assurance si, en Californie, un peu plus de 25 % des conducteurs ne sont pas assurés, et jusqu'à 50 % dans les zones les plus pauvres ? Les assureurs avaient présenté de leur côté une proposition alternative, instituant un système *no-fault*. Elle fut rejetée par 63 % des votants, la *Proposition 103* étant en revanche adoptée à 51 % de majorité. Pour la plupart des assureurs américains ce vote fut considéré comme une catastrophe pour la libre entreprise et notamment l'assurance. Beaucoup songèrent et songent encore à se retirer de Californie, et

\* Président d'AXA

pour commencer, dès le lendemain du vote, le 9 novembre, les assureurs attaquèrent *la Proposition* en justice sous neuf chefs juridiques différents. Le 10 novembre, la Cour Suprême de Californie suspendit l'application de *la Proposition 103*, jusqu'à ce que le débat soit tranché au fond.

## ■ II - LE CONTENU DU TEXTE

Il faut convenir qu'à la lecture, le texte est inquiétant, surtout au pays de la libre entreprise. Les principales dispositions en sont les suivantes :

### 1° Contrôle des tarifs *a priori* :

Depuis 1947, les tarifs d'assurance étaient libres en Californie, sauf intervention *a posteriori* de l'autorité de contrôle. Avec *la Proposition 103*, c'est l'inverse qui est instauré : les tarifs doivent être approuvés par l'Etat avant toute mise en application. C'est l'assurance auto qui est visée, mais en fait la rédaction **couvre toutes les branches d'assurance dommages**, excepté principalement la réassurance et l'assurance maritime.

### 2° Réduction tarifaire obligatoire

Le texte oblige les assureurs à diminuer immédiatement leurs tarifs d'assurance automobile de 20 % pour l'avenir (et 20 % supplémentaires pour les bons conducteurs) et à rembourser les assurés de la différence pour l'année en cours. En même temps le taux de la taxe d'assurance est relevé à due concurrence pour compenser la baisse d'assiette des primes.

### 3° Gel des tarifs pendant un an

Les tarifs d'assurance automobile sont gelés à ce nouveau niveau pendant un an. Ils ne peuvent être augmentés pendant cette période par un assureur individuel, sauf s'il est reconnu risquer d'être insolvable.

En outre, la proposition contient plusieurs dispositions de nature structurelle, allant dans le sens consumériste :

- Elle donne **au public le droit d'attaquer en justice** toute décision de *l'Insurance Commissionner* en matière tarifaire.
- Elle fait de *l'Insurance Commissionner* de Californie **un fonctionnaire élu**, donc plus sensible aux pressions politiques.
- Elle limite les **critères tarifaires** en excluant, notamment, le lieu de garage habituel du véhicule, considéré comme un critère discriminatoire.
- Elle **interdit à l'assureur de résilier** les contrats, même à l'échéance, sauf non paiement de la prime et quelques cas aussi graves. Les clients deviennent assurés à vie. Eux seuls peuvent résilier.

## ■ III - L'ENVIRONNEMENT AMERICAIN

Pour beaucoup d'européens, éloignés des préoccupations américaines, un texte comme celui-là paraît l'oeuvre d'un irresponsable. Il faut regarder le contexte américain, pour mieux comprendre les motivations de *Voters' Revolt*.



• **Les Etats Unis sont une Fédération.** La réglementation de l'assurance y varie d'Etat à Etat. Un peu plus de la moitié des Etats a adopté le système *no fault*, dans lequel l'indemnisation est indépendante de la responsabilité dans l'accident. D'autres, comme la Californie, s'en tiennent au *tort system*, dans lequel c'est l'assureur du conducteur fautif qui indemnise la victime non fautive.

Ceci engendre à travers l'Union une variété de niveaux de primes et de niveaux d'indemnités difficile à comprendre pour les consommateurs. Ces derniers ont en outre tendance à juger que les autorités de contrôle des Etats manquent de professionnalisme. Elles sont peu crédibles à leurs yeux et suspectes de céder à toutes sortes d'influences.

• Dans le cas de la Californie, le **tort system** est considéré comme profitant surtout aux professions judiciaires. Les affaires d'assurance automobile représentent 29 % des procès plaidés en Californie (47 % dans le Comté de Los Angeles). On estime que 52 % des indemnités allouées par les tribunaux sont absorbés par les honoraires des avocats car aux Etats Unis, les avocats sont en général rémunérés par un pourcentage des indemnités judiciaires. Ceci a deux conséquences principales. La première, est de pousser les citoyens à plaider : ils n'ont rien à perdre, puisqu'en cas d'échec, ils n'ont rien à payer. La seconde, est de pousser le système judiciaire à l'inflation des indemnités. Il y est d'autant plus enclin que les juges y sont élus et que le jury populaire siège dans les affaires civiles : autant de motifs qui conduisent les tribunaux à la générosité. Ce contexte alourdit évidemment le coût des assurances de responsabilité, et notamment de responsabilité civile automobile. Mais les consommateurs n'en sont pas conscients : pour eux le responsable, c'est celui qui encaisse les primes, c'est l'assureur !

• **L'image des assureurs américains est mauvaise.** Ceci tient à plusieurs raisons. Ils pratiquent une certaine « **brutalité** » **tarifaire**. Cela tient à la nature du marché américain. Aux Etats-Unis, l'assurance fonctionne selon des cycles : en période de prospérité de nouvelles sociétés d'assurance se créent. Au bout de quelques années l'excès de capacité d'assurance entraîne des baisses tarifaires et des faillites. Une fois le marché assaini, les assureurs survivants remontent brutalement les tarifs pour récupérer leurs pertes. Ce caractère « réactif » du marché est amplifié par le système de comptabilisation des placements des assureurs qui se fait en valeur de marché par application du système *Generally Accepted Accounting Principles (GAAP)*. Les hausses boursières incitent au laxisme tarifaire. Inversement les baisses entraînent des faillites, ou au minimum, de sérieux réajustements de primes. Ceci n'existe pas dans les pays qui, comme la France, et la plupart des pays d'Europe continentale, « lissent » les valeurs d'actifs au bilan par la méthode de l'estimation au prix d'achat. D'autre part, la plupart des assureurs américains refusent purement et simplement de souscrire des risques difficiles, ce que les consommateurs admettent mal. Enfin, l'ensemble de la profession fait peu d'efforts de communication et d'explications vis à vis du public ou des médias. Le résultat est que les comportements des assureurs sont



mal compris par un public qui analyse les hausses de tarif comme des actions concertées des assureurs contre lui. Au total, l'image des assureurs aux Etats-Unis est entre le mauvais et le médiocre. L'assureur y est perçu comme une énorme puissance d'argent, entretenant intentionnellement le mystère et peu digne de confiance.

Dans un pareil contexte, *la proposition 103* se comprend mieux. On peut l'analyser comme étant le résultat de **l'alliance momentanée des avocats et des consommateurs** :

- pour les avocats, elle est une revanche contre les assureurs qui prétendaient se passer de leurs services en demandant l'instauration d'un système *no fault*.
- pour les consommateurs, elle est l'expression d'un sentiment de révolte contre ce qu'ils considèrent comme le plus injuste des impôts, l'assurance automobile, - qui frappe davantage les pauvres des ghettos que les riches de Beverly Hills -.

#### ■ IV - QU'EST-IL ADVENU DE 103 ?

Presque deux ans après le vote, on doit constater que l'application de la proposition reste très partielle. Aucune baisse de tarif n'est intervenue, et aucun assureur n'a encore eu à rembourser un seul dollar aux assurés.

Cela tient au déchaînement juridique qui a suivi le vote. En mai 1989 la Cour Suprême de Californie a reconnu pour l'essentiel la constitutionnalité de 103, mais en même temps a décidé que l'assureur avait droit à un « *fair and reasonable return* » sur ses fonds propres engagés dans l'assurance. Mais qu'est-ce qu'un « *fair and reasonable return* » ? A la suite de ce jugement, 450 assureurs opérant en Californie ont déposé des demandes de dérogation aux dispositions de 103, en s'appuyant sur le fait que leur « *return* » était inférieur à 11,2 %, chiffre proposé par l'*Insurance Commissioner* (moyenne calculée sur les 15 dernières années). En réponse, ce dernier a gelé les tarifs pendant six mois, en attendant l'issue des enquêtes en cours, puis mis en vigueur des dispositions d'urgence. Pendant ce temps, les attaques s'accumulaient devant les tribunaux, venant soit des assureurs, soit des consommateurs. L'affaire est aujourd'hui totalement bloquée, en attendant l'issue des dizaines de procès et dont le nombre augmente chaque mois. Après la Californie, d'autres Etats ont envisagé des modifications législatives allant dans le sens de *la Proposition 103*. Cependant aucun n'est pour l'instant passé à l'acte, en attendant l'issue de l'affaire californienne.

#### ■ V - QUEL AVENIR PREVISIBLE ?

Quand on regarde ce qui se passe aux Etats-Unis, il faut se garder de tout catastrophisme. Rappelons-nous l'introduction du *no fault* il y a une quinzaine d'années. Chacun prédisait une catastrophe. Or l'Amérique a digéré la catastrophe. Les assureurs sont toujours là. Et même, à présent, ils « en redemandent » : ils découvrent que le *no fault* est parfois préférable au *tort system*. Donc la

situation se débloquera. Comment ? On peut imaginer trois voies : l'assurance devenant une *commodity*, le *no fault* ou une proposition 103 approuvée.

**Première issue : l'assurance auto devient une *commodity*, comme l'eau ou l'électricité.**

Il n'y a pas de précédents de cette nature aux Etats-Unis, mis à part le « Fonds des risques aggravés » en Pennsylvanie pour les dommages corporels de plus de 100 000 dollars et qui s'est révélé lourdement déficitaire. Quatre Provinces du Canada en revanche ont des *programmes* publics d'assurance : le Saskatchewan depuis 1946, le Manitoba depuis 1971, la Colombie britannique depuis 1974, et le Québec depuis 1978. Ces *programmes* ont en commun un système de financement de type fiscal, reposant, selon les cas, sur une surtaxe sur les carburants, sur les plaques d'immatriculation ou sur les permis de conduire.

Apparemment, cette voie ne semble guère tenter beaucoup les autorités californiennes, ni d'ailleurs les avocats, chacun pour des raisons qui leur sont propres. On peut donc penser que l'hypothèse de l'assurance *commodity* n'est pas mûre actuellement en Californie.

**La seconde hypothèse, le *no fault*** est également peu vraisemblable. Elle a été écartée par les électeurs qui lui ont précisément préféré la *Proposition 103*. Et depuis lors, l'opinion publique californienne est devenue de plus en plus favorable à cette dernière. Dans les sondages les plus récents, la proposition 103 est approuvée par 64 % des sondés, contre 51 % de votes favorables lors du referendum. Il n'est, par contre, pas exclu que d'autres Etats s'engagent dans cette voie.

**Reste donc l'hypothèse d'une *Proposition 103* approuvée :** les tribunaux rendront leurs arrêts. Après quoi, il faudra bien que les intérêts contradictoires trouvent un terrain d'entente technique. Cela prendra quatre ou cinq ans pour le moins. D'ici là, le marché va vivre une période d'improvisation. Des assureurs, se retireront de Californie, d'autres resteront en courbant le dos. Le nombre des personnes non assurées augmentera temporairement. Ce sera un apprentissage sur le tas, qui conduira les parties à se parler et à regarder les faits. Mais rien ne sera plus comme avant. Les assureurs de Californie devront tenir compte de l'opinion, l'informer. Et ils devront compter avec une réglementation plus stricte qu'avant. Cela influencera inévitablement les autres Etats de l'Union : il y aura contagion, sans doute orchestrée par l'Etat Fédéral. En effet, le Congrès et les associations de consommateurs poussent dans le sens de la création d'une réglementation fédérale de l'assurance, à cause de l'accroissement du nombre des faillites d'assureurs intervenues depuis 1984. Les perspectives actuelles d'aggravation tenant aux difficultés de l'ensemble du système financier américain, font que l'*American Insurance Association*, qui était hostile à une telle évolution y est maintenant ouverte. La *Proposition 103* ne sera pas pour autant la mort des assureurs. Comme pour le *no fault*, un équilibre sera trouvé. Pragmatiques, les américains se rendront rapidement compte qu'ils ont besoin des assureurs et qu'il faut donc les laisser vivre : être *fair* avec eux !

■ **VI - UNE CONTAGION HORS DES ETATS-UNIS ?**

Il est peu probable que la proposition 103 fasse école en dehors du climat très particulier qui règne aux Etats-Unis. L'Europe ne connaît pas les débordements jurisprudentiels ni les secousses tarifaires qui caractérisent les Etats-Unis. Les entreprises n'y ont pas non plus tenté des placements aventureux (*Junk Bonds* en particulier) susceptibles d'entraîner des catastrophes en chaîne. Les réglementations européennes prennent en compte depuis longtemps la protection du consommateur et les assureurs ont pris l'habitude du dialogue avec les organisations de consommateurs et avec les médias, même si de grands progrès restent à faire. Les tensions n'y atteignent pas l'intensité qu'elles peuvent avoir ailleurs. Mais nous devons prendre garde. Si nous perdons le contact avec nos clients, si nous nous enfermons dans notre technique, il peut nous arriver des ennuis à nous aussi. L'expérience californienne est là pour nous rappeler que la communication avec l'extérieur fait partie intégrante du métier. Elle est le premier devoir de l'entreprise envers ses assurés ■

# LA RÉVOLUTION CALIFORNIENNE

## LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA PROPOSITION 103.

**MOTS CLÉS :** *Assurance automobile • Consommateur • Contrôle • Etats-Unis • Justice • Réglementation • Responsabilité • Sélection •*

LA PROPOSITION 103 N'EST PAS UN TEXTE ISOLÉ, ELLE FAIT PARTIE D'UN ENSEMBLE DE PROPOSITIONS QUI ONT ÉTÉ SOUMISES AU VOTE DES ÉLECTEURS CALIFORNIENS. CE TEXTE DÉCRIT LES PROPOSITIONS ALTERNATIVES 100 ET 104. IL MONTRE AUSSI LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA PROPOSITION MAJORITAIRE, 103. LOIN D'ÊTRE DES RÉACTIONS CARICATURALES À L'ASSURANCE, CES TEXTES SONT AU CONTRAIRE TRÈS MINUTIEUX. LE DÉBAT POLITIQUE QU'ILS INSTAURENT EST D'UNE PROFONDEUR SINGULIÈRE SUR LA LÉGITIMITÉ DE L'ASSURANCE ET LES CONDITIONS DE SON EXERCICE. L'AUTEUR AVANCE UNE PROPOSITION ALTERNATIVE RÉVÉLATRICE D'UN CLIMAT OU LES INSTITUTIONS D'ASSURANCE ET LES AVOCATS SEMBENT INÉFFICIENTS.

En novembre 1988, les électeurs californiens votèrent la Proposition 103. Elle impliquait non seulement un changement important dans la réglementation des assurances, notamment automobiles, mais aussi une réduction importante de leur coût. Présentée aux électeurs par une association populiste de consommateurs, la Proposition 103 reposait sur le sentiment que les primes d'assurance étaient beaucoup trop élevées eu égard aux services rendus. Elle fut perçue comme une réforme favorable aux consommateurs quand le conflit des puissants intérêts des compagnies d'assurances et des avocats représentant les plaignants dans les cas d'accidents de la circulation avaient conduit à une impasse législative. Deux ans après son adoption, la Proposition 103, controversée dès sa naissance, a surtout fourni du travail aux juristes. Ses clauses principales attendent encore leur mise en application.

Nous donnerons une brève description du processus référendaire californien qui permet le vote de propositions comme la Proposition 103, avant d'examiner

\* Professeur à l'Université de Berkeley, Californie.

le problème de la crise du système juridique de la responsabilité civile et l'impasse législative qui a conduit à l'élaboration de la Proposition 103 et de quatre autres propositions concurrentes. Nous en analyserons ensuite les principales dispositions et nous décrirons les batailles que se livrent compagnies d'assurances, *Insurance Commissioner* et tenants de cette Proposition à l'occasion de sa mise en oeuvre. En conclusion, nous examinerons les différentes propositions de réforme récemment formulées puisqu'il est de plus en plus admis que les objectifs principaux de la Proposition 103 ne pourront être atteints sans une profonde modification du régime juridique de la responsabilité civile.

## I - LE POURQUOI ET LE COMMENT DE LA PROCÉDURE RÉFÉRENDAIRE.

La plupart des lois californiennes sont promulguées par voie législative ordinaire : la majorité requise des membres du parlement (Sénat et Assemblée) vote un projet de loi, promulgué comme tel par le gouverneur. Mais en Californie, comme dans 22 des 49 Etats américains, les citoyens ont la possibilité de tourner cette procédure et d'adopter des lois par un vote direct. C'est ce que l'on appelle l' *initiative process* <sup>1</sup>.

Cette procédure permet à une majorité d'électeurs de proposer des lois qui se heurteraient à l'opposition d'un législateur parfois influencé par une minorité politiquement puissante <sup>2</sup>.

La Californie s'est donnée cette procédure en 1911 après l'élection d'un gouverneur réformateur et d'un groupe de députés qui s'étaient engagés à soustraire le contrôle du système politique à la puissante compagnie de chemins de fer *Southern Pacific Railroad*.

La menace du référendum constitue un moyen de pression qui peut conduire le législateur à adopter des mesures qui, du même coup, rendraient inutile le recours au référendum. En effet, les députés considèrent que l'adoption d'une loi par référendum apporte la preuve de leur incapacité à accomplir correctement leur fonction. Forcer le pouvoir législatif à agir, permet aussi une analyse plus approfondie des dispositions législatives, analyse qui fait souvent défaut lorsqu'un projet de loi est préparé sans bruit par un petit groupe partisan. Le recours au référendum permet enfin au législateur d'éviter de prendre parti sur une question controversée en laissant aux électeurs le pouvoir d'en décider directement. En Californie, le texte de la proposition doit être d'abord déposé auprès du Secrétaire d'Etat. Ses services en préparent une description et un résumé officiels et font une évaluation financière de ses conséquences fiscales. Les auteurs de la

1. Les Etats dotés d'une procédure référendaire permettent aussi aux électeurs de - rappeler - les employés publics élus (en les démettant de leur fonction) et de soumettre à leur approbation des mesures particulières votées par le parlement, surtout quand il a été requis de procéder à ce vote. C'est par exemple le cas quand le gouvernement essaie d'émettre des obligations pour un nouvel emprunt ou quand le parlement souhaite introduire des amendements à la constitution de l'Etat.

2. Pour une bonne étude de la procédure référendaire et de son histoire, cf. D. Schmidt, *Citizen Lawmakers*, Temple University Press, 1989.

proposition ont alors 150 jours pour réunir les signatures suffisantes pour qu'une pétition demande sa mise au vote.

On distingue deux types de propositions. Les premières ont pour objectif d'amender la constitution de l'Etat de Californie et doivent, pour être inscrites au scrutin, obtenir un nombre de signatures égal à 8% du nombre d'électeurs ayant voté lors des dernières élections. Cela représente actuellement 595479 signatures<sup>3</sup>. Les secondes, qui concernent l'adoption de lois nouvelles, requièrent un nombre moins élevé de signatures, soit l'équivalent de 5% du nombre des votes enregistrés pour l'élection du gouverneur (actuellement 372174 signatures). Le contenu de ces propositions doit évidemment être compatible avec les principes de la constitution. Un vote à la majorité simple suffit pour qu'elles soient adoptées<sup>4</sup>. Elles ne pourront être modifiées qu'à l'issue d'un scrutin public (provoqué soit à l'initiative du parlement soit par une nouvelle proposition), sauf exceptions prévues par la loi elle-même<sup>5</sup>.

Entre 1972 et 1988, vingt-huit propositions ont été adoptées par voie référendaire. Pour la seule année 1988, dix-huit furent mises au vote, et neuf furent adoptées<sup>6</sup>.

La procédure du référendum a donc été largement utilisée par les différents acteurs du jeu politique californien. Certaines propositions viennent d'organisations de base qui ont peu de pouvoir politique et sont pratiquement désargentées. Leur action s'appuie sur le travail d'une nuée de volontaires dévoués qui rassemblent les signatures de leurs concitoyens dans les centres commerciaux, les lieux de détente, les églises et autres lieux publics. D'autres propositions, en revanche, sont le résultat de campagnes d'adhésions par voie postale. Des listes d'adresses d'électeurs susceptibles de donner leur signature sont établies ou même achetées. Ils recevront une lettre sollicitant à la fois leur signature (et parfois celles de leurs parents et amis) et une somme d'argent qui permettra de financer l'envoi de lettres à d'autres électeurs potentiels. Certains groupes de pression enfin, financièrement bien organisés, utilisent parfois la procédure des propositions lorsqu'ils n'ont pu parvenir à leur fin par la voie législative ordinaire. Dans ce cas, ils utilisent généralement les services d'organisations de démarcheurs rémunérés (habituellement 70 cents par signature). Pratiquement toutes les campagnes de collecte de signatures y font appel.

La présentation d'une proposition au vote des électeurs ne constitue que la première partie d'un long processus. Ce n'est qu'à ce moment que commence véritablement la campagne pour ou contre son adoption. En Californie, ces campagnes engagent des sommes considérables : des millions de dollars sont

3. Comme de nombreuses signatures sont invalidées, il faut en recueillir beaucoup plus que le nombre exigé.

4. Les propositions sont votées lors des élections générales de l'Etat de Californie et quatre mois au moins après que l'administration ait attesté que les signatures sont en nombre suffisant. Si deux propositions concurrentes sont votées en même temps, on peut dire, en simplifiant beaucoup, que celle qui obtient le plus de votes l'emporte.

5. Il arrive souvent que les propositions comprennent une disposition permettant une modification législative dans certaines circonstances (en cas d'urgence par exemple) ou par une majorité spéciale du parlement. Les auteurs de propositions y insèrent souvent de telles dispositions pour éviter de se voir reprocher une rigidité qui ne prendrait pas en compte les développements futurs.

6. Depuis l'origine de cette procédure, plus de sept cent pétitions ont été préparées. A peu près un tiers d'entre elles ont été retenues pour le scrutin. En 1989, soixante six ont été approuvées par les électeurs.

engloutis dans des campagnes publicitaires audio-visuelles, postales, d'affichage et autres. Ces actions de promotion ne sont pas sans influencer les électeurs. Une étude récente a pourtant montré qu'on ne gagnait pas pour avoir dépensé plus d'argent que l'adversaire, cette technique ne se révélant efficace que pour faire échouer l'adoption d'une proposition concurrente<sup>7</sup>.

La procédure du vote par référendum a été utilisée pour faire adopter un large éventail de lois. Outre la Proposition 103, les Californiens ont récemment voté des lois pour (a) augmenter de 25 cents la taxe sur un paquet de cigarettes, (b) créer une loterie d'Etat, (c) faire de l'anglais la langue officielle de l'Etat, (d) rétablir la peine de mort, (e) abolir l'impôt sur les successions, (f) réduire nettement l'impôt foncier et limiter sa progression, (g) établir une procédure permettant de réserver au public l'usage du littoral pacifique en limitant le développement immobilier et en assurant le libre accès aux plages, (h) limiter les droits des personnes accusées de meurtre et accroître ceux des victimes, (i) limiter les dépenses publiques (suivie de deux propositions qui en ont modéré l'application), (j) réglementer les substances toxiques, (k) réglementer la sécurité sur les lieux de travail et (l) (à un niveau consultatif) déclarer que les Californiens sont favorables à un gel des armements atomiques.

## **II - AUX ORIGINES POLITIQUES ET ECONOMIQUES DE LA PROPOSITION 103.**

### **1. La crise du système juridique de la responsabilité civile.**

Au cours des années quatre-vingt, on a beaucoup parlé, aux Etats Unis, d'une crise du système de responsabilité civile. Les avocats des compagnies d'assurance, des médecins, des sociétés, des institutions et des gouvernements locaux soutinrent tour à tour que le système des assurances de responsabilité et le droit de l'indemnisation des dommages corporels s'étaient développés d'une manière incontrôlée. Entreprises et particuliers ont dû faire face à une augmentation considérable (souvent largement au-dessus de 100%) de leurs primes d'assurance, alors que d'autres ne pouvaient même plus les payer. Aussi les compagnies d'assurance et leurs clients (les défendeurs) agirent-ils en faveur d'un changement du droit de la responsabilité civile avec l'espoir, d'une part, d'obtenir un retour à une certaine stabilité des prix, et, d'autre part, d'améliorer les conditions de l'offre en assurance de responsabilité. Bien que la crise des assurances ait surtout affecté le secteur des dommages causés par les produits, les fautes professionnelles en milieu médical et la responsabilité des communes, la plupart des réformes proposées concernaient en fait l'ensemble des victimes de dommages corporels ainsi que les victimes d'accidents de la circulation. Ces réformes portaient sur : - (a) une limitation des indemnités allouées par un jury pour préjudices moraux, - (b) une limitation du montant des honoraires perçus par les

7. cf. Schmidt, *supra* note 3, p 35.



avocats des victimes dans le cas de dommages corporels, - (c) la suppression de la responsabilité solidaire de manière à ce que la part de responsabilité de chacun soit égale à sa part de faute, - (d) l'interdiction du cumul des indemnités versées au titre de la responsabilité civile et par les assurances médicales ordinaires ou les avantages sociaux des employés, et - (e) des limitations du montant des indemnités allouées à titre de sanction pénale.

Certains groupements de consommateurs et les avocats représentant les victimes de dommages corporels s'opposèrent violemment à cette diminution des droits des victimes. Les compagnies d'assurances étaient seules responsables de la crise : soit qu'elle ait été créée de toutes pièces pour permettre aux défenseurs d'obtenir une législation défavorable aux victimes, soit que, bien réelle, elle avait été provoquée par la négligence ou l'insouciance des compagnies d'assurance. Ces critiques s'accompagnaient d'une contre-attaque législative en faveur d'une réglementation plus contraignante des assurances de responsabilité. La bataille prit une certaine ampleur. L'Etat de Floride transforma son régime de responsabilité civile et imposa de nouveaux contrôles aux compagnies d'assurance<sup>8</sup>.

La bataille politique fit rage dans de nombreux Etats et au Congrès. Plusieurs juridictions modifièrent leur jurisprudence. En Californie, les compagnies d'assurance et les groupes de pression représentant les défenseurs, déçus par leur manque de réussite auprès du législateur, introduisirent avec succès une proposition aux objectifs modestes qui fut adoptée en juin 1986. Baptisée « Proposition 51 », elle limitait la responsabilité des « deep pocket » pour préjudices moraux en cas de responsabilités multiples : dans la réparation des préjudices non économiques, elle rendait la part de responsabilité de chaque défendeur proportionnelle à sa faute. Cette victoire à la main, les groupes de pression réclamèrent du législateur une réforme plus radicale du droit de la responsabilité civile, demande assortie de la menace d'une nouvelle campagne de propositions. Mais les avocats des victimes et leurs alliés au sein des deux assemblées refusèrent de suivre ce mouvement et menacèrent, à leur tour, de lancer leur propre campagne de propositions<sup>9</sup>.

Ce conflit se solda, en septembre 1987, par la signature d'un compromis inhabituel passé entre les parties. Une série de petites réformes législatives accompagna la signature, entourée de beaucoup de publicité, d'un accord entre les groupes de pression les plus importants (coalition des compagnies d'assurance et de la California Trial Lawyers Association). Cet accord instaurait une trêve de cinq ans : les signataires renonçaient à faire pression pour des changements juridiques tant au niveau législatif qu'au niveau référendaire<sup>10</sup>. Cette trêve fut de courte durée.

8. cf. en général, *Academic Task Force for Review of the Insurance and Tort Systems, Final Recommendations and Final-finding report on Insurance and Tort Systems*, Gainesville, Florida, March 1, 1988.

9. Reich, *Insurers, Lawyers Prepare for New Round of Conflict*, *Los Angeles Times*, 30 novembre 1986.

10. Weintraub, « Lobbyist, Lawyers Cut Deal on Injury Liability », *Los Angeles Times*, 12 septembre 1987. Le traité de paix a aussi consisté à rendre difficile tout recours à une nouvelle procédure des propositions pour ceux qui n'avaient pas participé à la signature de l'accord : il comprenait des contrats passés avec les deux plus importantes entreprises de collecte de signatures pour limiter leur capacité à travailler pour des campagnes organisées par d'autres groupes sur des questions touchant aux assurances et à la responsabilité civile.

Plusieurs groupes d'intérêts firent rapidement circuler des pétitions demandant une réforme du droit des assurances ou du régime de la responsabilité civile.

## 2. Les auteurs de la Proposition 103

Les groupes exclus du « traité de paix » réalisèrent qu'ils n'obtiendraient aucun résultat à court terme par la voie législative ordinaire. Ils décidèrent donc de recourir à un référendum.

Une association de consommateurs, parrainée par Ralph Nader et connue sous le nom *Access to Justice* ou encore *Voter Revolt to Cut Insurance Rates*, prépara un projet de proposition basée sur la thèse que le pays n'avait pas besoin d'une réforme du régime juridique de la responsabilité civile mais d'une réglementation plus radicale des assurances. Ce projet visait aussi à réduire de façon drastique le montant des primes d'assurance automobile<sup>11</sup>. Ce fut la Proposition 103, qui sera la seule des cinq propositions concernant les assurances et la responsabilité civile, à être votée lors du scrutin de novembre 1988.

Vivant sur la côte Est, Ralph Nader jouit d'une réputation de réformateur libéral. On le considère comme « Monsieur consommateur »<sup>12</sup>. Rejeté par le monde des affaires, il bénéficie de la confiance d'une grande partie du public, peut-être en raison de son mode de vie ascétique. Beaucoup de ses sympathisants ont formé leurs propres associations de consommateurs. Les objectifs généraux de la campagne pour la Proposition 103 avaient été annoncés avant la signature du « traité de paix », quand, à l'occasion du premier anniversaire de la Proposition 51, en juin 1987, Nader avait critiqué le fait qu'elle n'ait pas réussi à imposer une diminution suffisante des primes d'assurance<sup>13</sup>.

## 3. Les propositions concurrentes.

Apprenant l'existence d'une proposition soutenue par Ralph Nader, les compagnies d'assurance décidèrent d'élaborer leur propre proposition<sup>14</sup>. Elle reposait sur le concept de responsabilité sans faute en matière d'assurance automobile. Les compagnies d'assurance n'ignoraient pas que les automobilistes étaient très préoccupés par la récente et considérable augmentation des primes (40% en moyenne pour les trois dernières années). Elles en conclurent que le meilleur moyen pour gagner le public à leur proposition serait de le convaincre que leur projet de réforme, qui visait à ce que les primes d'assurances ne dépassent pas le taux de l'inflation, conduirait à leur réduction.

Le concept de responsabilité sans faute appliquée à l'assurance automobile avait rencontré un vif succès aux Etats Unis entre 1965 et 1975. Durant cette période,

11. Un sondage effectué vers le milieu de l'année 1988 montra que 77 % des automobilistes californiens étaient convaincus qu'ils dépensaient trop d'argent pour leurs assurances, cf. « Heat and Hostility », *Los Angeles Times*, 10 juillet 1988.

12. cf. Blum, « Raiders' at 20 Look Forward », *National Law Journal*, 8 janvier 1990, p. 24.

13. cf. Wolinsky, « Nader Assails Deep-Pockets Initiative as «Hoax» on Public », *Los Angeles Times*, 5 juin 1987, 1ère partie, p. 3. col. 4. Pour une menace encore plus ancienne de recourir à la procédure des propositions formulée par *Access to Justice*, cf. Rosenfield, « Prop. 51 Sets Stage for Fight on Regulating State Insurers », *Los Angeles Times*, 11 janvier 1987, 5ème partie, p. 3, col. 1.

14. Pour une description de la préparation des cinq propositions pour le scrutin, donnée par le consultant politique le plus important auprès des auteurs de la Proposition 103, cf. Zimmerman, « Insurance Referendum : Million War in California » - 247 *The Nation* 449 (7 novembre 1988).

près de la moitié des Etats ont adopté d'une façon ou d'une autre ce système de responsabilité. Il s'agissait au départ de diminuer les primes d'assurance automobile tout en augmentant le nombre des victimes indemnisées. Cet objectif pouvait être atteint si la victime était directement indemnisée par son assureur sans avoir recours au système de responsabilité civile et sans recourir à un avocat. Il fallait aussi priver les victimes d'accidents mineurs de la circulation du droit d'intenter un procès en réparation du préjudice moral. Seuls les Etats de New-York et du Michigan (et peut-être un ou deux autres) adoptèrent ce type de système de responsabilité. Dans plusieurs autres Etats (souvent en raison des fortes pressions politiques exercées par les avocats des victimes), la réforme ne fit qu'ajouter au système en vigueur une protection supplémentaire du premier demandeur. Les primes d'assurance augmentèrent, les victimes utilisant pratiquement les indemnités tirées du système de responsabilité sans faute pour financer des actions en dommages-intérêts.

Connue sous le nom de Proposition 104, la proposition formulée par les compagnies d'assurance, fut présentée comme étant une copie du « sans faute » new-yorkais. Elle ne suscita pas l'intérêt de ceux qui s'étaient montré favorables à ce système de responsabilité. C'est que les *first party benefits* accordés aux victimes auraient été beaucoup moins généreux, et cela parce que les compagnies voulaient pouvoir plaider que la Proposition 104 aurait pour effet de réduire substantiellement les primes d'assurance automobile<sup>15</sup>. On ne pouvait pas s'attendre à ce que les associations de consommateurs soutiennent un système offrant d'aussi maigres avantages. Par ailleurs, la Proposition 104 contenait plusieurs dispositions qui, n'ayant aucun rapport avec l'établissement d'un régime de responsabilité sans faute, auraient introduit dans le droit californien certaines dispositions favorables aux compagnies d'assurance. Ces « petites douceurs » renforcèrent l'opinion dans son sentiment que les compagnies étaient cupides. Elles n'en furent pas moins ajoutées à la Proposition 104 pour contrer les effets éventuels de la Proposition 103, au cas où les deux Propositions venant à être votées, la Proposition 104 obtiendrait le plus de votes.

Le système « no fault » ne fut soutenu que de façon mitigée par les compagnies d'assurance. Seule la *Coastal Insurance Company* soutint et finança un projet de proposition différent qui devint la Proposition 101. Son but était de réduire les primes d'assurance automobile en limitant l'indemnisation du préjudice moral pour les accidents les moins graves, en diminuant les honoraires des avocats et en cessant d'indemniser les victimes pour des dommages couverts par d'autres moyens (assurances médicales et autres systèmes sociaux). *Coastal Insurance Company* était un membre important du marché des assurances, assurant

15. En Californie, environ la moitié des indemnités payées au titre de l'assurance automobile concernent les dommages occasionnés à la voiture, l'autre moitié concerne les dommages corporels. Un tiers seulement des sommes versées pour l'indemnisation des dommages corporels rembourse les pertes financières réelles des victimes. C'est pourquoi l'objectif d'un système de responsabilité sans faute est de réduire considérablement le reste des sommes actuellement versées - ces 30 % environ qui sont versés pour l'indemnisation des préjudices moraux - et de développer d'autres sources de recouvrement. Un solide système de responsabilité sans faute permettrait une diminution des primes de l'ordre de 17 %. cf. Kittel, « Auto insurance : defusing the bomb ; controlling costs increases » 91, *Best's Review* : Property-Casualty Insurance Edition, N° 1, mai 1990, p 22.

notamment les conducteurs à hauts risques. Sans doute estimait-elle que la Proposition 101 serait plus avantageuse que la Proposition 104.

Alors que les sympathisants de Ralph Nader préparaient leur proposition, d'autres associations de consommateurs liés à certains assistants du *General Attorney* (exclus de la procédure législative habituelle en raison de la « trêve ») préparèrent une autre série de mesures moins ambitieuses que la Proposition 103. Afin de se donner les moyens de faire figurer leur proposition dans le scrutin et de trouver les ressources financières nécessaires à sa promotion, ces groupes s'allièrent aux avocats représentant les victimes. Leur projet devint la Proposition 100. Aux dispositions originelles sur la réglementation des assurances, les avocats en ajoutèrent une (en directe opposition avec la Proposition 104) destinée à préserver le régime traditionnel de la responsabilité civile. Ils y joignirent une disposition rendant impossible toute réglementation des honoraires d'avocat. Une dernière disposition rejetait une récente décision de la Cour suprême de Californie limitant le droit des victimes d'accidents de la circulation d'attaquer en justice l'assureur du défendeur pour obtenir le versement d'importantes indemnisations au titre de sanctions pénales et de réparation des préjudices moraux en arguant que l'assureur n'aurait pas essayé de négocier avec eux un compromis de bonne foi<sup>16</sup>. Les avocats espéraient que leur projet attirerait plus de votes que la Proposition 104. Dans l'hypothèse où cette dernière aurait recueilli la majorité, la Proposition 100 l'aurait invalidée. Elle promettait aussi une réduction des primes d'assurance automobile.

La trêve fit bientôt place à une guerre totale<sup>17</sup>. En réponse à la Proposition 100, les compagnies d'assurance et les groupes représentant les intérêts des défendeurs prirent l'initiative d'une nouvelle proposition, la Proposition 106. Ce projet aurait très nettement limité les honoraires des avocats dans les cas d'accidents corporels. Une nouvelle fois, les avocats des victimes apparaissaient comme des êtres cupides, ce qui porta un tort certain à leur réputation. Mais les dispositions de la Proposition 106 déçurent de nombreuses personnes qui, quoique favorables à une réglementation des honoraires d'avocats, jugèrent que les restrictions qu'elle introduisait étaient trop rigoureuses en comparaison de celles instaurées, par exemple, dans les procès pour faute professionnelle dans le domaine médical<sup>18</sup>.

Au printemps 1988, avocats et assureurs s'efforcèrent de trouver un compromis législatif qui aurait désamorcé la guerre des propositions. Mais le temps manquait. Le conflit entre assureurs et avocats doit être restitué dans une perspective quelque peu différente. Les dépenses considérables imposées à un adversaire, forcé de participer à une campagne électorale coûteuse (ne serait-ce

16. *Moradi-Shabali v. Fireman's Fund Ins. Co.*, Cal. 3d, P. 2d, 250 Cal. Rptr. 116 (1988).

17. Pour une bonne description de la fin du « traité de paix », cf. Reich, « Bid to qualify 5 insurance initiatives is in high gear », *Los Angeles Times*, 15 février 1998, 1ère partie, p. 3, col. 5.

18. La Proposition 106 aurait limité les honoraires des avocats représentant les demandeurs à 25% des premiers 50 000 \$ perçus, 15% des prochains 50 000 \$, et 10% de toute somme perçue au-delà de 100 000 \$. En comparaison, les limites dans les cas de faute professionnelle dans le domaine médical sont 40% des premiers 50 000 \$ perçus, 33,3% des prochains 50 000 \$, 25% des prochains 500 000 \$, et 15% de toute somme au-delà de 600 000 \$.

que pour préserver sa situation actuelle) ne peuvent que réduire sa capacité à préparer une campagne future ou, plus simplement, à faire campagne auprès des deux assemblées en soutenant l'élection de certains candidats.

Avec le soutien de Nader mais avec très peu de moyens financiers, le groupe *Voter Revolt* avait organisé une campagne qui ne reposait que sur une stratégie de lettres adressées à chaque électeur. Les autres groupes dépensèrent des sommes importantes pour la promotion de leurs propositions (et le dénigrement des propositions concurrentes)<sup>19</sup>. Néanmoins c'est la Proposition 103 qui sortit seule victorieuse des urnes<sup>20</sup>.

#### 4. Qui vota en faveur de la Proposition 103 ?

La Proposition 103 fut votée d'extrême justesse : 51% de votes favorables contre 49% de votes défavorables. La majorité des électeurs californiens partageaient l'image négative que Nader et ses partisans avaient donnée des compagnies d'assurance et souscrivaient à sa conception qu'une réforme progressiste était nécessaire. Il est incontestable que la personnalité de Nader permit de faire la différence. Et le fait que les compagnies d'assurance aient investi des sommes considérables dans cette campagne quand, au dire de leurs adversaires, cet argent aurait pu servir à réduire les primes, contribua encore au succès de la Proposition 103. On peut aussi penser que les électeurs votèrent la main sur le porte-monnaie (ou avec les espoirs et les craintes suscités par le possible impact de la Proposition 103 sur leur porte-monnaie). La proposition, rejetée dans une grande partie de la Californie, connut un certain succès dans les comtés urbains de la baie de San Francisco. Le résultat obtenu dans les comtés de Los Angeles et d'Orange fut décisif. La Proposition 103 y fut votée à une écrasante majorité. La raison est évidente : les primes d'assurance automobile y étaient très élevées et les électeurs espéraient faire une économie substantielle. Ailleurs, à l'exception de la baie de San Francisco, les électeurs avaient des raisons (probablement de bonnes raisons comme nous le verrons) de redouter que la Proposition 103 ne conduise à une augmentation de leurs primes d'assurance automobile.

### III - LES OBJECTIFS DE LA PROPOSITION 103.

Même si la proposition 103 a une portée générale, son objectif principal concerne l'assurance automobile. L'essentiel de la controverse qu'ont suscitée son adoption et sa mise en application a porté sur ce point.

19. Au total, plus de 80 millions de dollars furent dépensés pour ou contre les cinq propositions, la plupart provenant des compagnies d'assurances (63,8 millions selon les derniers rapports). Les supporters de la Proposition 103 ne dépensèrent que 2,9 millions de dollars, cette somme étant pour l'essentiel employée pour financer la campagne par lettres en vue de rassembler des signatures et collecter des fonds supplémentaires. cf. Reich, « Nader »s Prop. 103 Wins but Insurance Industry files Court Challenge », *Los Angeles times*, 9 novembre 1988, 1ère partie, p. 1, col. 3, et, du même auteur, « Insurance Fight Cost Initiative Backers a Total of\* 3,9 Million » *Los Angeles times*, 7 février 1989.

20. Proposition 100 : 41 % de « oui » ; Proposition 104 : 25 % de « oui » ; Proposition 101 : 13 % de « oui » ; Proposition 106 : 47 % de « oui ».

## **1. L'assurance automobile.**

### **1.1. La réduction des primes.**

La Proposition 103 impose d'une part une réduction de 20% du tarif des assurances pratiqué au 8 Novembre 1987 (un an avant le vote de la Proposition) et, d'autre part, le gel des primes ainsi calculées pendant une période d'un an (jusqu'au 8 Novembre 1989) sauf si la compagnie fait la preuve que cette mesure la rendrait insolvable. Cela correspond pratiquement à une réduction de plus de 25% du tarif en vigueur.

Les électeurs californiens, à qui il arrive de dépenser plusieurs milliers de dollars par an pour leur assurance, jugèrent ces baisses très intéressantes. Estimant que les compagnies d'assurance avaient artificiellement augmenté les primes, ils pensaient qu'elles pouvaient supporter cette baisse tout en continuant de payer les indemnités demandées. Ce n'était évidemment pas l'opinion des compagnies.

### **1. 2. La future réglementation de la fixation du montant des primes d'assurance.**

En Californie, la fixation du montant des primes d'assurance automobile dépend traditionnellement de la concurrence. Plus de six cents sociétés, pratiquant l'assurance dommage et de personnes, se livrent une concurrence vigoureuse, ce qui fait que le taux des primes en assurance automobile reste relativement bas. Beaucoup considèrent ce secteur comme non lucratif. L'*Insurance Commissioner* qui doit s'assurer que les tarifs ne sont ni excessifs ni ne font courir aux victimes le danger de ne pas obtenir les indemnités requises, n'exerce que rarement son pouvoir de contrôle.

La Proposition 103 impose une approbation préalable de toutes les augmentations tarifaires, les plus importantes devant faire l'objet d'un débat public. Sur ce point, la proposition 103 suit l'approche traditionnelle aux Etats Unis en matière de réglementation des prix des services publics (gaz ou électricité par exemple), cette procédure étant déjà pratiquée dans d'autres parties des Etats-Unis en matière d'assurance. Les auteurs de la disposition voulaient protéger les assurés contre une augmentation injustifiée des prix décidée par des compagnies qui échangent des informations sur leurs tarifs respectifs et ne sont pas soumises à la loi fédérale sur les ententes illicites.

### **1. 3. Critères de fixation des primes.**

Les auteurs de la Proposition 103, adoptant une attitude moralisante quant à la définition des catégories d'assurés servant à établir les tarifs, rejetèrent celles qu'utilisaient les compagnies.

Afin de diminuer le montant des primes, la proposition 103 demande que l'on tienne d'abord compte du dossier sécurité du conducteur, puis du nombre de kilomètres parcourus annuellement et, enfin, de ses années de conduite. D'autres critères, dont l'importance n'égale pas celles des précédents, peuvent être utilisés avec l'approbation de l'*Insurance Commissioner*. En outre, pour donner



plus de poids au dossier sécurité, les assureurs devront offrir une réduction d'au moins 20% aux « bons conducteurs ».

Avant la Proposition 103, les assureurs choisissaient librement leurs critères de tarification. La majorité d'entre eux accordaient une importance considérable au lieu d'habitation de l'assuré, à son âge et à son sexe : les jeunes hommes non mariés payaient les primes les plus élevées. L'utilisation des dossiers sécurité variait d'un assureur à l'autre. Certains leur faisaient jouer un rôle important, d'autres plus modeste, d'autres enfin refusaient d'assurer les conducteurs à « hauts risques ».

Les auteurs de la proposition 103 s'opposaient tout particulièrement aux différences tarifaires établies en fonction du lieu d'habitation. Si les automobilistes des comtés de Los Angeles et d'Orange étaient relativement plus souvent victimes d'accidents de la circulation et introduisaient des demandes d'indemnisation d'un montant plus élevé qu'ailleurs<sup>21</sup>, beaucoup s'offensaient d'une sélection qui les faisait payer plus pour la seule raison qu'ils vivaient dans telle ou telle zone quand même ils n'avaient jamais eu d'accident. Aussi la Proposition 103 s'efforce-t-elle de substituer à la sélection établie en fonction du lieu d'habitation le concept de « réduction offerte au bon conducteur » et l'usage du dossier sécurité. Et l'on comprend encore mieux l'intérêt porté à cette disposition par les résidents des comtés de Los Angeles et d'Orange.

De leur côté, dans leur campagne contre la Proposition 103, les compagnies d'assurances ne se sont pas privées de faire remarquer que la suppression ou la quasi-disparition du critère géographique provoquerait une forte augmentation des primes des assurés vivant dans des zones où la circulation est la plus faible et où le montant des indemnités demandées est le moins élevé. Les tenants de la Proposition 103 pouvaient répondre que les rabais qu'elle impliquait, augmentés de la réduction offerte aux « bons conducteurs », seraient certainement plus importants que l'augmentation due à la suppression du critère géographique. Les critères du nombre de kilomètres parcourus dans l'année et du nombre d'années d'expérience au volant permettraient aux assureurs de continuer à imposer indirectement des primes nettement plus élevées aux jeunes hommes, un groupe dont le pourcentage d'accidents de la circulation est relativement élevé.

#### **1. 4. Le *Redlining* et le problème de non renouvellement des contrats.**

Les auteurs de la Proposition 103 soulevaient aussi le problème des zones urbaines où vivent une population pauvre et diverses minorités. On y trouve des personnes qui ne peuvent acheter une assurance automobile au prix normal, même avec un passé de bon conducteur. Cette situation a, paraît-il, donné lieu à une pratique appelée « *redlining* » : sur une carte, l'assureur entoure d'un trait rouge la zone dans laquelle il refusera de vendre une police d'assurance.

En principe, les conducteurs californiens, qui jouissent d'un droit à l'assurance,

21. cf. notamment, George, « *Someone is Pushing the L. A. Bubble* » *Los Angeles Times*, 7 décembre 1989, Partie B, p. 7, col. 5.



peuvent contracter une assurance grâce à un programme de risques partagés en fonction duquel l'ensemble des assureurs opérant dans l'Etat doit se répartir les conducteurs à hauts risques. Mais ces polices, pourtant subventionnées par les autres conducteurs, restent chères. Ainsi, malgré l'obligation faite à tout automobiliste californien d'assurer sa responsabilité civile, 25% n'a aucune assurance, cette proportion étant considérablement plus élevée en zone urbaine (86%, par exemple, dans certains quartiers pauvres de Los Angeles)<sup>22</sup>.

Les conducteurs vivant dans les zones cerclées de rouge souhaitent disposer d'autres possibilités d'assurance que celle fournie par le système des risques partagés. Et la suppression du critère géographique faisait courir le risque de voir les compagnies d'assurance réagir en traçant un trait rouge autour des comtés de Los Angeles et d'Orange, ce qui aurait eu pour effet d'annihiler l'un des objectifs essentiels de la Proposition 103. Aussi fait-elle obligation à tout assureur d'offrir une assurance, avec réduction pour bon conducteur, à tout automobiliste qui satisfait au critère, qu'il ait été ou non auparavant assuré auprès de cet assureur. Il s'agit de faire qu'aucun automobiliste ayant un bon dossier ne puisse être exclu par son propre assureur et qu'il puisse s'assurer auprès de compagnies offrant des prix ajustés à son expérience de conducteur, sans qu'il soit tenu compte du taux de fréquence d'accidents de la circulation dans la zone où il réside.

## **2. L'élection de l'« Insurance Commissioner ».**

L'*Insurance Commissioner* était traditionnellement nommé par le Gouverneur. Conformément à son esprit populiste, la Proposition 103 prévoit son élection dès novembre 1990.

## **3. Effets sur les autres assurances de dommages.**

Bien que l'essentiel des discussions suscitées par la Proposition 103 ait porté sur le problème de l'assurance automobile, un grand nombre de ses dispositions s'applique aux assurances de dommages en général. Elle impose la réduction des primes et limite toute augmentation future. Elle devrait provoquer une forte modification des tarifs en vigueur en assurance de dommages aux biens et en assurance de responsabilité civile commerciale (qui comprend les fautes professionnelles dans le domaine médical et les assurances de responsabilité du fait des produits). La Proposition 103 assujettit aussi les compagnies d'assurance à la loi contre les ententes illicites, donne aux banques le droit de faire de l'assurance, légalise l'assurance mixte automobile et habitation, autorise les agents à accorder à leurs clients des réductions de primes prises sur leurs commissions, oblige l'administration à fournir aux consommateurs des informations comparatives sur les différents tarifs et les caractéristiques respectives des polices d'assurance.

22. cf. Reich, *Los Angeles Times*, 9 novembre 1998, *supra* N. 19 ; Opatrny, « State's Timeboom for Drivers », *San Francisco Examiner*, 9 septembre 1990, partie B, P. 1, col. 6.

#### IV - L'OPPOSITION JURIDIQUE A LA PROPOSITION 103 ET SA REVISION PAR LA COUR SUPREME DE CALIFORNIE.

Il était évident qu'avec l'adoption de la Proposition 103 la bataille ne faisait que commencer. L'actuel *Insurance Commissioner*, Roxani Gillespie, ancien cadre d'une compagnie d'assurance, qui devait mettre en application la nouvelle loi, s'était auparavant étonnée qu'une personne raisonnable puisse croire que la Proposition 103 serait applicable<sup>23</sup>. Les compagnies d'assurance avaient averti qu'elles essaieraient d'obtenir en justice l'annulation de la Proposition. A peine la proposition adoptée, elles se portaient en justice.

Deux jours après les élections, la Cour suprême de Californie suspendit l'application de la Proposition 103. Un mois plus tard, cette suspension était levée pour la plupart de ses dispositions. Elle fut toutefois maintenue pour ce qui concerne la réduction de 20% du montant des primes. Le 4 mai 1989, la Cour jugea la disposition inconstitutionnelle mais, sans la rejeter, en proposa une formulation conforme à la Constitution<sup>24</sup>.

La Proposition 103 exemptait de cette mesure les assureurs qui prouveraient qu'elle les menaçait sérieusement d'insolvabilité. La Cour jugea la disposition trop restrictive, les compagnies ayant un droit constitutionnel à un juste taux de rentabilité de leur capital. Aussi la Cour décida-t-elle qu'elles auraient, pendant la période prévue pour le gel des prix, la possibilité d'augmenter leurs tarifs à partir du niveau fixé en novembre 1988, si cela était nécessaire pour leur assurer un juste taux de rentabilité de leur capital. Au cas où ces augmentations seraient jugées excessives, elles rembourseraient les assurés, intérêts compris. Pendant la période d'examen de l'augmentation, l'assureur conserverait ces sommes et en percevrait les intérêts.

Ce compromis fut immédiatement critiqué par Stephen Barnett, Professeur de la Faculté de Droit de Berkeley. Il fit remarquer que cette réécriture de la Proposition n'aurait probablement pas obtenu la majorité des votes lors des élections, vu la faible majorité avec laquelle elle avait été adoptée<sup>25</sup>.

Barnett avait certainement raison d'affirmer qu'une fraction significative des électeurs avait été séduite par la perspective d'une réduction immédiate des prix. La Cour ne devait pas tenir compte de cet argument. Le coup tenté par les assureurs avait échoué mais de nouveaux arguments leur étaient fournis.

23. Reich, - *Nader Measure on Insurance Stirs Anxiety and Plaudits* - **Los Angeles Times**, 30 septembre 1988, 1ère partie, p. 3, col 4.

24. *Calfarm Ins. Co. V. Deukmejian*, 48 cal. 3d 805, 771 p. 2d 1247, 258 Cal Rptr. 161 (1989). La Cour invalida une autre disposition de la Proposition 103 qui instaurait une association de défense des consommateurs.

25. Barnett, - *Is This the Will of the People ? On Prop. 103, Justices Were Good at Politics, Bad at Law* - **Los Angeles Times**, 16 mai 1989, 2ème partie, p. 3, col. 2.

## V - LES CONFLITS SUSCITES PAR LA MISE EN APPLICATION DE LA PROPOSITION 103<sup>26</sup>

### 1. Réduction du montant des primes et réglementation des augmentations futures.

A la suite de la décision de la Cour Suprême, l'*Insurance Commissioner* mit sur pied une procédure permettant aux assureurs de choisir entre différentes solutions. Ils pouvaient soit accepter de réduire leurs primes et geler les futures augmentations, soit faire une demande d'exemption auprès de l'administration en arguant qu'elle était nécessaire à la réalisation d'un « juste taux de rentabilité de leur capital ».

En juin 1989, le *Commissioner Gillespie* annonça que plus de 400 sociétés d'assurance, où figuraient les 15 plus gros assureurs automobile, avaient demandé l'exemption. Quelques sociétés, surtout dans le domaine commercial, annonçèrent une réduction de leurs primes, ce qui ne devait guère affecter le marché de l'assurance automobile<sup>27</sup>. Quant aux réductions consenties dans le domaine commercial, elles n'avaient, selon certains, que peu de signification dans la mesure où, dans ce secteur, les prix avaient connus une constante diminution depuis deux ans (modeste renversement de tendance après les énormes augmentations du milieu des années quatre-vingt)<sup>28</sup>.

A ce stade la mise en application de la Proposition 103 impliquait que le *Commissioner* définisse ce qui constituait « un juste taux de rentabilité du capital », et, qu'elle applique ce critère à chaque assureur concerné. Dans un premier temps, elle annonça que le taux de rentabilité serait fixé à 11,2 % pour expliquer ensuite que cette solution n'était pas définitive. Elle nomma William J. Fernandez juge administratif chargé d'entendre les parties et de déterminer s'il convenait de conserver ou de changer le taux initialement fixé à 11,2 %. L'autre enjeu de ces auditions était de déterminer quelles étaient les recettes et les dépenses qui devaient être prises en compte dans le calcul du taux de rentabilité du capital.

Lors des auditions présidées par Fernandez, l'administration proposa des taux situés entre 11,2 % et 15 % selon les circonstances. Les compagnies d'assurances plaidaient pour des taux allant de 16 % à 21 %. Les associations de consommateurs, qui n'étaient guère satisfaites par ces auditions, se plaignirent notamment de la partialité du juge dont la femme travaillait dans un cabinet d'avocats spécialisés dans la défense des compagnies d'assurances. Le *General Attorney* et d'autres personnes demandèrent le renvoi de Fernandez, ce que l'*Insurance Commissioner* refusa. Finalement en mai 1990 (un an après la décision de la Cour suprême et après plusieurs mois d'auditions), Fernandez rendit ses conclusions. Exprimant de sérieux doutes sur la justesse d'une procédure de réglementation des prix des assurances calquée sur celle en vigueur pour les services publics, il

26. Pour une bonne description de l'effervescence suscitée dans la première année suivant le vote de la Proposition 103, cf. Reich, « Prop. 103 : An Upheaval on Hold », *Los Angeles Times*, 8 novembre 1989, Partie A, p. 3, col. 2.

27. Reich, « Less Than 1 % of Drivers Get Premiums Cut », *Los Angeles Times*, 30 juillet 1989, 1ère partie, p. 3, col. 6.

28. *ibid.*

proposa cependant de retenir un taux de 13,2 % applicable à toutes les branches d'assurances pour la période 1988-89. Pour le futur, il suggéra de donner aux assureurs la garantie qu'ils bénéficieraient de taux de rentabilité situés entre 11,2 % et 19 % en fonction des circonstances et selon les différentes branches. Il recommanda aussi d'exclure les sommes versées pour les soutiens politiques ou à des groupes de pression et les contributions charitables des dépenses retenues pour le calcul du taux de rentabilité du capital<sup>29</sup>.

Mais le *Commissioner* revint au taux initial de 11,2 % pour l'année dans laquelle la réduction des primes serait appliquée. Pour les années suivantes, elle suivit les recommandations de Fernandez.

Bien que Fernandez ait, par exemple, préconisé d'inclure dans les dépenses les salaires des dirigeants des compagnies quel que soit leur montant, Gillespie décida que certaines dépenses ne seraient pas prises en compte au delà d'un certain seuil. Elle annonça aussi que plusieurs branches d'assurances non automobile recevraient un traitement différent et ne seraient pas soumises à la procédure générale de détermination du taux de rentabilité qu'elle venait d'adopter<sup>30</sup>.

Dans une seconde étape, le *Commissioner* convoqua cinq sociétés afin de déterminer des taux de rentabilité individualisés compatibles avec la fourchette officiellement retenue. Plusieurs assureurs saisirent la justice pour faire interdire ces auditions. Mais, après un premier jugement défavorable, le juge décida que les assureurs ne pourraient pas attaquer la décision du *Commissioner* tant que la décision de procéder à une réduction ne leur aurait pas été signifiée<sup>31</sup>. La scène était prête pour les auditions concernant les réductions elles-mêmes. La première audition s'est achevée au moment où cet article était terminé et les parties attendent maintenant la décision du juge administratif et du *Commissioner*. En fait, on peut penser que les compagnies qui se seraient vu enjoindre de procéder aux réductions requises au motif que leurs taux de retour pour l'année 1988-89 étaient supérieurs à 11,2 %, auraient attaqué la décision en justice (plusieurs assureurs, par exemple, affirment que le système de détermination du taux adopté par le *Commissioner* pénalise injustement les sociétés les plus efficientes). C'est pourquoi la perspective d'un remboursement rapide du prix des assurances pour l'année 1988-89 s'éloigna et nombreux furent ceux qui pensèrent que cela n'aurait jamais lieu.

En octobre 1989, le *Commissioner*, sachant que Fernandez ne formulerait pas immédiatement ses recommandations, avait ordonné un gel de toutes les primes d'assurance automobile<sup>32</sup>. Ce gel, prolongé en août 1989, est toujours en vigueur. Après le dépôt des recommandations formulées par Fernandez, le *Commissioner* annonça sa décision sur la réglementation des tarifs futurs et initia la procédure.

29. Reich, « *Standard of Insurance rollbacks Suggested* », *Los Angeles Times*, 8 mai 1990, Partie A, p. 3, col. 5.

30. Reich, « *Gillespie Rebate Actions Draws Sharp Criticisms* », *Los Angeles Times*, 14 juin 1990, Partie A, p. 1, col. 2. Cette décision fut critiquée par toutes les parties.

31. Reich, « *Hearings Ok'd on Insurance Rate Rollbacks* », *Los Angeles Times*, 1er Août 1990, Partie A, p. 3, col. 5.

32. Pour plus de détails, voir Reich, « *Only Lawyers Winning so far on Prop. 103* », *Los Angeles Times*, 15 décembre 1989, Partie A, p. 3, col. 2.

La première des auditions se tient au moment où ces lignes sont écrites. Il semble que la procédure et les critères retenus ne sont pas trop contraignants pour les assureurs. Cependant, il n'est pas évident que les tarifs qui seront déterminés soient inférieurs à ceux fixés en l'absence de la Proposition 103. De nouveaux tarifs seront probablement approuvés par Gillespie avant qu'elle ne quitte ses fonctions à la fin de l'année 1990 mais il est possible que les associations de consommateurs et les défenseurs de la Proposition 103 qui ont boycotté les audiences préalables à cette approbation demandent à la justice de bloquer toute augmentation de tarifs.

## **2. Le retrait des assureurs du marché californien.**

Quelques assureurs ont annoncé qu'ils cesseraient de travailler en Californie ou, du moins, qu'ils refuseraient temporairement d'assurer de nouveaux clients. La décision prise par *Travelers Corporation* de ne pas renouveler ses polices d'assurance automobile ou habitation provoqua un second jugement de la Cour suprême. Le *Commissioner* prétendait que *Travelers Corporation* ne pourrait résilier les contrats de ses assurés avant de leur avoir trouvé des assureurs de substitution. Mais fin janvier 1990, par un vote de 4 pour et 3 contre, la Cour en décida autrement : la Proposition 103 n'interdisait pas à un assureur de cesser de travailler en Californie<sup>33</sup>. Au contraire, la Cour remarqua que, disposant que dans ce cas le *Commissioner* pourrait créer une commission syndicale pour résoudre le problème, la proposition 103 avait prévu cette possibilité.

Le retrait formel du marché californien ne constitue pas la seule option pour les assureurs. Pendant la discussion de la position de *Travelers Corporation*, des agents d'assurance indépendants et des courtiers accusèrent certains assureurs de quitter le marché d'une façon détournée, en supprimant les commissions versées aux agents ainsi découragés de conclure de nouveaux contrats<sup>34</sup>. En définitive, il n'est pas sûr que les assureurs automobile les plus importants veuillent vraiment abandonner le très grand marché californien, qu'ils aient ou non le droit de le faire.

## **3. Critère géographique et « Redlining », non renouvellement individuel et volonté de ne pas vendre, et le système des risques partagés.**

En juin 1989, le *Commissioner* organisa une audience pour débattre des critères de tarification que la Proposition 103 avait définis dans le but de supprimer l'usage du critère géographique. Les assureurs demandèrent au *Commissioner* qu'il soit conservé. Malgré le texte explicite de la Proposition 103, Gillespie fut très préoccupée à l'idée d'introduire des changements qui aboutiraient à accroître fortement les primes d'assurance des conducteurs vivant ailleurs que dans les comtés de Los Angeles et d'Orange, conséquence que l'administration considérait comme inévitable. Aussi proposa-t-elle qu'à titre d'essai on divise la Californie

33. *Travelers Indem. Co. v. Gillespie*, 50 Cal. 3d 82, 785 P. 2d 500, 266 Cal. Rptr. 177 (1990).

34. Reich, « Agents Angered by Insurers' Cut in Commissions » *Los Angeles Times*, 10 novembre 1989, Partie A, p. 3, col. 5.

en six régions où la Proposition 103 serait appliquée de façon différente. Mais, presque deux ans après l'adoption de la Proposition 103, aucune décision n'a encore été prise.

Le *Commissioner* a été critiqué par les représentants des populations pauvres du centre des villes. Ils soutiennent que le critère du lieu d'habitation constitue une discrimination injuste. L'idée d'une subvention publique en faveur de ces populations a été avancée. Mais l'état du budget californien amène à douter de la viabilité d'une telle solution. Gillespie a proposé de subventionner les conducteurs ayant de faibles revenus par l'intermédiaire du programme d'assurance des risques partagés. Mais cette solution ne permettant pas de réduire suffisamment les primes d'assurance pour la plupart des conducteurs concernés, nombre d'entre eux resteraient sans assurance. De plus, la question de savoir si les autres conducteurs doivent supporter cette solution est extrêmement controversée. Certes la charge supportée par les conducteurs vivant en dehors des grandes zones urbaines, serait atténuée puisqu'elle serait pour partie reportée sur les « mauvais conducteurs » - ceux qui sont coupables d'au moins deux violations du code de la route ou responsables de deux accidents de la circulation. Mais « les mauvais conducteurs » formant un groupe réduit - l'administration estime que 80 % des conducteurs californiens peuvent être qualifiés de « bons conducteurs » - selon les définitions données dans la Proposition 103 -, il faudrait leur imposer de très fortes augmentations pour que cette mesure produise un effet quelconque sur les primes payées par les autres.

En décembre 1989, le *Commissioner* promulgua « une réglementation d'urgence » utilisant de nouveaux critères pour la fixation des primes d'assurance automobile. Ils donnaient la priorité (comme le demandait la Proposition 103) au dossier sécurité du conducteur, au nombre de kilomètres parcourus et aux années d'expérience. Les critères fondés sur la différence des sexes, le statut matrimonial, le lieu d'habitation étaient abandonnés. Cependant l'usage d'autres critères, densité de la population, densité de la circulation et pourcentages d'actions en indemnisation, permettaient en fait d'obtenir une segmentation proche de celle obtenue avec les anciens critères.

En mai 1990, à Los Angeles, le juge Vogel déclara invalides ces « réglementations d'urgence » et demanda au *Commissioner* de préparer un autre projet. Le *Commissioner* a fait appel de ce jugement et adopté temporairement une réglementation révisée pour satisfaire la demande du juge Vogel. Ces dispositions produiront une modification notable des prix payés par la plupart des automobilistes. Mais cette modification sera nettement moindre que celle prévue dans le projet initial présenté par le *Commissioner*. En bref, cette nouvelle réglementation permet au critère géographique de jouer un certain rôle qui n'est cependant, pas aussi important qu'auparavant. En septembre 1990, simultanément avec cette première audition, une audition s'est tenue sur les nouveaux systèmes de tarification élaborés par les assureurs collaborant au projet. L'évaluation de leur programme se fera en comparaison avec la réglementation auparavant révisée. A

vrai dire, le *Commissioner* a déjà prévu une séance d'auditions pour débattre de la possibilité de rendre cette réglementation temporaire permanente. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, il est difficile de savoir si le *Commissioner* continuera, en définitive, à faire appel du jugement rendu par le juge Vogel. Ce doute n'est pas encore levé au moment où cet article est imprimé.

D'autres problèmes s'ajoutaient à celui sur l'utilisation du critère géographique. En février 1989, les assureurs avaient demandé une augmentation de 112,3 % des primes des polices contractées dans le cadre du programme d'assurance des risques partagés qui couvrait alors 800 000 automobilistes. En novembre 1989, l'administration du Département des Assurances recommanda au *Commissioner* de rejeter cette demande. Ce qu'elle fit. Les assureurs attaquèrent cette décision en justice. L'affaire n'est toujours pas résolue. Le *Commissioner* autorisa une augmentation temporaire de 85 %. Lors de discussions ultérieures, les assureurs ont demandé une augmentation de plus de 160 %.

Une autre pomme de discorde était fournie par le statut des « bons conducteurs ». Selon la Proposition 103<sup>35</sup>, ils devaient avoir un accès garanti au marché ordinaire des assurances et payer des primes réduites. La réalité était en fait fort différente. On estime, par exemple, que plus de la moitié des automobilistes qui obtiennent une assurance par l'intermédiaire du programme des risques partagés sont de « bons conducteurs ». Cette situation peut s'expliquer de deux façons. Certains choisissent d'avoir recours à ce programme parce que leurs tarifs sont inférieurs à ceux du marché ordinaire (apparemment parce que les tarifs du système des risques partagés sont subventionnés alors que ceux du marché ordinaire sont calculés en fonction des critères traditionnels). D'autres « bons conducteurs » se retrouvent involontairement dans le système des risques partagés et prétendent qu'ils pourraient obtenir des tarifs plus bas mais qu'aucun assureur ne veut leur vendre une police normale.

Un juge de première instance de San Francisco, estimant que le *Commissioner* avait ignoré les plaintes des consommateurs concernant les violations par les assureurs de leur obligation de « servir tous les nouveaux assurés » (du moins ceux qui peuvent être qualifiés « bons conducteurs »), a ordonné au *Commissioner* de poursuivre les fraudeurs. Celui-ci, prétendant que cette question relevait de son pouvoir discrétionnaire, a fait appel de ce jugement. Toutefois, en mars 1990, elle ordonnait aux assureurs d'appliquer en mars 1990 cette disposition de la Proposition 103. On est en droit de se demander si cette injonction a vraiment été suivie d'effets.

En fait, la vraie controverse porte sur les conditions requises pour qu'un automobiliste classé comme « bon conducteur » soit accepté par un assureur. Plusieurs assureurs ont, en effet, refusé d'assurer certains de ces conducteurs par l'intermédiaire de leur compagnie d'assurance régulière et n'ont accepté de le faire que par l'intermédiaire de compagnies établies spécifiquement pour assurer contre les risques « substandard » (c'est-à-dire les risques qui ne satisfont



35. Mims, « 103's Yield - A Bitter Taste », 7 *The Business Journal-Sacramento*, N°6, 7 mai 1990, Sec. 1, p. 17.



pas les conditions pour être couverts par une police d'assurance normale mais dont les qualités ne justifient pas le recours au programme de risques partagés). Les assureurs prétendent qu'il est permis d'avoir recours à cette procédure pour traiter les automobilistes qualifiés de « bon conducteurs » selon la Proposition 103 mais qui ne satisfont pas les critères habituellement retenus par les compagnies d'assurance pour bénéficier d'une assurance auprès d'une compagnie régulière. D'autres estiment, en revanche, qu'un tel procédé n'est nullement autorisé par la Proposition 103. La solution est encore l'objet d'un litige.

Il semble, cependant, que ce problème sera résolu incessamment. Dans le nouveau système de tarification soumis au *Commissioner* par les compagnies d'assurance automobile, en septembre et octobre 1990, les assureurs se proposent d'assurer auprès de leur compagnie régulière tous les automobilistes qui sont qualifiés comme « bons conducteurs » selon la Proposition 103 (mais ils se réservent le droit d'offrir des tarifs encore plus bas aux automobilistes considérés comme des « super bons conducteurs »). A vrai dire une loi, récemment promulguée (A. B. 2737), leur impose cette obligation à partir de janvier 1991.

En avril 1990, le conseil d'administration du programme d'assurance des risques partagés, contrôlé par les assureurs, a décidé que les « bons conducteurs » ne seraient plus éligibles pour ce système dans la mesure où, depuis le vote de la Proposition 103, ils pouvaient obtenir une police et une réduction pour « bon conducteur » auprès de tout assureur ordinaire. A cette date, le nombre d'automobilistes assurés par le système des risques partagés dépassait le million, près de la moitié d'entre eux pouvant être considérés comme de « bons conducteurs ». Cette décision fut immédiatement qualifiée d'illégal par le *Commissioner*.

Le juge Vogel a approuvé une solution qui exige de toute personne qui souhaite obtenir une assurance par l'intermédiaire du programme des risques

partagés qu'elle jure sous serment qu'elle n'a pu obtenir d'assurance par voie normale. Cette condition est requise dans l'espoir d'écarter les « bons conducteurs » du programme d'assurance des risques partagés. Cela pourrait aussi permettre d'identifier les compagnies qui refusent purement et simplement d'assurer les « bons conducteurs » en violation des dispositions de la Proposition 103. Il est difficile d'évaluer l'efficacité de cette procédure mais l'augmentation de 85 % des primes d'assurances contractées auprès du programme de risques partagés déjà approuvée par le *Commissioner* sera certainement très efficace car elle semble éliminer en grande partie tout avantage financier que les bons conducteurs avaient espéré obtenir en contractant une assurance par l'intermédiaire de ce programme.

#### **4. Autres développements ou absence de développement.**

A ce jour, les banques n'ont pas encore pénétré le marché de l'assurance, bien que certaines distribuent des rentes. De même n'a-t-on pas encore vu d'agents d'assurance offrir des réductions de primes prises sur leur commission. Enfin, aucun système d'assurances mixtes n'a été créé. L' *Insurance Commissioner*,

républicain, a décidé de ne pas briguer un nouveau mandat. Les élections primaires qui se sont tenues à l'été 1990 ont désigné un candidat démocrate et un républicain qui s'affronteront en novembre de cette année. Le favori est le candidat démocrate, John Garamendi, sénateur de Californie. Il a déclaré que la Proposition 103 « avait besoin d'être réécrite » tout en promettant de faire du bureau du *Commissioner* « la meilleure agence de protection des consommateurs de la nation »<sup>36</sup>.

## VI - ALTERNATIVES

### 1. Une nouvelle révolte des électeurs ?

Déçu par la lenteur avec laquelle la Proposition 103 était mise en application, le groupe *Voter Revolt* annonça à la mi-décembre 1989 qu'il préparerait un nouveau projet de proposition pour le scrutin de novembre 1990. Les assurances deviendraient un monopole d'Etat si, en septembre 1991, les primes n'avaient pas été réduites de 20 % au-dessous du taux en vigueur en novembre 1987 ou si plus de 15 % des automobilistes californiens n'étaient pas assurés. Ce plan, fondé pour partie sur une expérience faite en Colombie britannique, n'a pas réuni suffisamment de signatures pendant la période requise<sup>37</sup>. Mais en juillet 1990, *Voter Revolt* déclara qu'elle préparerait une nouvelle proposition pour le scrutin de 1992. Etant donné le mécontentement général suscité par l'échec de la Proposition 103, il n'est pas exclu que *Voter revolt* ait perdu une part de sa crédibilité.

### 2. Encore une assurance automobile - sans faute - ?

Beaucoup pensent qu'une diminution du montant des primes d'assurance automobile exige une diminution simultanée des coûts principaux du système d'assurance de responsabilité civile. C'est pourquoi ils considèrent qu'exiger simplement, comme le fait la Proposition 103, une diminution du montant des primes ne suffira pas à résoudre le problème surtout maintenant que la Cour suprême de Californie a décidé que les assureurs avaient droit à un juste taux de rentabilité de leur capital.

On sait depuis longtemps qu'un système de responsabilité sans faute bien conçu permettrait de nettement diminuer les coûts et donc de diminuer les primes d'assurance. C'est pourquoi malgré la défaite retentissante infligée par les électeurs à la Proposition 104, certains ont essayé de soutenir ce système auprès du législateur dans l'espoir que, l'opinion générale s'étant exprimée en faveur de la réduction des primes d'assurance, cela permettrait de surmonter l'opposition des avocats des victimes.

Le démocrate Patrick Johnston, président de la Commission des Finances à l'Assemblée californienne, s'est efforcé, depuis le vote de la Proposition 103, de

36. Reich et Myers, « A Turn in the Quest for Consumer Relief », *Los Angeles Times*, 7 juin 1990, Partie A, p. 3, col 2.

37. Pour une description de ce projet, cf. Reich, « New Insurance Initiative Unveiled », *Los Angeles Times*, 20 décembre 1989, partie A, p. 15, col. 1.

promouvoir cette idée. Ses efforts n'ont pas été, jusqu'à ce jour, couronnés de succès. Johnston avait initialement proposé un système sans faute généreux calqué sur le modèle new-yorkais. Il s'agissait d'une version améliorée de la Proposition 104 sans « petites douceurs » en faveur des compagnies d'assurance. Malgré le soutien d'une des plus importantes associations de consommateurs, ce projet n'eut aucun succès devant les assemblées.

Plus récemment, Johnston et la *Consumer Union* ont concentré leurs efforts sur ce que l'on a appelé un système « *lowcost no frills* » (sans fioritures et à bas prix) qui a reçu le soutien de groupes représentant les automobilistes à faibles revenus<sup>38</sup>. Même si leurs auteurs veulent éviter le label de « sans faute », ce système n'est qu'une version affaiblie d'un système de responsabilité sans faute « *first party benefits* modérés (moins généreux que le système new-yorkais) et suppression des actions en dommages-intérêts dans les cas de blessures légères (limitation moindre des droits des victimes que dans le système new-yorkais). L'un des principaux arguments en faveur de ce système est qu'un plus grand nombre de Californiens décideront de s'assurer s'ils peuvent acheter une police pour un prix annuel d'environ 180 dollars, au lieu des 675 requis pour la couverture minimum offerte dans le cadre du programme de risques partagés (et avec la perspective de primes plus élevées à l'avenir dans la mesure où ce programme d'assurance est destiné à voir ses prix s'accroître drastiquement). De plus, les personnes qui soutiennent le projet de Johnston affirment qu'une police d'assurance « *lowcost no frills* » permettra certainement d'offrir aux personnes ayant de faibles revenus un service supérieur à celui actuellement offert par une police contractée dans le cadre du programme des risques partagés.

Mais les avocats des victimes demeurent fermement opposés à tout système de responsabilité sans faute quelle qu'en soit la forme et leur soutien principal n'est autre que le président démocrate de l'Assemblée, Willie Brown, le législateur californien le plus puissant. Brown a proposé une solution alternative basée sur un système à faibles coûts conservant fondamentalement le système traditionnel. Les assureurs ont déclaré que ce système n'était pas financièrement viable. Le Gouverneur s'est rangé à leur avis et a opposé son veto au projet de loi voté à l'automne 1989. En 1990, les assistants de Brown ont proposé un système modifié<sup>39</sup>. Pour un coût annuel estimé entre 180 et 425 dollars, les bons conducteurs, quels que soient leurs revenus, pourraient obtenir une assurance de responsabilité de 15 000 dollars pour la protection des dommages corporels (30 000 si deux ou plusieurs personnes étaient blessées dans l'accident) plus 5000 dollars pour la réparation des dommages causés aux biens. L'indemnisation ne s'appliquerait qu'aux préjudices économiques et ne couvrirait pas les préjudices moraux. Le système de responsabilité civile resterait en place mais les auteurs de ce projet supposent que les victimes d'accidents occasionnés par les assurés les

38. Weintraub, « Car Insurance Bill's Death Is Laid to Brown », *Los Angeles times*, 18 janvier 1990, Partie A, p. 3, col. 5 ; Snyder, « Logjam Puts More Uninsured on the Road », *Los Angeles Times*, 29 août 1990, Partie B, p. 7, col. 1.

39. Weintraub, « Accord May Be Near on Good Driver Policy », *Los Angeles Times*, 23 mai 1990, Partie A, p. 1, col. 3.

plus pauvres, protégés par cette police, n'essayeraient pas d'obtenir plus que les indemnités prévues. Cette limitation du montant des indemnités conduirait sans doute à ce que les primes se maintiennent dans la fourchette estimée. Cette proposition s'est heurtée, d'une part, aux critiques des avocats des victimes qui pensent qu'un tel système est semblable à un système de responsabilité sans faute, et, d'autre part, à celles des assureurs qui estiment que le principe de la responsabilité sans faute n'y est pas suffisamment développé. Enfin, la *Consumer Union* pense que les assureurs ne seront pas encouragés à payer les indemnités demandées. Compte tenu de cette opposition, le Gouverneur n'était pas disposé à soutenir ce projet et la session législative de 1990 s'est terminée sans qu'une décision ne soit prise.

### 3. Un système facultatif de responsabilité sans faute ?

Un professeur de droit de l'Université de Virginie, John O'Connell, ancien apôtre de la responsabilité sans faute, a récemment proposé une approche différente au problème de l'assurance automobile<sup>40</sup>. Selon lui, ce n'est pas au législateur d'imposer un régime de responsabilité sans faute. Le choix doit en être laissé à l'automobiliste. Aux yeux d'O'Connell cette solution présente plusieurs avantages. Tout d'abord, cela permet d'éviter tout débat politique. Le choix entre les systèmes de responsabilité avec ou sans faute est fait au calme, dans le bureau de l'agent d'assurance. D'autre part, il est plus difficile pour les avocats des victimes de s'y opposer dans la mesure où cette solution donne le choix au consommateur. Enfin, une fois accompli, le choix serait exclusif afin d'éviter les résultats fâcheux observés dans plusieurs Etats américains où un système de responsabilité sans faute de modeste portée fut simplement rajouté au système traditionnel. En d'autres termes, dans l'hypothèse où, dans un accident de la circulation, les deux parties sont assurées selon le régime d'une responsabilité sans faute, elles se tournent vers leurs assureurs respectifs pour obtenir la réparation des préjudices économiques. Si les parties sont assurées sous le régime d'une responsabilité avec faute, elles se portent ou sont citées en justice comme aujourd'hui. La troisième possibilité est que chacune des parties soit assurée sous un régime différent, avec ou sans faute. Dans ce cas, il n'y aurait aucune action en justice. L'assuré sous un régime de responsabilité sans faute se tournerait vers son assureur. L'assuré sous un régime de responsabilité avec faute bénéficierait d'une nouvelle clause ajoutée à son contrat et appelée par O'Connell - la protection raccord - (*connector clause*) qui peut être assimilée à la protection contre un automobiliste non assuré dont bénéficient la plupart des automobilistes assurés. Avec cette protection, le conducteur assuré sous le régime de la responsabilité avec faute ne pourrait obtenir des dommages-intérêts (même pour les préjudices moraux) de la part de son propre assureur que dans le cas où l'autre conducteur serait fautif. Cette solution impose un coût supplémentaire pour l'assuré qui

40. O'Connell, - *No-Fault Auto Insurance : Back By Popular (Market) Demand ?* -, 26 *San Diego Law Review* 993, 1989 ; O'Connell et Joost, - *Giving Motorists a Choice Between Fault and No-Fault Insurance* -, 72 *Virginia Law Review* 61, 1986.

aurait choisi le régime de responsabilité avec faute. Il convient cependant de remarquer qu'il sera aussi en mesure d'économiser de l'argent parce qu'il ne pourra être cité en justice s'il a blessé par négligence une personne qui aurait opté pour un régime de responsabilité sans faute. Si tout fonctionne comme prévu, cette solution pourrait sans doute donner des résultats intéressants. O'Connell a beaucoup réfléchi au développement de certaines techniques pour répondre aux critiques soulignant les risques potentiels d'injustice. Il prévoit, en fait, qu'à l'avenir presque tous les automobilistes choisiront le régime de responsabilité sans faute - non seulement parce que ce sera moins cher mais aussi parce qu'ils seront persuadés, comme il l'est lui-même, qu'un tel système offre une meilleure protection même s'il ne permet pas l'indemnisation des préjudices moraux. Un projet de loi visant à instaurer un régime optionnel de responsabilité sans faute a été présenté au parlement californien mais n'a reçu, jusqu'ici, qu'un soutien très limité. Ce système sera très prochainement soumis au vote des électeurs de l'Arizona. S'il était adopté, il pourrait acquérir une certaine crédibilité en Californie.

#### 4. Une solution nouvelle.

J'ai récemment proposé une solution différente<sup>41</sup>. Elle se place dans l'esprit de la Proposition 103 dans la mesure où elle aurait pour effet de réduire les primes d'assurance automobile et d'établir un système de détermination des prix basé sur le nombre de kilomètres parcourus, l'expérience de conduite et la façon de conduire. Mais, à la différence de la Proposition 103, ce projet réduirait fortement les coûts fondamentaux du système et augmenterait substantiellement la protection d'un grand nombre de conducteurs impliqués dans un accident de la circulation. De plus, il permettrait de résoudre le problème des automobilistes qui ne sont pas assurés. Il n'est, cependant, pas évident qu'un tel projet trouve le soutien du législateur car il supprimerait les procès entre automobilistes et changerait radicalement le rôle des assureurs.

Au lieu de se pourvoir en justice, les victimes d'accidents déposeraient une demande d'indemnisation auprès d'un bureau spécialisé l'*Auto Accident Compensation Corporation* (AACC). L'AACC pourrait offrir des indemnisations généreuses en utilisant des revenus constitués par des ressources nouvelles. La première proviendrait d'une augmentation de la taxe sur les carburants. Ceux qui conduisent le plus, paieraient le plus et les automobilistes utilisant les voitures qui consomment moins d'essence seraient avantagés. Une seconde source de revenus proviendrait des droits d'immatriculation et de permis de conduire qui seraient augmentés en fonction du passé du conducteur et de ses chances d'être impliqué dans un accident de la circulation : les nouveaux conducteurs et ceux qui se sont rendus coupables de plusieurs violations du code de la route devraient payer des droits plus élevés que les autres. Une taxe sur les voitures neuves serait

41. Sugarman, - *Choosing Among Systems of Auto Insurance for Personal Injury* -, 26 *San Diego Law Review* 977, 1989 ; Sugarman, - *How to Slash Car Insurance Costs* -, *Sacramento Bee*, 1 avril 1990, Forum Section, p. 1, col. 1.

créée. Elle serait basée sur les antécédents de chaque modèle de voiture en matière de sécurité. Seraient ainsi récompensés les constructeurs et les acheteurs des voitures les plus fiables. Comme aucun automobiliste ne pourrait se soustraire à ces prélèvements, le problème des conducteurs non assurés disparaîtrait presque entièrement.

Cette solution permettrait aussi d'énormes économies sur le plan administratif. Pour s'en convaincre, il suffit de penser aux diminutions des dépenses publicitaires pour l'assurance automobile et aux commissions des agents et courtiers d'assurance sans oublier le plus important, à savoir les honoraires d'avocats. Certes les automobilistes devront faire face à de nouvelles charges mais ils n'auront plus à s'assurer pour les dommages corporels puisqu'ils ne pourront être poursuivis en justice pour avoir blessé quelqu'un. Les gains dépasseraient largement les charges. De plus, si, comme dans le Michigan, on interdisait les demandes d'indemnisation pour dommages aux biens (la voiture), beaucoup de personnes pourraient se dispenser d'avoir une assurance automobile. L'indemnisation des dommages matériels pourrait être couverte par l'assurance habitation contractée par de nombreux propriétaires et locataires. Les automobilistes assureraient leurs voitures avec la même police qui assure leur maison, leurs meubles et autres possessions. Etant responsables des dommages causés à des biens autres que les automobiles, une clause générale de responsabilité civile, figurant dans l'assurance propriétaire ou locataire et qui les protège actuellement contre les actions en indemnisation intentées en cas de chute ou de glissade sur leur propriété, pourrait facilement couvrir le risque automobile.

Les victimes d'accidents de la circulation seraient dédommagées de toute dépense raisonnablement engagée ainsi que des dépenses médicales qui ne sont pas remboursées, à concurrence de 500 000 dollars par personne. L'AACC couvrirait aussi les pertes de revenu non remboursées jusqu'à concurrence de 4000 dollars par mois (ce qui est supérieur à ce que plus de 90 % des Californiens gagnent mensuellement) aussi longtemps que cela serait nécessaire. Les dépenses raisonnablement subies pour réadaptation fonctionnelle ou sociale et autres dépenses similaires seraient aussi prises en charge. Il serait même possible de verser des sommes modérées (disons jusqu'à concurrence de 50 000 dollars) pour préjudices moraux quand les victimes d'accidents de la circulation ont été sérieusement défigurées, sont affectées d'une infirmité permanente ou, en raison de leur accident, ne peuvent retrouver leurs activités normales pendant une période supérieure à trois mois.

Les demandeurs seraient indemnisés quelle que soit la personne responsable de leurs blessures à l'exclusion des personnes qui se seraient blessées volontairement et des personnes se trouvant sous l'empire de l'alcool ou d'une drogue (si on le jugeait nécessaire). A la différence des systèmes actuellement en vigueur, les victimes ne perdraient pas leurs chances d'être indemnisées parce que l'autre conducteur n'est pas assuré ou qu'on ne peut prouver sa responsabilité.

Le danger serait, certes, que l'AACC, en tant qu'institution publique, ne se politise



et devienne inefficace. Mais ces risques pourraient être limités par une préparation minutieuse. Pour éviter le recrutement de fonctionnaires, l'AACC, passant des accords avec les compagnies d'assurance, pourrait avoir recours aux experts du secteur privé.

## CONCLUSION

La Proposition 103 pourrait fort bien ne laisser aux Californiens qu'à peine un peu plus de bureaucratie dans le département des assurances. Dans cette hypothèse :

- aucune réduction importante des primes ne sera obtenue car les assureurs feront la preuve que les tarifs pour les années 1988-89 ne permettent pas un taux de rentabilité de leur capital supérieur au taux autorisé ;
- les futures augmentations des primes d'assurance ressembleront à celles réalisées en l'absence de la Proposition 103 en raison des taux de rendement de 11,2 %-19 % autorisés ;
- d'une façon ou d'une autre, le critère du lieu d'habitation ou un critère similaire sera conservé comme élément important de la détermination des primes d'assurance automobile ;
- les « bons conducteurs » auront certes la garantie de pouvoir acheter une police aux prix normaux mais ces prix seront suffisamment élevés pour ne pas permettre une réduction notable du nombre des automobilistes californiens non assurés. Il est fort possible d'ailleurs que le nombre d'automobilistes qui ne sont pas assurés augmentent dans la mesure où les primes d'assurance du programme de risques partagés vont connaître une forte augmentation.

En définitive, même si les objectifs de la Proposition 103 ne sont pas atteints, peut-être existe-t-il maintenant une volonté suffisante de contrôler les prix des assurances pour qu'une nouvelle loi (voire une nouvelle proposition) introduise des changements fondamentaux, du genre de ceux précédemment décrits, soit dans la structure fondamentale du régime juridique de la responsabilité civile soit dans l'industrie des assurances de dommages, soit dans les deux à la fois. Il est possible que ces changements n'apparaissent pas d'abord en Californie car l'esprit de la Proposition 103 a maintenant gagné d'autres Etats des Etats Unis ■



# LE REGARD DES AUTRES\*\*

MOTS CLÉS : *Automobile • Communication • Confiance • Contrôle • Équité • États-Unis •*

LE TRAUMATISME CRÉÉ PAR LA PROPOSITION 103 RÉVÈLE QUE LES ASSUREURS N'ONT PAS PRIS ASSEZ GARDE À CE QU'ÉTAIT LEUR IMAGE RÉELLE DANS LE PUBLIC. IL EST URGENT DE SE METTRE À LA PLACE DES ASSURÉS ET DE COMPRENDRE POURQUOI L'ASSURANCE EST POUR EUX UN IMPÔT, INÉQUITABLE, AUX BÉNÉFICES MYSTÉRIEUX, EN UN MOT UNE PROFESSION QUI EST LOIN D'INSPIRER LA CONFIANCE. CONNAÎTRE CETTE IMAGE ET EN COMPRENDRE LES MÉCANISMES DE FORMATION EST LA CONDITION PRINCIPALE POUR REGAGNER LA CONFIANCE DU PUBLIC.

Quand l'assurance est attaquée, sa première défense est de s'expliquer. L'idée sous-jacente est que ce que nous avons à dire est tellement juste que, si le public l'entend, il nous laissera tranquille. Aujourd'hui, l'attaque est mortelle et cette tactique n'est plus suffisante. Nous devons changer d'attitude, nous mettre à la place du public, imaginer ce qu'il pense et comment il voit l'assurance. Un bon point de départ est l'assurance automobile qui, - la fronde des consommateurs de Californie le montre -, constitue une des préoccupations principales du public. La proposition 103 pose deux questions : Qui doit supporter les coûts de l'assurance automobile? Qui doit être tenu pour responsable de ses résultats? La proposition 103 doit peu aux analyses des théoriciens, elle est le fait de gens ordinaires et d'initiatives directes. Comme beaucoup d'amendements politiques, cette proposition est essentiellement négative. Ce que les gens reprochent à l'assurance automobile, c'est d'abord son prix, relativement à leur capacité de payer et aux avantages qu'ils en retirent. Le débat politique est un mécanisme de légitimation de la répartition des coûts et des bénéfices dans la société. L'une des raisons pour laquelle la profession a des ennuis avec l'assurance automobile tient peut-être à ce que les assureurs ne se sont pas intéressés à la traduction dans le champ politique des questions d'assurance. Les idées qui incitent les gens à appuyer des initiatives comme la proposition 103 peuvent être exprimées en peu de phrases :

\* Barbara D. Stewart est Président Directeur Général de Stewart Economics Inc. Richard E. Stewart est Président de Stewart Economics, Inc. Richard S. L. Roddis est Directeur Général de Stewart Economics, Inc.

\*\* - Best's Review -, Juin, 1990



« L'assurance automobile est un impôt. C'est un impôt élevé et inéquitable. Il ne me sert pas à grand chose. Quand les compagnies d'assurance me harcèlent, le gouvernement ne fait rien pour me défendre...Suivez mon regard... »

Il est donc très facile aux consommateurs de passer d'une insatisfaction à l'égard du produit et de son prix vers la méfiance pour la profession et ses contrôleurs. Méfiance rapidement suivie par la nécessité urgente de prendre les choses en main. Si l'attention est ici portée sur l'assurance automobile, le raisonnement est transposable aux autres branches d'assurance.

### **ANALOGIE AVEC L'IMPÔT**

Un impôt est un paiement exigé par le gouvernement d'un pays comme condition à la participation de la vie en société. La plupart des communautés américaines sont si étendues et sont si mal desservies par les transports publics que l'automobile est une condition nécessaire à la vie en société. Le droit et les règles de responsabilité rendent l'assurance automobile obligatoire. Les lois sur l'obligation d'assurance font que le citoyen n'a pas le choix. S'il doit conduire, le gouvernement exige qu'il prenne une assurance privée. Vue comme un impôt, l'assurance automobile s'apparente à un péage, lié au privilège de conduire. Elle s'apparente aussi à l'impôt sur le revenu en ce que les prestations de l'assurance comme celles des impôts ne sont ni immédiates ni claires. Cette proximité entre l'assurance automobile et l'impôt explique que le débat sur l'assurance ait souvent la tonalité du débat fiscal et soulève les mêmes émotions.

## QUESTIONS D'ÉQUITÉ

L'équité est centrale dans la politique publique en matière d'impôts, d'utilisation des ressources, de relations du travail, et de règlements de toute nature. Le mot « équité » paraît être la norme du débat public, alors qu'il n'en est que la conclusion. Quand ce mot apparaît de manière répétitive dans un débat, c'est qu'il est proche de sa conclusion et qu'il ne portait pas seulement sur des comportements privés. Le prix des automobiles n'est jamais analysé en terme d'équité, celui de l'assurance automobile l'est. Dans le contexte de la décision publique, l'équité désigne le maximum d'égalité sous contrainte d'équilibre budgétaire. L'équité a peu de rapport avec les mécanismes de formation des prix d'un marché concurrentiel. Surtout, lorsque ce mécanisme s'appuie comme dans l'assurance sur des segmentations statistiques. Les méthodes de tarification pratiquées par les assureurs compliquent sérieusement les questions d'équité et conduisent à des raffinements qui augmentent la disparité des prix. Les segmentations, bien que statistiquement fondées, entrent en conflit avec d'autres objectifs sociaux ou n'ont pas de significations intuitives pour le public. Parmi ces segmentations, relevons l'âge, le sexe, le lieu de résidence ou la fidélité à une compagnie. L'analyse des coûts et avantages incitera souvent le client à penser que l'assurance automobile est une mauvaise affaire pour trois raisons. Premièrement, parce qu'ils n'ont pas eu de sinistre, beaucoup de gens considèrent que leurs dépenses d'assurance sont une perte sèche. S'ils ont eu un sinistre, ils sous-estimeront leur protection. Un accord de responsabilité partagée avec un tiers est toujours moins satisfaisant que l'achat de quelque chose de tangible. Deuxièmement, les gaspillages et les caprices du système judiciaire expliquent les primes élevées. Mais, seule une élite sait de quels éléments une prime d'assurance se compose. Pour tous les autres, ce n'est que de l'argent englouti dans le trésor des compagnies.

Enfin, si un individu est pauvre, il sait qu'il ne risque que très peu dans des conflits de responsabilité civile. Pour lui, la prime qu'il verse servira à couvrir la responsabilité de quelqu'un de plus riche que lui.

## MYSTÈRE ET CONFIANCE

En fonction des normes classiques - revenus, actifs, capitaux, emplois - l'assurance est une industrie importante. Les grandes entreprises peuvent être célèbres, mais les américains réservent leurs faveurs à des petites entreprises. Ils ont souvent peur des géants, soupçonnés de concentrer les pouvoirs. La taille pose un dilemme aux compagnies d'assurance automobile dans les situations conflictuelles avec le public. Si elles se retirent d'un Etat devenu hostile, on dit qu'elles sont brutales et tyranniques. Si elles y restent, c'est quelles sont suffisamment riches pour affronter n'importe quel défi. Si elles tentent d'expliquer leur situation, c'est qu'elles essaient de manipuler le public. Si elles se taisent, c'est qu'elles conspirent... La tarification de l'assurance reste mystérieuse. Les prix des

biens de consommation sont explicites et le plus souvent exprimés à l'unité. Les prix du crédit à la consommation sont exprimés sous une forme standard. Surtout, ils sont les mêmes pour tous les consommateurs. Les prix de l'assurance automobile, eux, diffèrent en fonction des caractéristiques de l'acheteur. Par ailleurs, les composantes de la tarification et leur influence sur le prix demandé ne sont pas données publiquement. Le consommateur est abandonné à sa propre imagination, à la presse ou aux politiques. La situation est si différente de ce qui se pratique habituellement dans d'autres professions qu'il est légitime que le consommateur pense que les compagnies d'assurance ont le plus grand intérêt à ce qu'il n'y comprenne rien. Les profits des compagnies, particulièrement la partie financière de ces profits, sont une cause de méfiance depuis plus de quatre vingts ans. Les procédures comptables très conservatrices des compagnies, en négligeant la revalorisation des provisions inscrites au bilan, minent la confiance que le public pourrait accorder à l'assurance. Les assureurs se sont comportés autrement que les banquiers qui, depuis très longtemps, ont fait admettre qu'ils se rémunèrent sur les dépôts et dont la comptabilité est plus simple. Ce faisant, l'assurance courrait le risque de subir un traitement plus défavorable. Le public aura toujours tendance à penser qu'une profession qui cache ses profits en fait trop. Les professionnels savent que la branche automobile est en fait très concurrentielle. Mais l'histoire de l'assurance incendie et du cartel, la mise en commun des données sur les sinistres et leur statut particulier au regard de la législation antitrust suggèrent le contraire. Il est ainsi devenu très facile de dénoncer les prix élevés et l'offre restreinte comme résultant d'une conspiration.

#### **DOUTE SUR LES *Commissioners***

Les services de contrôle de l'assurance des différents Etats sont depuis longtemps impliqués dans la tarification. Ils vérifient les prestations et définissent les règles. Depuis 1940, beaucoup d'entre eux ont homologué les primes dans un marché étroitement lié à l'indice des prix. Aujourd'hui, l'évolution des primes est peu sensible à l'indice des prix, mais dépend de nombreux autres facteurs. Dès 1980, pendant la crise de l'assurance, les contrôleurs ont été tenus pour responsables des résultats, alors qu'ils n'y pouvaient sans doute rien. En assurance automobile, les offices de contrôle ont été tenus responsables des résultats, alors qu'ils n'ont aucun moyen d'intervenir sur le prix des soins et les décisions de justice dont ils dépendent. Si les primes sont trop élevées et inéquitables, les contrôleurs sont jugés incompetents. Même si, parfois, les contrôleurs n'ont pas fait tout ce qu'ils auraient pu ou ne l'ont pas fait de manière efficace et responsable, ce n'est pas ce qu'on leur reproche. Ils sont tenus responsables parce qu'ils existent. Peu importe que l'évidence économique plaide d'une manière indiscutable en faveur d'une détermination des prix par le marché. Une fois que le public a été convaincu que l'assurance est spécifique et que le contrôleur est responsable de ce que font les professionnels, il devient politiquement impossible au contrôleur, confronté

à une situation insatisfaisante, de faire admettre que moins il en fait, mieux c'est. La résignation devant quelque chose d'insatisfaisant n'est pas le trait dominant du caractère américain. Les gens ne veulent pas entendre que l'administration fait de son mieux, quand les choses continuent d'empirer. Il est plus facile de rechercher des coupables. Les efforts faits par les contrôleurs et quelques universitaires pour mettre en question le système judiciaire ont largement échoué. Ceux des assureurs pour mettre en cause les avocats n'ont pas seulement échoué, ils ont provoqué les représailles actuelles. La profession de l'assurance est sur la sellette. Comme une partie de l'argumentation consiste à dire que les assureurs ne sont pas dignes de confiance, on attend des organismes publics qu'ils les mettent sous haute surveillance. L'insatisfaction générale témoigne, aux yeux du public, de ce que les organismes publics de contrôle n'ont pas fait leur travail et qu'ils sont aussi coupables.

L'ironie de la proposition 103 est qu'elle est arrivée dans un Etat, la Californie, où la réglementation a tellement encouragé la compétition que les compagnies à faibles prix ont conquis l'essentiel du marché.

Mais l'assurance automobile est si importante et par essence si politique, que l'efficacité des assureurs ou l'étroitesse de leurs marges importent peu, pas plus d'ailleurs que les justifications qu'ils avancent. Dans ce combat, ce qui compte n'est pas ce qui est dit, mais qui le dit. Les avocats, les groupes de consommateurs et les activistes des mouvements de protestation tiennent le haut du pavé. Aucun de ces groupes ne contrôle les autres, bien qu'ils partagent aujourd'hui les mêmes intérêts. Les avocats sont les plus virulents, virulence qui devrait bientôt s'estomper devant leur intérêt économique direct au maintien du système. Malheureusement pour les assureurs, ces trois groupes sont les plus rompus à la polémique. Les compagnies d'assurance ne sont pas bonnes dans le débat politique. D'autant plus, qu'elles ne peuvent compter sur aucune aide. Les contrôleurs sont compromis. Les agents restent à l'écart du problème. Les parlementaires jouent la carte de la démocratie directe. Le Congrès servira de forum aux mécontents, avant de faire quelque chose de symbolique.

Pour tout législateur, répartir l'argent des autres, sans engager ses deniers à quelque chose de très séduisant. Les politiques ont longtemps laissé les assureurs prendre des décisions sociales et faire des concessions qui relevaient de la responsabilité politique, pour ensuite critiquer tout ce qu'ils faisaient. Les politiques perdraient ce luxe si les assureurs s'abstenaient sur les conséquences sociales de leur action et déclaraient ne vouloir que se concurrencer quelles que soient les règles adoptées par les politiques.

Les assureurs ont été très sensibles dans les années 80 à la rentabilité financière de court terme. Ils ont modifié les rythmes d'accumulation des fonds propres afin d'améliorer leur rentabilité et de pouvoir mener des opérations financières agressives. Pouvoir utiliser en une seule fois et pour des intérêts privés, un patrimoine accumulé pendant des années est devenu à la mode. Cette mode est à l'origine de la menace qui plane aujourd'hui sur l'assurance, celle d'une OPA

politique, d'une expropriation graduelle. L'agitation politique ne s'arrêtera pas à l'assurance automobile. La tendance des entreprises à rechercher de nouvelles formes de protection des risques, qui avait commencé comme un exercice financier, prend maintenant l'aspect d'une fronde des consommateurs. Le combat contre l'assurance automobile fait partie d'un combat plus large dont l'enjeu est en fait, le contrôle de la prise de décision dans l'assurance. Dans une démocratie de consommateurs, le mieux qu'une industrie puisse faire est d'être tolérée. Il serait présomptueux pour un métier comme l'assurance d'espérer être aimé. Mais aujourd'hui, le conflit entre la profession et la société pourrait être très coûteux. Les financiers des années 1980 ont oublié que le capital le plus précieux d'un métier de service est social et non pas financier. Les pires menaces sur le capital sont d'origine sociales. C'est en cela que le combat autour de l'assurance automobile est politiquement central et non pas périphérique. Une de ses issues pourrait être le confinement de l'assurance au rôle d'un service public, inefficace, non profitable, passif, servile, maussade et mécanique. Dans tout combat, il importe de connaître l'issue la plus négative. Aucun des points de vue en présence ne peut espérer l'emporter. Mais, l'issue dépendra de la perspicacité des réponses des assureurs. L'urgence, et c'est le plus difficile, est de nous regarder comme les autres nous voient, même si nous ne nous y reconnaissons pas ou que nous n'aimons pas ce qu'ils voient. ■

# SÉRAPHIN LAMPION :

L'image de l'assureur pour  
trois générations d'enfants

MOTS CLÉS : *Bande dessinée • Image • Tintin •*

SÉRAPHIN LAMPION EST LA FIGURE EMBLÉMATIQUE DE L'ASSUREUR DANS LA BANDE DESSINÉE. CETTE IMAGE TOUJOURS PRÉSENTE DANS L'ESPRIT DU PUBLIC APPARTIENT À L'IMAGINAIRE DE L'ASSURANCE. ELLE N'EST PAS GRATIFIANTE, MAIS EN DÉCOMPOSANT SES RESSORTS, ON DÉCOUVRE QUE LE STÉRÉOTYPE EST MOINS NÉGATIF QU'IL N'Y PARAÎT.

La Bande Dessinée, la « B.D. », aurait pu ignorer les assureurs. Elle a traditionnellement fort à faire avec les pilotes de formule 1 ou de chasse aérienne, les journalistes aventuriers, les cow-boys plus ou moins comiques, les gaulois rusés, les policiers efficaces ou ridicules, les hôtes de l'air ou les danseuses étoile. La profession d'assureur, quels que soient ses attraits, prête peu au rêve aventureux qui fut l'objet de la bande dessinée jusqu'à l'apparition des albums pour adultes dans les années 1970.

C'est pourtant au maître incontesté, au grand précurseur de la B. D. européenne, Hergé, le père de Tintin, que l'assurance doit son entrée dans la pictographie. Séraphin Lampion, des assurances « Mondass » apparaît en 1956 dans l'album des aventures de Tintin « L'affaire Tournesol ». Il reviendra ensuite dans « Coke en stock », dans « les bijoux de la Castafiore ». Il fera enfin de courtes apparitions dans les derniers albums « Vol 714 pour Sydney » et « Tintin et l'Alph'art ». Certes, le rigolard Séraphin est un second rôle, sans influence sur le déroulement de l'intrigue. Il permet essentiellement à l'auteur de réaliser des « gags de fin d'histoire », ou de déchaîner les colères homériques (et comiques) du Capitaine Haddock. Il n'empêche que Séraphin Lampion, héros de Hergé, donne ses lettres de noblesse illustrées à l'assurance. D'autant plus que le relais dans cette littérature n'a pas été vraiment pris. Achille Talon, le héros logorrhique de Greg, grand pourfendeur de démarcheurs à domicile et VRP divers, ne



rencontre que deux assureurs. L'un, nommé Amédée Zynvolt, est particulièrement déplaisant. L'autre non dénommé brille par l'agressivité de son comportement commercial : il assure notamment contre « les dégâts mobiliers résultant des conversations politiques » et « la dévaluation des fromages de tête ». Ces très courtes apparitions d'assureurs ne peuvent être mises sur le même plan que Séraphin Lampion, véritable symbole de l'assurance dans la B. D.

Prestigieuse par les auteurs et modeste par le rôle que tiennent les assureurs, telle est la représentation de l'assurance dans la B. D. Mais cette modestie ne doit pas être méprisée : Séraphin Lampion est porteur de l'image de l'assurance, ou du moins l'a été, pour les millions de lecteurs de Hergé. Beaucoup d'enfants ont appris ce qu'était un assureur en lisant « les bijoux de la Castafiore ».

Dès lors, la description de cette image n'est pas indifférente à l'assureur d'aujourd'hui, s'il veut bien considérer que nombre de ses clients ou de ses prospects ont rencontré l'assurance et l'assureur pour la première fois en lisant « les aventures de Tintin ».

#### ■ SÉRAPHIN LAMPION : VULGAIRE MAIS « PRO »

Si le portrait de Lampion intéresse les assureurs, il n'est pas certain qu'il ait beaucoup préoccupé le père de Séraphin. Hergé, quel que soit son talent, n'était pas La Bruyère. Pourtant, il semble avoir veillé de près à la psychologie et au caractère de Lampion, afin que celui-ci contribue exactement à sa place, et de façon cohérente d'un album à l'autre, aux « gags » de l'histoire. D'album en album, la personnalité de Lampion est constante. En outre, ce n'est pas un assureur par hasard. Il s'agit pour l'auteur de tirer de sa personne et de son activité professionnelle des effets comiques. C'est bien un assureur, et non un quelconque démarcheur, qu'Hergé met en scène.

Au premier abord, Hergé ne paraît pas avoir flatté le portrait : Lampion est vulgaire, sans gêne et peureux. Vulgaire dans l'allure un peu, il l'est surtout dans le discours. C'est évidemment l'allusion à son « oncle Anatole, un rigolo celui-là » qui est le trait le plus net de cette vulgarité. Il semble que « l'oncle Anatole », référence culturelle constante de Lampion, ait trouvé l'inspiration de ses plaisanteries dans l'Amanach Vermot. « C'est plus fort que midable comme disait mon oncle Anatole » pérorait Lampion devant un Haddock excédé. Séraphin émaille son discours de « c'est rigolo » ou « vous êtes un rigolo », alors même que par exemple dans « l'affaire Tournesol », les héros de l'histoire mènent une poursuite dramatique. Il tutoie Haddock d'emblée, le traite de « vieux pirate » et gratifie la Castafiore (qu'il appelle Castafiole) de l'épithète de « Duchesse ». Au whisky élégant de Haddock, il déclare préférer un « bon demi ». Il ajoute d'ailleurs qu'il préfère cette boisson... à l'Opéra, sous l'oeil effaré de la cantatrice aux bijoux. Il aime aussi les plaisanteries d'un goût douteux. Tombant en plein drame de l'enlèvement du Professeur Tournesol, il surprend Haddock et Tintin d'un tonitruant « Haut les mains ! » alors qu'il apporte la police d'assurance qu'il veut placer. Lampion est

ainsi caractérisé par la vulgarité de ses propos, de sa culture, de ses plaisanteries et par un « bagout » particulièrement dense.

Lampion est sans-gêne, voire franchement indélicat. Son apparition dans « l'affaire Tournesol » est du type « pied dans la porte ». Il entre précipitamment au château de Moulinsart en bousculant le bon et très stylé valet Nestor, pour « se mettre à l'abri de l'orage ». A la fin de l'album, Haddock découvre Lampion installé au château « avec toute sa petite famille ». Il organise un rallye auto dans le parc du même château à la fin de « Coke en stock », saccageant joyeusement les allées. Il traite chacun avec une familiarité qui frise la grossièreté, de Haddock à la Castafiore, ce qui déchaîne évidemment l'ire de ces deux personnages.

Mais ce sans-gêne ne va pas jusqu'à l'abus au contraire de Greg, le père d'Achille Talon, quand il met en scène un assureur dans « les secrets du journal Polite ». Celui-ci creuse un trou devant la porte de Talon, afin de proposer au malheureux Achille une police d'assurance « contre les chutes diverses ». Lampion, lui, est un vendeur à domicile tenace et prêt à tout, mais pas un escroc.

On pourrait même dire que c'est un fin psychologue. Il a d'emblée compris qu'Haddock n'était pas véritablement capable de lui résister. Le premier « coup de gueule » essuyé par un Lampion souriant ou rigolard, Haddock finira bien par céder. Et Lampion, logiquement, exploite la situation...

Séraphin **n'est pas courageux**. Dans l'affaire Tournesol, il s'en va brutalement quand son verre éclate ; il se cache dans les fourrés quand il entend les coups de feu des agents secrets Syldaves ; il fuit devant l'annonce d'une épidémie de scarlatine (non sans avoir rappelé la chanson célèbre). La Castafiore, furieuse, met rapidement à la porte un Lampion surpris puis terrorisé par la colère de la Diva. Est-ce une vraie caractéristique ? Lampion n'est ni Haddock (qui peut être pleutre) ni surtout Tintin. C'est un anti-héros. Il est dans son rôle de faire-valoir de montrer les dangers que court le courageux et invulnérable Tintin. La peur n'est sûrement pas une caractéristique professionnelle de Lampion. Elle prouve qu'il est un simple particulier, à côté et en réponse au courage de Tintin.

Le portrait n'est pas flatteur : hâbleur, vulgaire, sans-gêne, agaçant par ses « c'est rigolo ! », Séraphin Lampion, assureur, n'attire guère la sympathie. Mais, en regardant plus attentivement l'oeuvre d'Hergé, des qualités apparaissent qui rendent finalement ce démarcheur opiniâtre plus séduisant.

La vulgarité de Lampion est une forme de **jovialité**. Sauf lorsqu'il se sent menacé par les agents secrets, notre assureur brille par son indéracinable bonne humeur. Il fait face à Haddock et à la Castafiore en souriant. C'est un optimiste.

C'est aussi **un bon professionnel et un homme consciencieux**. Quand, excédé, Haddock lui déclare que la seule assurance qui lui manque « est une assurance contre les casse-pieds », on voit Lampion revenir avec une proposition, d'ailleurs introuvable dans sa liasse de papiers. On n'ose penser aux conditions générales d'une telle police ni à sa tarification...

Il suffit à la Castafiore d'avouer que ses bijoux ne sont pas assurés pour voir Lampion réapparaître avec un contrat. L'assureur est peut-être un « rigolo », ce

n'est pas un « amateur » ni un homme incompetent. L'image de l'assureur que véhicule la B. D. est donc elle d'un homme consciencieux, bon vendeur, et qui a réponse à tout. Ce n'est pas un héros appartenant au monde des Tintin, mais un homme efficace et actif. A y regarder de près, l'homme n'est pas antipathique, et, avec son bon sens quotidien, fait agréablement contrepoint aux aventuriers Tintin et Haddock. On comprend d'ailleurs aisément que ce « Monsieur Tout le Monde » les trouve « rigolos » et prenne difficilement au sérieux leurs aventures rocambolesques. Au-delà de l'image donnée aux enfants, le modeste héros de Hergé, a-t-il une valeur générale, démonstrative en quelque sorte ? La B. D. est une caricature, elle doit montrer des traits culturels incontestables et reconnaissables. Lampion est-il porteur d'une « vérité culturelle » de l'assurance qu'aurait saisi le caricaturiste Hergé ?

#### ■ L'ASSUREUR DANS LA B. D. : UNE IMAGE CULTURELLE

Devant ce portrait de l'assureur, la question de sa valeur représentative est posée. Si la bande dessinée n'offre qu'une distraction sans conséquence aux enfants, ou aux enfants attardés, si elle n'est qu'un ensemble de « petits Mickeys », il importe peu que l'assureur y paraisse peu sympathique ou critiquable. Séraphin Lampion n'existerait plus, dès lors, au-delà d'un lectorat de 8 à 13 ans, et l'image de l'assurance serait projetée seulement par l'*Expansion*, par le *Financial times* ou par 0 Millions de consommateurs.

La B. D. n'est en effet qu'un mode mineur de communication de l'image. L'opinion de beaucoup se forme à travers d'autres médias, informatifs ou supports publicitaires divers. Peut-on néanmoins négliger un système de communication qui s'adresse à nous à l'âge de la réceptivité maximale, où les idées, les *a priori*, les références culturelles se forment ? Peut-on méconnaître que ce médium agit par l'image, la lecture, et bien souvent, la relecture, et qu'il demeure très utilisé par une population d'enfants que la télévision a polarisés vers l'image. Peut-on enfin négliger qu'Hergé (ou Tintin) est un grand auteur classique, et qu'il reste le plus lu des auteurs de B. D. ?

**La B. D. renvoie au « sens commun » culturel.** C'est une vision collective convenue de chaque situation personnelle ou professionnelle. Le boucher (de la boucherie Sanzot) a un tablier et un couteau, Haddock un pull-over de marin, une barbe et une pipe, les policiers des chapeaux ronds etc... C'est qu'il faut que le lecteur reconnaisse sans hésitation un stéréotype qu'on lui propose. Le personnage de Lampion est le véhicule **du stéréotype culturel de l'assurance.**

L'assurance est **portée à domicile.** C'est peut-être le plus important. Achille Talon va voir son banquier. Lampion est « en tournée » et s'arrête au château de Moulinsart pour s'abriter de l'orage. Lampion revient faire signer sa police. L'assureur n'a pas de bureau, même s'il a, dit Lampion, des « papelards ». Notons que le côté « pied dans la porte » devient assez vite jovial ou convivial, mais qu'il

est rejeté vigoureusement par Haddock : « il me manque une assurance contre les casse-pieds ! ».

L'assurance se caractérise par son acte de **vente**, puisque c'est celui-là qui est caricaturé. Lampion est un vendeur. L'assureur d'Achille Talon n'est pas différent des vendeurs à domicile de livres, de brosses, de savon ou d'ouvre-boîte que pourfend l'incontinent bavard de Greg. Le « culot » est leur dénominateur commun. L'assurance n'est donc ni une puissance financière, ni une bureaucratie paperassière liée à l'indemnisation des sinistres. Voilà une réelle différence par rapport à certaines images négatives traditionnelles de la profession, voire par rapport à l'opinion des organisations de consommateurs.

L'assurance est **positive** : elle résout des problèmes. Sans doute n'est-ce pas encore « l'énergie de tous les projets » mais Lampion ne rechigne pas à chercher des solutions. Il fera une proposition à la Castafiore pour l'assurance de ses bijoux, malgré le peu de sérieux de la Diva. Il proposera, sans doute, une assurance « aux petits oignons » (sic) à Haddock, « contre les casse-pieds ».

Ce stéréotype culturel de l'assurance est évidemment **caricatural**. Le lecteur de la B. D. doit retrouver rapidement ses repères. Lampion est caricatural, mais il ne l'est pas plus, et en tout cas **pas plus négativement** que d'autres représentants de professions mis en scène par Hergé, Greg, Franquin ou d'autres... Tournesol, le savant, est sourd et distrait. Haddock, le marin, est un ivrogne au grand cœur. Chez Greg, Vincent Poursan, le commerçant multiple, est le roi de la « valse des étiquettes », des réductions fantomatiques et de la publicité mensongère. Chez Franquin, De Mesmaeker est un « homme d'affaires », victime furibonde et ridicule de Gaston, garçon de bureau chez Spirou, où il vient signer, éternellement sans succès, de mystérieux et introuvables contrats.

C'est que la caricature dans la B. D., **n'est jamais favorable aux activités économiques**. Ne peut-on penser que Lampion, tout ridicule qu'il soit, ne s'en tire pas si mal, et, avec lui, l'assurance ? Au moins n'est-il pas mêlé à des querelles idéologiques qui, ici ou là, apparaissent dans la B. D. pour enfants : écologie chez Franquin, poujadisme anti-Etat de Greg, voire discours anti-capitaliste et gentiment anarchiste chez Uderzo et Goscinny avec le redoutable Astérix, contempteur de la *pax romana*, version transposée de la loi et de l'ordre.

Enfin, la caricature de la B. D., pour Lampion comme pour beaucoup d'autres héros ou anti-héros, est **vieille**. Tout se passe comme si Hergé représentait une société occidentale, franco-belge, du milieu du siècle, voire des années trente. Les personnages vivent dans une société traditionnelle, même si la technologie a fait son apparition. Lampion est un homme d'avant-guerre, comme d'ailleurs les vendeurs à domicile de Greg, qui tirent les sonnettes et colportent des brosses en 1980 comme en 1930 et que l'on ne voit plus guère dans nos banlieues de 1990. C'est donc que l'image du vendeur d'assurance est **demeurée traditionnelle** dans le stéréotype collectif que renvoie la bande dessinée.

Au terme de cette analyse de Séraphin Lampion, assureur en bandes dessinées,

caricature parfois ridicule du métier de vendeur d'assurances, quelle leçon pour l'assureur d'aujourd'hui ?

Si elle n'est pas ménagée par Hergé, l'assurance ne sort pas trop maltraitée de la performance de son représentant imaginaire. Mais l'inconscient collectif voit l'assureur comme un homme d'autrefois, souvent inadapté à ses interlocuteurs. Ce n'est pas le métier de Lampion qui est ridicule, c'est l'incapacité de Lampion à s'adresser à la Castafiore, et surtout à Haddock, marin qui pose au *gentleman farmer*, autrement qu'à une clientèle plus modeste. Ce sont les plaisanteries éculées de Lampion et non ses produits qui prêtent à rire.

L'assureur d'aujourd'hui aurait tort de traiter Lampion par prétérition. Beaucoup de ses clients ont, pour la première fois, lu le mot « assurances » dans les péroraisons de l'agent des « assurances Mondass ». Beaucoup n'ont pas perçu les évolutions intervenues depuis les années 30, d'où sortent le démarcheur et son oncle Anatole.

La B. D. est un mode de communication culturelle puissant et de plus en plus efficace, parce qu'elle s'adresse aux enfants qui lisent de moins en moins d'autres ouvrages et qu'elle sert de véhicule à des stéréotypes sociaux qui s'imposent à la plupart. Lampion n'a pas trop desservi la Profession, mais nul n'a pris sa suite. Sait-on qu'une banque a confié à Greg et à son volubile Achille Talon le soin d'illustrer et de démontrer l'utilité de la monnaie et l'efficacité de l'économie financière quotidienne dans un album de 1986 intitulé « l'Archipel de Sanzuron » (!) ? Séraphin Lampion aura-t-il demain un successeur, héros positif ? ■

## BIBLIOGRAPHIE

- HERGE : *Les Aventures de Tintin*
- *L'affaire Tournesol*, Casterman 1956 ● *Coke en stock*, Casterman 1958 ● *Les Bijoux de la Castafiore*, Casterman 1963
- *Vol 714 pour Sydney*, Casterman 1968 ● *Tintin et les Picaros*, Casterman 1976 ● *Tintin et l'Alph'art*, Casterman 1986.
- GREG : *Achille Talon*
- *La vie secrète du Journal Polite*, Dargaud 1983 ● *Il n'y a qu'un seul Achille Talon*, Dargaud 1980.

# Assurance, IMAGE ET FISCALITE

**OU DES REPERCUSSIONS INSOLITES D'UNE  
REFORME FISCALE SUR L'IMAGE DES ASSURANCES.**

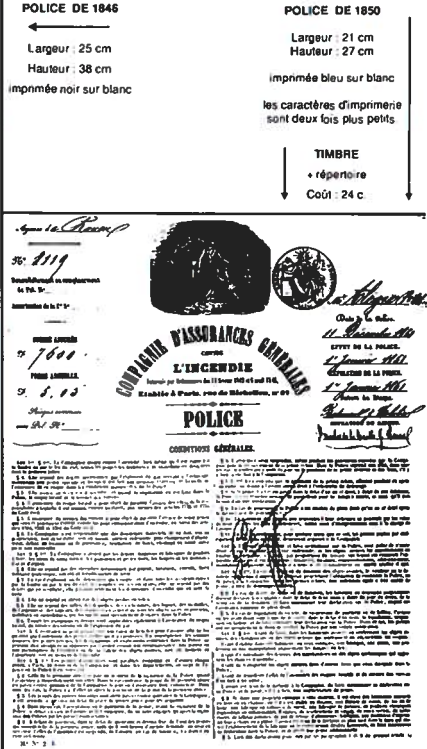
**MOTS CLÉS :** *Fiscalité • Histoire • Police • Timbre •*

**L**ES CONSOMMATEURS ET L'ÉTAT ONT SOUVENT ACCUSÉ LES ASSUREURS DE RENDRE ILLISIBLES LES CLAUSES DES POLICES QUI LEUR ÉTAIENT FAVORABLES. CE TEXTE MONTRE QUE LA TAILLE DES POLICES A ÉVOLUÉ EN FONCTION DE CONSIDÉRATIONS FISCALES AVEC LES SUCCÈS DE L'ASSURANCE, LE RÉGIME DE L'IMPOSITION ET LA VOLONTÉ DE L'ÉTAT D'EN FAIRE UN COLLECTEUR D'IMPOTS.

**A**ujourd'hui on entend encore le grand public accuser les compagnies d'assurances d'imprimer les conditions générales de leurs contrats en utilisant des caractères d'imprimerie trop petits. En clair, cela signifie dans le grand débat polémique qui oppose depuis si longtemps assureurs et consommateurs, que les compagnies d'assurances utilisent l'artifice de la typographie illisible pour tromper le public. Nous avons cherché à comprendre cette accusation en partant à la recherche de ses origines, car rien dans les contrats d'aujourd'hui, en général bien présentés et imprimés dans un corps de caractères courant, ne nous fournissait une explication contemporaine. Par contre, en remontant le temps, nous avons découvert qu'en plein milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, en 1850, il y a donc cent quarante ans, le gouvernement de l'époque ayant un besoin urgent de ressources financières, avait frappé les assurances d'un timbre de dimension. Mais avant d'en déduire que cette décision était à l'origine de cette grave accusation, nous devons éclairer le développement et l'image de l'assurance et de ses branches durant la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle.

\* Responsable de formation, Direction des Relations Sociales, AGF.





C'est pourquoi, après avoir étudié successivement le professionnalisme des assurances maritimes, le dynamisme des assurances contre l'incendie et l'avenir prometteur des autres branches de 1820 à 1850, nous aborderons les différentes mesures fiscales, laissées sans exécution, et la loi de 1850 relative au timbre. Puis, nous nous poserons la question de ses répercussions insolites sur les dimensions des contrats et de leur typographie dans les branches à développement rapide comme l'assurance contre l'incendie. Car des branches plus anciennes et servant des clients plus professionnels ne connaîtront pas les mêmes états d'âme.

## ■ I - LE PROFESSIONNALISME DES ASSURANCES MARITIMES

Les assurances maritimes s'inscrivent dans une tradition déjà fort ancienne qui dépasse les frontières. A la fin de l'Ancien Régime, leur prospérité est éclatante, à la mesure de l'essor des grands ports de la façade atlantique ou de la Manche. Elles disposent d'un cadre juridique efficace qui règle au mieux les conflits entre assureurs et assurés. Malgré la conjoncture défavorable pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire, elles survivent tant bien que mal. La paix revenue en 1815, de nombreuses compagnies sont créées, en province et à Paris, sans pour autant remplacer le système des assureurs particuliers. Mais les résultats ne



répondent pas toujours aux espoirs : le protectionnisme ambiant, la concurrence internationale, les fluctuations fortes du commerce maritime français freinent leur développement pendant la Restauration. Ce marasme se résorbe après la Révolution de Juillet et de nouvelles compagnies sont fondées. De 1835 à 1850, le montant des capitaux assurés passe de 1 à 1,250 milliard de francs, mais cette augmentation est due pour l'essentiel à la croissance de la place de Paris. Le marché, dopé en 1847 par l'importation massive de grains à cause de la crise de subsistance subie par la France, est dominé par la Cie d'Assurances Générales (1818) : 15 % du marché, l'Union des Ports, le Lloyd Français. On compte alors une quarantaine de compagnies : moitié en province, moitié à Paris, dont une mutuelle et quelques centaines d'assureurs particuliers. Dans certains ports, les contrats se souscrivent toujours devant notaire, mais le rôle des courtiers reste prédominant. Le contrat est rédigé sur un papier de dimension différente selon chacun des ports d'origine qui définissent leurs propres conditions générales. Au début de la Restauration, les grandes sociétés parisiennes utilisent d'abord des feuilles de 48 cm x 35 cm pliées en deux, puis des feuilles simples 24 cm x 35 cm. En tête de la première page se trouvent les caractéristiques de l'assurance suivies d'une quinzaine de clauses imprimées dont la clarté typographique est manifeste. Les compagnies font alors appel aux grands imprimeurs parisiens pour l'impression de leurs polices. Souvent, une figurine identifie la compagnie ou le port, comme la Minerve pour les Assurances Générales ou la Vierge Marie à Marseille. Enfin, dernières caractéristiques propres à l'assurance maritime : la brièveté du contrat d'abord : entre quelques semaines et quelques mois, exceptionnellement plus d'un an ; la négociation ensuite se déroule entre professionnels bien connus sur leur propre place commerciale. L'image de l'assurance maritime est donc fonction de l'image des négociants, armateurs, capitaines et assureurs qui participent à son élaboration. Son utilité n'est jamais remise en question, même en cas de fraude grave. Les seuls problèmes d'image connus à la fin de la Monarchie de Juillet sont dus à la spéculation qui donne naissance à de petites sociétés dont la solidité est précaire. En définitive, l'assurance maritime française tire bien son épingle du jeu malgré un marché porteur souvent atone et une concurrence étrangère forte. Elle cherche d'ailleurs à se diversifier sur le territoire national en développant l'assurance fluviale (canaux compris), et l'assurance du transport terrestre en liaison avec le développement des chemins de fer. En 1850, son image est claire auprès des professionnels qui font appel à ses services. Par contre, elle reste un domaine mystérieux avec un langage ésotérique pour le grand public. D'ailleurs, pour celui-ci, les assurances sont avant tout les assurances terrestres et notamment l'assurance contre les incendies.

## ■ II - LE DYNAMISME DES ASSURANCES CONTRE L'INCENDIE

En 1850, les assurances contre l'incendie ont une trentaine d'années d'expérience et pas de cadre juridique spécifique. Elles adaptent plus ou moins heureusement le code du Commerce en cas de difficultés avec les assurés. Certes, quelques essais avaient été tentés à la fin de l'Ancien Régime ou au début du Consulat. Mais les événements politiques, économiques et financiers eurent très vite raison de ces tentatives. Négociants, manufacturiers et grands propriétaires attendent le retour de la paix pour créer des sociétés d'assurances comme en Angleterre : d'où cette floraison de sociétés au début de la Restauration.

Les assurances contre l'incendie sont le fleuron de l'assurance terrestre. Elles ont relevé le défi de leur retard sur les assurances anglaises ; en 1850, elles les ont même dépassées. « Fire insurance in France : a wonderful progress ! » n'hésite pas à s'exclamer en 1851 devant le très sérieux Institute of Actuaries de Londres l'un de ses honorables secrétaires : Samuel BROWN<sup>1</sup>. En effet, parties de rien en 1816, les assurances françaises contre l'incendie sont distribuées à la fin de la Monarchie de Juillet par 14 sociétés à primes fixes et 41 mutuelles.

Le montant des capitaux assurés par les 14 sociétés à primes fixes s'élève à 23.225.000.000 F. Le marché est dominé par la Royale (future Nationale), les Assurances Générales, le Phénix et l'Union. Le montant des capitaux assurés par les 41 sociétés mutuelles représente un peu plus du tiers du chiffre précédent, soit : 8.000.000.000 F. Alors que les 62 compagnies installées en Grande-Bretagne n'assurent que 20.275.000.000 F. On comprend mieux l'admiration très « fair play » de Samuel BROWN, d'autant plus que les compagnies françaises continuent leur progression en 1950 : + 8 1/2 % ou 32.962.500.000 F<sup>2</sup>.

L'image que se forme le public de l'assurance contre l'incendie est très contrastée. Elle est fonction du rôle joué sur le terrain par les agents généraux des sociétés à primes, ou les employés des sociétés mutuelles. La concurrence est souvent acharnée et les coups volent très bas. Prospectus, articles de journaux vantent les mérites de l'un ou de l'autre système qui ont leurs adeptes. Mais la polémique n'est pas seulement idéologique ; elle se situe parfois entre sociétés d'un même système, concurrentes sur le terrain. Le Phénix et la Royale, après avoir essayé de fusionner dans les années 1820, s'injurient par la suite. Le Soleil fait bande à part, envers et contre tous, avec son système de répartition aux bénéficiaires et son assurance en cas d'émeutes. Les nouvelles sociétés : Urbaine, Sécurité, Indemnité, etc., pour lutter contre l'entente tarifaire des plus anciennes, cassent les prix. Les mutuelles entre elles ne sont pas les dernières pour se critiquer lorsqu'elles sont en concurrence.

Les premiers contrats ou actes d'adhésion aux statuts sont rédigés sur de grandes feuilles de papier pliées en deux de 50 cm x 37 cm. Une trentaine de clauses soigneusement imprimées sur les pages 1 et 2 constituent les conditions générales. Les pages 3 et 4 sont réservées aux conditions particulières. En tête de la page

1. *The Assurance magazine* - Vol 1, London 1851, p 64.

2. *Ibid.* - vol 2, London 1852, p 86.

1 se trouve la figurine et/ou une raison sociale identifiant la compagnie. Ces documents ont une certaine beauté due à leur qualité typographique. Ils ne sont d'ailleurs pas gratuits : l'assuré doit déboursier 1 F pour coût de police. Mais la clarté des premières polices commence à se dégrader lors des réimpressions faites à meilleur marché, alors que le coût double pour l'assuré. En effet, si le format et le nombre de clauses restent à peu près identiques, le contenu de celles-ci augmente. Au fur et à mesure que les années passent, les assurances terrestres n'ayant pas de cadre juridique spécifique doivent préciser certains points pour éviter les conflits avec les assurés. D'ailleurs, la plupart de ces points ont fait l'objet de décisions de justice. Car les compagnies d'assurances contre l'incendie actionnent beaucoup les tribunaux. L'essentiel des causes porte sur le refus de payer tout ou partie du sinistre. En effet, les contrats sont en général de longue durée : sept ans et l'assuré oublie bien souvent d'actualiser ses garanties. Enfin, les premières compagnies d'assurances à primes fixes ont été créées avec des capitaux sociaux considérables apportés par des actionnaires soucieux de rentabilité. Pour répondre à cette attente, on assiste à un véritable concours de communiqués victorieux sur le montant des capitaux assurés, les primes encaissées, les dividendes versés. On parle déjà de numéro un dans telle ou telle branche - voire au niveau du groupe. Le fait est que les dividendes versés par certaines compagnies d'assurances contre l'incendie sont très importants, mais réservés à quelques privilégiés ayant cru au développement de l'assurance incendie dans la décennie 1820. Une image de sociétés procédurières, riches et avides commence à apparaître dans le grand public. Il est alors symptomatique de voir certains auteurs<sup>3</sup> se réclamant des nouveaux courants - socialistes - de l'époque proposer l'étatisation de cette branche, victime en fait de sa trop rapide prospérité. Il n'en est pas de même pour les autres branches, notamment en vie.

### ■ III - L'AVENIR PROMETTEUR DES AUTRES BRANCHES

#### 1. Les assurances sur la vie.

Contrairement à ce qui se passe en Angleterre, les assurances sur la vie éprouvent de grandes difficultés à se développer dans notre pays. Des raisons économiques et psychologiques expliquent assez bien ce retard. La France n'a pas encore atteint le niveau de développement économique de la Grande-Bretagne. Pays essentiellement rural, elle est aussi la proie de préjugés, voire de superstitions, qui freinent fortement la diffusion des assurances sur la vie. Enfin, les Français manifestent un grand intérêt pour les tontines. Ainsi, en 1849, le montant des capitaux assurés par les 15 tontines s'élève à 397.936.075 F pour 395.315 polices. Dans le même temps, les capitaux assurés par les compagnies ne dépassent pas 400.000.000 F pour 400 000 polices<sup>4</sup>. Mais depuis 1839, on sent comme un frémissement parcourir l'assurance vie française. Les 3 plus anciennes sociétés,

3. *Journal des assurances* t-6 Paris 1840, p 179.

4. *The Assurance magazine* - vol 1, London 1851, p 64.

Générale, Union, Royale, voient ainsi arriver de nouvelles concurrentes : France, Phénix, Providence, Urbaine ou Mélusine.

L'image de ces sociétés d'assurances sur la vie reste encore confidentielle et très parisienne. Au début de la Restauration, les contrats sont rédigés - à l'anglaise -, recto seulement sur de grandes feuilles de papier 49 cm x 36 cm pour les temporaires ou de grands parchemins pour les assurances de longue durée. Ensuite, les polices sont réduites aux dimensions 24 x 37, les sept ou huit clauses imprimées des conditions générales sont claires et très lisibles. D'ailleurs, la simplicité du contrat est telle que les compagnies vont rarement devant les tribunaux, le point d'ombre le plus important étant comment reconnaître un suicide, alors exclu, d'un accident.

Ces sociétés, même les plus anciennes, doivent ainsi se construire une image en utilisant toutes les ressources de la publicité rédactionnelle : prospectus, articles, affiches. En 1850, elles décollent à peine, mais un bel avenir leur est promis.

## **2. Les assurances agricoles et les assurances contre les accidents.**

En assurances agricoles contre la grêle et la mortalité du bétail, le marché potentiel est considérable. Rien qu'en grêle on estime à 6.223.000.000 F le montant des capitaux assurables, or 211.000.000 F sont assurés (à peine 3,4 %) par une vingtaine de mutuelles.

Enfin, les assurances contre les accidents exploités par quatre compagnies parisiennes sont peu connues du grand public français.

En conclusion, au début de la Seconde République, l'importance économique et sociale des assurances est bien réelle. Les capitaux assurés s'élèvent à plus de 35 milliards et les polices souscrites se chiffrent par centaines de milliers. Le gouvernement d'alors ne s'y trompe pas : voici un gisement de ressources financières encore inexploité. Il est temps d'imposer l'assurance française. Pour cela il suffit de rouvrir le dossier dont les premières pages remontent à ... 1790.

## **■ IV - LES ASSURANCES ET LE FISC AVANT 1850**

Le gouvernement de la Seconde République n'innove pas. Il existe déjà beaucoup de textes relatifs aux coûts d'enregistrement et de timbre des polices d'assurances. L'ancêtre est sans doute le décret du 12 décembre 1790 qui marque la rupture avec l'Ancien Régime, tout en reprenant à son compte des dispositions anciennes. Il établit ainsi le nouveau tarif du timbre en fonction de la dimension du papier servant de support à factures, lettres, ou écrits quelconques de fournisseur à client si le document doit servir de titre à toute demande en action de justice. Ainsi le papier 9 pouces x 14 pouces est timbré à 4 sous soient 20 centimes. Les polices d'assurances ne sont pas encore citées, mais cela ne saurait tarder.

### 1. La loi du 30 septembre 1797

Alors que le gouvernement est en proie à d'énormes difficultés pour boucler le budget, une loi prévoit déjà que les lettres de voitures chartes-parties et polices d'assurance devront être rédigées sur papier timbré dont le montant est fixé à 16 millions sur 616.

Il n'existe alors que des polices d'assurances maritimes. Cette loi de finances ne prévoyant pas de sanctions, rares sont les négociants qui l'appliquent. A tel point qu'une nouvelle loi dont l'unique objet est la réorganisation du timbre en France voit le jour le 3 novembre 1798. Elle définit le timbre de dimension selon le nouveau système métrique et la nouvelle monnaie : 5 timbres sont prévus allant de 1,50 F à 25 centimes. Elle définit également le timbre proportionnel pour les valeurs. Curieusement, les polices d'assurances sont oubliées. Le gouvernement s'aperçoit alors de son oubli : à partir de mai 1799, les polices d'assurances devront être rédigées sur du papier timbré à 1 F jusqu'en 1809 où les assureurs sont libres de choisir le timbre de dimension qu'ils souhaitent. Mais les négociants s'assurent plus souvent en Angleterre qu'en France, en attendant la paix. Celle-ci intervient définitivement en 1815 après Waterloo, mais à quel prix. Les gouvernements de la Restauration doivent verser aux alliés des sommes considérables à titre d'indemnités de guerre. Les ressources classiques ne suffisent pas : il faut faire appel à l'emprunt. C'est l'occasion de revoir les droits d'enregistrement et de timbre.

### 2. La loi du 28 avril 1816

Elle impose un droit d'enregistrement de 1 F pour 100 F dans le cas d'abonnement d'assurance ou de grosse aventure. De plus, le fisc entend percevoir un nouveau droit sur la valeur des objets abandonnés à l'assurance après naufrage ou en l'absence de nouvelles, ainsi qu'un droit supplémentaire sur la valeur de la prime. Mais aucune sanction n'est prévue. Dans ce cas-là, les assureurs ne savent plus lire le *Moniteur Universel* ! En 1824, le gouvernement allège la fiscalité des opérations d'assurances maritimes : les polices sont toujours assujetties au droit fixe de 1 F pour enregistrement, mais le droit proportionnel ne sera perçu qu'en cas d'utilisation de ces actes en justice. Les assurances terrestres qui ont pourtant déjà cinq ans d'existence ne sont pas concernées. Les assurances vivront sous ce régime jusqu'en 1848 où le gouvernement de la République, à court d'argent et prenant conscience du développement exceptionnel de certaines branches d'assurances, décide de revoir la question. C'est l'origine de la loi du 5 juin 1850.

### ■ V - LA LOI DU 5 JUIN 1850

On connaît bien les origines de la révolution de 1848. Une crise économique semblable à celles de l'Ancien Régime, déclenchée par un déficit en céréales lors des moissons de 1847. En plein XIX<sup>ème</sup> siècle, la famine fait sa réapparition. Les entreprises débauchent en masse, d'où un mécontentement social généralisé sur

fonds de scandales financiers. Le crédit s'effondre, de nombreuses banques font faillite. Pour couronner l'ensemble, une fin de règne difficile pour un roi vieilli et obstiné et un gouvernement qui s'entête dans un refus total des réformes indispensables. L'épreuve de force est inéluctable entre une opposition qui se réclame de l'idéologie de la Première République et une majorité légale qui ne peut même pas compter sur la Garde Nationale. La fusillade du boulevard des Capucines au soir du 23 février met le feu aux poudres. Le roi abdique et la République est proclamée à l'Hôtel de Ville de Paris le 24 février 1848. Le programme politique des nouveaux gouvernants vise à instaurer « la République sociale ». Parmi les premières mesures concernant les assurances, il est prévu de nationaliser les assurances contre les incendies. Le projet poussé fort loin par Louis Blanc ébranle en fait toute la profession. Les Assurances Générales voient leur production stagner pour les trois branches tandis que la Royale Vie est obligée d'entamer ses provisions techniques pour honorer ses engagements<sup>5</sup>. Mais dans un pays mal préparé à un changement aussi radical, ces mesures inquiètent ceux qui ne souhaitent pas partager avec les plus démunis. Dans une société encore très rurale où les paysans sont quasiment absents de la Révolution, les républicains de cœur et d'esprit deviennent progressivement une minorité. Celle-ci est battue électoralement et militairement dès juin. La République continue sans les républicains. En attendant elle doit trouver les ressources financières nécessaires pour boucler un budget mis à mal en cours du premier semestre. Les technocrates du ministère des Finances se mettent au travail et examinent minutieusement la rentabilité des différents impôts. Ils rouvrent le dossier de l'enregistrement et du timbre et constatent que les lois relatives à ces taxes sont tournées depuis longtemps : l'Etat est volé<sup>6</sup>.

Le ministre des Finances dépose alors un premier projet de réforme en octobre 1848. L'Assemblée Constituante l'examine et nomme une commission qui entend le ministre des Finances, le directeur général de l'Enregistrement, les gouverneurs de la Banque de France, les présidents et juges du tribunal de Commerce, les directeurs des Comptoirs d'Escompte, les courtiers, les directeurs des compagnies d'assurances, le syndic des agents de change... La commission regrette le laxisme des gouvernements précédents qui n'ont pas exigé l'application de la loi, sans doute dans le but « de favoriser le développement des assurances » comme tenteront de l'expliquer les directeurs des compagnies d'assurances. Mais aujourd'hui, les bénéfices des compagnies étant « devenus notoirement considérables »<sup>7</sup>, il convient de mettre fin à ces abus qui sont à l'origine d'une perte annuelle de 1,5 à 2 millions de francs pour le Trésor. Nous avons vu qu'il s'agissait essentiellement des profits des assurances contre l'incendie. Cependant l'image de cette richesse est si forte qu'elle occulte la situation des autres branches. Les législateurs taxeront même les collectes des Caisses des Incendies, institutions essentiellement charitables. Un premier rapport est

5. *Centenaire de la Nationale, Paris 1930, p 267.*

6. *Moniteur Universel du 16. 02. 1850, p 561.*

7. *Ibid.*

déposé en janvier 1849. Mais il est jugé insuffisant et un nouveau rapport est présenté un an plus tard. Les premières délibérations de l'Assemblée Législative commencent en mars pour se terminer en juin 1850. C'est finalement le 5 juin par 413 voix contre 173 que « la loi relative au timbre des effets de commerce, des bordereaux de commerce, des actions dans les sociétés, des obligations négociables des départements, communes, établissements publics, compagnies et des polices d'assurances » est votée. Son titre en dit long sur son ambition : 49 alinéas abordent toutes les questions fiscales de cette nature. La troisième partie de la loi est réservée aux polices d'assurances, soit 16 alinéas divisés en deux sections : la première consacrée aux assurances terrestres, la seconde aux assurances maritimes. Elle prend appui sur la loi du 30 septembre 1797 et le décret de 1809 sur les polices d'assurances.

**Pour les assurances terrestres**, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1850, « tout contrat d'assurance ainsi que toute convention postérieure contenant prolongation de l'assurance, augmentation dans la prime ou le capital assuré, sera rédigé sur papier d'un timbre de dimension, sous peine de cinquante francs d'amende contre l'assuré »<sup>8</sup>. Afin de rendre plus efficace le recouvrement du timbre, la loi prévoit alors qu'un **abonnement** soit souscrit entre les compagnies, les mutuelles ou les caisses auprès du Trésor. Pour les assureurs contre les incendies et la grêle<sup>9</sup>, sociétés à primes fixes ou mutuelles, cet abonnement est fixé à 2 centimes pour 1 000 F de capitaux assurés. C'est une moyenne qui représente à peu près le chiffre auquel s'élèverait le droit de timbre sur tous les actes d'assurances de l'année. Ce mode de taxation permet une répartition plus équitable entre petits et grands propriétaires. Pour les Caisses des Incendies, le montant de l'abonnement est de 1 % des collectes. Les assureurs sur la vie se voient également imposer l'abonnement. Mais compte tenu du faible développement de cette branche, l'abonnement est calculé sur les versements effectués par les assurés chaque année, à raison de 2 F pour 1 000 F.

**Pour les assurances maritimes**, compte tenu de la spécificité du contrat, il n'est pas prévu d'abonnement.

Le contrôle de ces dispositions est assuré par la création d'un répertoire coté, paraphé, visé par le Tribunal de Commerce ou la Justice de Paix : toutes les assurances effectuées directement ou par l'intermédiaire des agents y seront portées et numérotées. Les sociétés doivent enfin déclarer au bureau de l'Enregistrement de l'Etablissement Principal, la nature des opérations et l'identité du directeur général. En cas d'infractions, les sociétés sont passibles de lourdes amendes. En conclusion, cette loi est la première du genre à transformer les assureurs en percepteurs. Son efficacité est immédiate. En 1851, la compagnie française du Phénix collecte pour le compte du Trésor 68.610 F. Dix ans plus tard, la compagnie d'Assurances Générales contre l'incendie recueille 157.545 F, 63<sup>10</sup>.

8. Titre III section 1 alinéa 33.

9. Les assurances contre la grêle sont rajoutées, in extremis.

10. Archives AGF.



Mais en quoi cette loi a-t-elle eu des répercussions sur l'image nouvellement construite des sociétés d'assurances ?

## ■ VI - LES PETITS CARACTERES DES CONTRATS

Le timbre de dimension est calculé, par définition, à partir des mesures du papier sur lequel est rédigé l'acte. Or, nous avons vu plus haut que certaines polices, notamment en vie ou en incendie, mesuraient 50 cm X 37. Au taux normal, le timbre aurait coûté au moins 1 F 50. C'était beaucoup trop. La commission, ayant entendu les assureurs, envisagea d'abord 3 possibilités :

- les polices, quelles que soient leurs dimensions sont timbrées à 35 c ;
- comme le demandaient plusieurs compagnies, les dimensions de polices sont réduites à 41 cm X 27 cm et timbrées d'un droit déterminé ;
- les compagnies utilisent des polices aux dimensions libres, timbrées selon le droit commun, soit 35c à 2 F., si elles ne souscrivent pas d'abonnement.

Cette dernière possibilité est retenue. Le gouvernement force visiblement les compagnies à souscrire l'abonnement. Ce qu'elles font et en profitent pour ... réduire le format de leurs polices aux dimensions qu'elles avaient préconisées soit, 41 cm X 27 cm. C'est une occasion de prendre une mesure d'économie. Mais le contenu des conditions générales est resté identique. Pour le faire entrer dans les nouveaux formats, il convient également de réduire le corps des caractères d'imprimerie. Désormais, il faut une loupe pour lire les conditions générales des assurances contre l'incendie et la grêle. Par manque de chance, ce sont les catégories d'assurances où les litiges sont les plus nombreux avec les assurés. Alors, à une époque où l'industrie de la lunetterie est moins importante qu'aujourd'hui, les assurés ignorant l'origine fortuite des petits caractères des contrats accusent les compagnies de cachotteries. D'autant plus que cette transformation des compagnies d'assurances en annexe des perceptions du Trésor n'entamera en rien leur expansion. Les résultats d'un groupe comme celui des Assurances Générales, leader historique de la profession, sont exemplaires. En 1851, la compagnie incendie assure 4,3 milliards de F et répartit ainsi ses profits : 225.000 F à la réserve, 11,25 % du capital social et 675.000 F aux actionnaires soit ... 33,75 % du capital social. En un peu plus de 30 ans, la valeur de l'action a été multipliée par 12. Le directeur, A. de GOURCUFF, lors de l'assemblée générale du 29 avril 1852 pouvait bien s'exclamer : « L'année 1851 a été encore plus prospère ! »<sup>11</sup>. Il en est de même pour les autres sociétés créées sous la Restauration.

La conjonction de cette prospérité liée au développement économique et social du pays et de cette malheureuse obligation de réduire les dimensions des polices d'assurances incendie ou grêle, sous la pression des pouvoirs publics, est donc à l'origine d'une légende tenace racontée et amplifiée depuis cette époque. Les compagnies d'assurances, car l'affaire est étendue à l'ensemble de la profession, sont accusées de cacher les conditions léonines de leurs contrats sous une

11. Rapport à l'assemblée générale 29 avril 1852, p 8 - archives AGF.

typographie minuscule. Cette légende durera jusqu'à nos jours, alors que les compagnies ont accompli depuis longtemps un effort considérable sur le plan de la communication et de la présentation de leurs contrats.

En conclusion, l'assurance française, en percevant pour le compte du Trésor des sommes considérables, commençait à perdre un peu de son âme. La loi de 1850, la première du genre, ne fut pas la seule en cette fin de XIX<sup>e</sup> siècle. D'autres la suivirent : celle de 1862 porte le droit de timbre à 3 centimes 6/10<sup>e</sup> et la loi de 1871 ajoute 2 décimes au principal des droits de timbre de toute nature. En 1885, les difficultés pour équilibrer le budget de l'Etat aggravent encore cet impôt sur l'assurance. La taxe annuelle est fixée à 4 centimes pour 1 000 F pour les sociétés à primes et à 3 centimes pour les assurances mutuelles. Une inégalité que nos compagnies vivent très mal mais ceci est bien dans l'air du temps. A cette époque, le poids de l'impôt, timbre + enregistrement + patente + droit de fonctionner en province, s'élève déjà à 20 % de la prime brute des assurances contre l'incendie. Comme disait SENES, l'un des grands spécialistes de notre activité : « Il nous suffit de constater que l'Etat fait fausse route en taxant de plus en plus durement un sacrifice pécuniaire que font les hommes prévoyants pour sauvegarder la fortune acquise contre les dangers d'un terrible fléau »<sup>12</sup>. **VOX CLAMANS IN DESERTO**. Que dirait-il aujourd'hui pour certains contrats ? ■

12. *Moniteur des assurances* 1885, p 24 - archives AGF.

# QU'EST CE QU'UN REASSURE ?

## ■ Le réassureur connaît-il les assurés ?

**P**as directement, sauf pour les grandes entreprises et en liaison avec les assureurs ; c'est donc au travers des assureurs essentiellement qu'il connaît les assurés. Grâce à son activité internationale il peut par contre observer les différences entre les marchés, notamment celles relatives au comportement des assureurs. Pour le réassureur, l'assureur est l'assuré.

## ■ Quelles différences ?

En assurance automobile, il y a, par exemple, un paradoxe allemand. Il s'agit d'un marché puissant et organisé, mais à la différence du reste de l'Europe, la réassurance automobile s'y effectue toujours pour partie en quote-part, c'est à dire sur une base proportionnelle. C'est une situation très spécifique. Cela tient à un besoin apparent de maintien de marge de solvabilité, lié au système de provisionnement ou à une forme de soutien du marché entre assureurs et réassureurs.

Quoi qu'il en soit, la part de l'automobile dans le chiffre d'affaires des réassureurs allemands est plus importante que dans celui des autres compagnies européennes. Une autre différence est celle du marché italien qui est encore très largement fermé à la réassurance non proportionnelle et où les cessions en réassurance sont toujours un peu considérées comme devant être génératrices de profit pour la cédante et non comme un service que l'on achète à son juste prix. Il semble que ce marché rejette la réassurance en refusant un partage du sort équitable entre assureurs et réassureurs.

## ■ Les comportements sont-ils différents d'un pays à l'autre ?

Les différences qu'observent les réassureurs sont très institutionnelles. Ainsi nous voyons bien une différence entre les tribunaux belges et français dans l'indemnisation des victimes. Il y a dans ces pays, une grande différence dans les appréciations des tribunaux, en matière de dédommagement, bien plus grande que dans le reste de l'Europe. Il y a là une dérive judiciaire, compréhensible parfois d'un point de vue social, mais inquiétante d'un point de vue économique. Pour le reste, les comportements de réassurance sont très semblables d'un pays à l'autre en Europe. Partout et donc sauf en RFA, en Italie et en Espagne, la

\* Directeur Général de SCOR Réassurance.

tendance est celle d'une réassurance de plus en plus non proportionnelle, sauf pour les compagnies nouvelles, pour celles qui connaissent des problèmes temporaires de marge de solvabilité, ou pour des branches ou produits nouveaux pas encore suffisamment présentés sous forme de données statistiques.

■ **Pour un réassureur, l'assureur est-il un client ?**

Non c'est un partenaire. C'est celui qui accepte de partager les difficultés mais avec lequel on est, en contrepartie, disposé à partager les bénéfices afin de maintenir un équilibre satisfaisant aux termes de l'échange. C'est quelqu'un avec qui on s'engage pour un long chemin, et non pas seulement pour des opérations ponctuelles. Le partenariat implique donc que les assureurs admettent que les réassureurs doivent gagner de l'argent. Certaines attitudes à l'égard de la réassurance reproduisent parfois celles des assurés vis-à-vis de l'assurance : suspicion, incompréhension, absence de confiance.

■ **Y a-t-il sélection de clientèle en réassurance et risque de fraude ?**

Dans notre marché la sélection s'effectue surtout pour les nouveaux clients. C'est-à-dire l'exception car nous sommes dans un marché où le nombre des partenaires varie peu. Elle porte principalement sur la compétence technique et la stabilité financière. La fraude peut exister mais dans des cas très limités et plutôt sur des marchés marginaux. Il nous est parfois très difficile de déterminer, ce qui découle d'actes volontaires. Il s'agit plus généralement d'une fraude au second degré, que l'assureur a subie et qu'il fait subir à son tour involontairement. S'il existe des critères et des règles contractuelles en ce domaine, nous nous adaptons aussi à la personnalité de chacun de nos partenaires, surtout quand nous travaillons avec eux de longue date. C'est d'ailleurs l'expérience pratique qui peut nous amener à refuser d'intervenir sur certains marchés nationaux. Mais naturellement ces positions n'ont pas un caractère définitif ; une conjoncture nouvelle peut nous amener à réviser nos jugements.

■ **Y a-t-il une normalisation susceptible de favoriser la transparence entre assureurs et réassureurs ?**

Malheureusement pas suffisamment, même si on y tend grâce à la mise en place de réseaux de transmission des comptes de réassurance (RINET, en cours d'élaboration). Il y a cependant des échanges entre professionnels qui cherchent à améliorer la transparence des marchés, notamment dans le cadre du Syndicat des Compagnies Françaises de Réassurances. Mais il y a trop peu de réglementation en matière de réassurance dans le monde et rien ou presque, n'existe au niveau communautaire.

■ **Le comportement des assureurs à l'égard de leurs clients se modifie de manière importante. Qu'en est-il de celui des réassureurs ?**

La concurrence tend à se durcir, en particulier, depuis deux ans, sur les marchés américains. De ce fait se manifeste une tendance de modification des comportements par globalisation des placements de couvertures par les assureurs moyens. Pour ces sociétés, le réassureur - avec le concours des courtiers - a un rôle très important de conseil à jouer pour déterminer les formules les mieux adaptées aux besoins de ses clients. De ce point de vue il se comporte comme un « risk manager ».

Par contre, les besoins de réassurance des grands groupes évoluent de manière différente, ce qui amène également les réassureurs à analyser différemment les risques pour lesquels leur concours est requis. Ceux-ci sont plus complexes, plus déséquilibrés, à la limite de l'anti sélection. Il faut donc les traiter autrement : les identifier clairement, déterminer leur tarification, participer à leur suivi technique. A ce niveau, parfois, le rôle de l'assureur et du réassureur se confondent et leurs contacts avec les assurés s'effectuent souvent en commun ■

# L'assurance est-elle UN SERVICE PUBLIC?

**V**ÉRONIQUE NEIERTZ, SECRÉTAIRE D'ÉTAT À LA CONSOMMATION DEPUIS MAI 1988, A CONTRIBUÉ À L'ADOPTION DE PLUSIEURS MESURES TOUCHANT AUX RELATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES ASSURÉS : LA SUPPRESSION DU VISA PRÉALABLE PAR L'ADMINISTRATION DES CONTRATS D'ASSURANCE DE DOMMAGE ; LA MISE AU POINT D'UNE INFORMATION DE L'ASSURÉ SUR LES TARIFS PRÉALABLEMENT A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT ; LA CRÉATION D'UN COMITÉ DES USAGERS OÙ SIÈGENT ASSUREURS ET ASSURÉS AU SEIN DU NOUVEAU CONSEIL NATIONAL DES ASSURANCES. SANS OUBLIER UNE PRISE DE POSITION EN FAVEUR DE MÉDIATEURS DANS LA PROFESSION.

L'ENTRETIEN ACCORDÉ À « RISQUES » PERMET DE COMPRENDRE L'ANALYSE QUI FONDE L'ACTION DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA CONSOMMATION DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE.

## ■ L'assurance est-elle un service public ?

**L**lle est souvent assimilée inconsciemment à un service public par les consommateurs. Par exemple, pour leur assurance automobile, très peu de consommateurs comprennent pourquoi, pour un risque apparemment identique, le prix n'est pas le même d'un assureur à l'autre. Ils comprennent que les garanties puissent être différentes. Ils savent également que les frais sont différents d'une société à l'autre. En revanche, il leur est très difficile de comprendre que la différence des tarifs résulte des caractéristiques techniques de la collectivité des assurés à laquelle ils adhèrent. Ils n'ont pas conscience de faire partie d'une mutualité dont ils doivent assumer les résultats globaux. C'est l'extension inconsciente à l'assurance du principe d'égalité du service public.

## ■ Pourquoi y-a-t-il une assimilation entre assurance et service public ?

Jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'assurance n'était pas autorisée en France. La première société d'assurance-vie a été créée à la veille de la Révolution (1788) par décision royale. Depuis cette période, l'Etat est toujours très présent. D'ailleurs,

\* Secrétaire d'Etat à la Consommation

ne parle-t-on pas de la tutelle du Ministère des Finances ? C'est exactement le terme juridique utilisé pour le contrôle des organismes gestionnaires d'un service public.

Beaucoup d'éléments de l'action de l'Etat dans ce domaine peuvent conforter l'idée que l'assurance est une activité de service public :

- l'agrément des sociétés par l'Etat ;
- le contrôle financier permanent qui permet d'éviter les défaillances d'entreprises ;
- la fixation des tarifs pendant des années entre les professionnels et le Ministère des Finances au nom de la solvabilité des sociétés ;
- le développement des clauses-types fixées par arrêté ministériel et les obligations d'assurance.

Tout cela a conduit à l'idée que l'assurance, c'est d'abord l'affaire de l'Etat. Pour les consommateurs, l'assurance est ressentie comme utile, souvent ressentie comme une obligation mais surtout comme un droit.

Il est intéressant de constater que les mêmes questions se posent pour le secteur bancaire. S'inspirant du secteur des assurances obligatoires, la loi bancaire de 1984 a instauré un droit au compte bancaire. De même, aujourd'hui, le Comité des Usagers du Conseil National du Crédit réfléchit à la création d'un service minimum attaché à la détention d'un compte bancaire.

#### ■ Pour le Ministre de la Consommation, l'assurance est-elle un service public ?

Non, les consommateurs n'ont pas intérêt à ce que l'assurance soit assimilée à un service public. Cela conduirait à terme à l'idée de monopole. Ce qui est rarement une bonne situation pour le consommateur. L'assurance est un secteur d'activité économique comme les autres où l'Etat doit fixer les règles du jeu : une concurrence loyale avec comme conséquence une information transparente sur les prix et sur le contenu des contrats.

Il est clair que l'instauration de la liberté de prestation de service au sein de la CEE qui se met peu à peu en place ne va pas dans le sens de l'assimilation de l'assurance à un service public.

#### ■ Pour vous l'assuré est-il un consommateur, un citoyen ou un usager ?

Pour moi, l'assuré est un consommateur. Par conséquent l'assureur lui doit une information claire sur les contrats et les tarifs.

Bien entendu, l'assurance a des particularités, donc les moyens d'information doivent être adaptés. C'est pourquoi la loi du 31 décembre 1989, faisant suite aux travaux du Conseil National de la Consommation, a prévu l'obligation de remise par l'assureur d'un devis personnalisé à toute personne qui en fait la demande. Le droit du consommateur, c'est de faire jouer la concurrence. C'est souvent plus



difficile pour l'usager du service public parce qu'il y a souvent monopole, ce qui n'est pas le cas en assurances.

■ **Doit-on analyser le rapport assureur-assuré comme un rapport contractuel au sens de l'article 1134 du Code civil ?**

Les principes fondamentaux du Code civil s'appliquent à l'assurance. Néanmoins, depuis longtemps l'Etat a pris conscience du déséquilibre de la relation assureur-assuré.

L'Etat doit trouver un équilibre entre celui qui paie la prime, celui qui bénéficie de l'indemnité et celui dont les sinistres sont couverts. Même lorsque ces intérêts sont réunis dans un même individu, ce n'est pas toujours facile.

C'est pour compenser ce déséquilibre des contrats d'adhésion que sont les contrats d'assurance que, dès 1930, le législateur a organisé un régime juridique particulier. Cette législation avait vieilli. La loi du 31 décembre 1989 a permis de rééquilibrer la relation assureur - assuré. Je pense, en particulier, à la limitation à un an de la durée de tous les contrats d'assurance.

■ **Pensez-vous que l'intervention de l'Etat pourrait être moins importante au profit d'une auto-discipline ?**

En assurance comme dans les autres secteurs économiques, l'Etat doit garder sa fonction de régulateur. Souvent l'intervention de l'Etat résulte de l'incapacité d'une profession à trouver une réponse adaptée aux attentes des consommateurs. Si la profession avait l'habitude de délivrer sur simple demande un devis, les pouvoirs publics n'auraient pas eu à l'imposer.

L'assurance est encore trop refermée sur elle-même. Le dialogue constant avec les associations de consommateurs ne peut être que bénéfique. Je suis sûre que le Comité consultatif du Conseil National des Assurances, composé de professionnels et de consommateurs, jouera un rôle utile.

■ **L'obligation d'assurance ne conduit-elle pas à faire supporter à la collectivité des assurés des risques dont elle ne voudrait pas être solidaire ?**

L'obligation d'assurance est l'illustration parfaite de l'intervention maximale de l'Etat. Elle n'est pas toujours bien comprise ou supportée par les assurés.

Il faut savoir que l'Etat doit trouver un équilibre entre des intérêts contradictoires : protéger les bénéficiaires de l'assurance, tel que les victimes d'accidents. La société ne peut pas tolérer que l'indemnisation de la victime dépende de la seule capacité financière de l'auteur de l'accident. A l'inverse la société, y compris ceux qui n'ont pas de voiture, n'a pas à supporter intégralement le risque créé par une catégorie clairement définie : les conducteurs. L'obligation d'assurance permet de concilier ces objectifs. En contrepartie, il est vrai que l'obligation peut parfois

déresponsabiliser : pour compenser l'Etat peut être amené à instaurer un mécanisme comme le bonus - malus ou des systèmes de franchise.

Enfin, d'un point de vue économique, l'obligation d'assurance peut créer une clientèle captive, ce qui n'est pas satisfaisant. C'est pourquoi, je pense que les obligations d'assurance devraient être limitées.

■ **Le refus d'assurer peut constituer une véritable incapacité rappelant la peine de la mort civile en vigueur autrefois. Le problème est aujourd'hui posé pour le SIDA en assurance-vie. Comment peut-il être résolu ?**

Il n'y a pas que le SIDA qui constitue une cause de refus d'assurance. Je reçois régulièrement des lettres de consommateurs qui ne peuvent pas acheter une maison. Ayant eu un cancer, ou une autre maladie, ils ne peuvent emprunter parce qu'on leur refuse l'assurance associée au prêt. De même, je reçois de nombreuses réclamations pour des refus de couverture de chômage alors que les primes ont été perçues pendant plusieurs années.

Trop souvent les consommateurs ont le sentiment que l'assureur encaisse la prime et recherche les causes d'exclusion de garantie au moment du sinistre. De telles pratiques n'améliorent pas l'image de la profession. Ceci ne peut que renforcer les appels à l'intervention de l'Etat.

Pour des risques, tels que le SIDA, je comprends le souci des assureurs, mais il faut trouver une solution. C'est pourquoi les Pouvoirs Publics apportent leur soutien aux réflexions engagées dans ce domaine à l'initiative de la SCOR.

■ **Que pensez-vous des médiateurs dans l'assurance ? N'y-a-t-il pas un risque de déssaisissement de la Justice ?**

Je suis très favorable à la création de médiateurs. Je l'ai dit plusieurs fois à la profession.

Dans ce domaine, il faut avoir une approche pragmatique, les tribunaux sont engorgés, les assurés doivent néanmoins voir leurs réclamations résolues rapidement. La médiation peut apporter une réponse adaptée à la majorité des cas. Les exemples étrangers, anglais en particulier, ont démontré l'intérêt de ce mécanisme de règlement des litiges quotidiens ■

# ASSURANCE ET SOLIDARITÉ

## Le point de vue des consommateurs

MOTS CLÉS : *Consommateur • Conflicts information • Qualité • Service • Solidarité •*

L'ASSURANCE EST DEVENUE UNE PRÉOCCUPATION ESSENTIELLE DU CONSUMÉRISME. LES CONSOMMATEURS NE SONT PLUS SEULEMENT EN QUÊTE DU MEILLEUR PRIX, MAIS AUSSI DU MEILLEUR SERVICE. ILS REDOUTENT QU'UNE TROP GRANDE SEGMENTATION CONDUISE À FAIRE DISPARAÎTRE LA DIMENSION MUTUALISTE. ILS SONT AVIDES D'INFORMATIONS.

### ■ I - VERS UN CONSUMÉRISME DE SERVICES

Ces vingt dernières années, le consumérisme a évolué. On est passé du panier de la ménagère à une période où les services prennent une importance grandissante, notamment les services financiers : banque, crédit, épargne, assurance. Le consumérisme d'assurance a émergé depuis une dizaine d'années même si la création antérieure des mutuelles sans intermédiaire peut en être considérée comme un des signes avant-coureur. Auparavant d'ailleurs, l'action du mouvement consommateur se limitait à des comparaisons de prix, mais le prix n'est pas tout.

Il y a 10 ans, l'INC (Institut National de la Consommation) a procédé à une comparaison de contrats d'assurance vie de la branche populaire. Les calculs de rentabilité ont été réalisés en partant du principe que, les répartitions bénéficiaires étant aléatoires, on ne devait pas en tenir compte. Résultat : des rendements négatifs. Les sociétés concernées, mécontentes, ont réagi mais n'ont pas obtenu satisfaction car la juridiction administrative a reconnu à l'INC un droit de critique. Un peu plus tard, ce sont les bons de capitalisations qui ont été mis sur la sellette, notamment en raison du tirage au sort considéré par les assurés comme une escroquerie. Cette affaire aboutira à la création de comités de clientèle à l'UAP. C'est de cette année 1983 que les historiens du futur dateront, sans doute, l'entrée de l'assurance dans l'ère de la communication.

\* Chef des services économique et juridique de l'Institut National de la Consommation.

Les relations assureurs-assurés ne sont pas que conflictuelles. Parallèlement des discussions ont eu lieu entre les consommateurs et les responsables de la profession. On peut citer les accords de 1977 passés entre les assureurs, l'INC et les organisations de consommateurs créant un délai de réflexion de trente jours en assurance-vie. D'autres négociations ont suivi en assurance automobile, mais n'ont malheureusement pas abouti en raison d'une divergence de vue entre les différentes familles de l'assurance.

Actuellement, le dialogue se poursuit dans le cadre du Conseil national de la consommation, notamment à propos des clauses abusives. Le devis d'assurance, ou plus précisément la fiche d'information, repris récemment dans le code des assurances est un des résultats de cette concertation. Demain, d'autres échanges auront lieu au sein du comité des usagers.

## **■ II - LA FONCTION CONSOMÉRISTE**

L'assuré se trouve en position d'infériorité économique face aux professionnels. L'assuré est isolé, et se perd dans les méandres des textes du code et des contrats. Le produit d'assurance est un produit juridique complexe. Et jusqu'à une époque récente la législation, supposée protéger le consommateur, semblait favoriser plutôt les sociétés d'assurance : les règles régissant le contrat introduisaient parfois des déséquilibres dans les relations contractuelles. La commission des clauses abusives s'est penchée sur les contrats d'assurance et a émis des recommandations qui peu à peu, deviennent réalité. La récente réforme du Code des assurances va d'ailleurs dans ce sens, en supprimant par exemple les indemnités de résiliation prévues dans le Code au seul profit des assureurs.

Rétablir l'équilibre revient aux pouvoirs publics, c'est la finalité du contrôle. Mais c'est aussi la fonction du mouvement consommériste et des associations de consommateurs. Dans une société libérale, il revient aux consommateurs de faire contrepoids aux producteurs et distributeurs afin de réguler le marché. Renforcer la fonction consommation et notamment le poids des organisations de consommateurs, est donc un besoin impérieux.

## **■ III - LA PROBLÉMATIQUE PRIX/QUALITÉ**

Il est indispensable de mener des études approfondies sur la qualité des produits assurance afin que la concurrence ne s'effectue pas seulement sur les prix mais aussi sur les prestations. En matière d'assurance automobile par exemple, l'INC procède à des comparaisons non seulement sur les prix mais aussi sur le contenu des contrats, et plus délicat, en termes de service rendu. La qualité du service peut être évaluée à partir d'enquêtes faites auprès d'assurés. Elle se mesure bien sûr au moment du sinistre, car c'est à ce moment que l'assuré se rend compte s'il a fait le bon choix. Plusieurs critères peuvent mesurer le degré de satisfaction : la

rapidité et le montant de l'indemnisation, l'aide et les conseils donnés à ce moment mais aussi l'absence de litige ou de réticence de la part de l'assureur. Mais cela n'est pas suffisant la qualité c'est aussi : l'information délivrée non seulement au moment du sinistre, mais aussi à la souscription et pendant toute la durée de vie du contrat. Ainsi, une enquête réalisée par l'INC a montré que les assureurs-vie ne vendent pas toujours des produits adaptés aux besoins de leurs clients ; ainsi certains vendeurs ne se renseignent même pas sur la situation familiale ou financière du candidat à l'assurance.

#### ■ IV - LA NATURE DES CONFLITS

Les conflits sont de différentes natures : certains prennent un aspect collectif (vente forcée de PEP ou d'assistance, modifications unilatérales de contrats ou vagues de résiliation sous prétexte d' « assainissement du portefeuille »). Les autres pourraient être qualifiés d'individuels car ils opposent un individu à son assureur. Quoiqu'il en soit, on constate un niveau d'insatisfaction générale des consommateurs à l'égard de l'assurance. Des pratiques douteuses de la part des professionnels y participent certainement, mais la cause principale paraît bien être le manque d'information sur la nature de l'assurance et le contenu des contrats. En assurance auto et habitation, l'INC a pu mettre en lumière que les assurés, mal informés à la souscription de leur contrat, ont un taux de conflits plus important au moment du sinistre. Par ailleurs, un certain état d'esprit conduit à assimiler l'assurance à la Providence. Bon nombre de personnes sont persuadées que la richesse des sociétés d'assurance devrait permettre une meilleure indemnisation. A la source des litiges, citons aussi la méconnaissance des règles de droit. Pour conduire sa voiture, il n'est pas nécessaire de connaître le fonctionnement du moteur à quatre temps. N'est-il pas possible d'être un bon assuré sans être un bon juriste, capable de disséquer un contrat, ou un financier émérite capable d'évaluer la rentabilité réelle de son placement ? Ne noircissons cependant pas trop le tableau : des efforts certains ont été consentis par la profession ces dernières années et si l'image de l'assurance n'est en général pas bonne, nombreux sont les assurés qui se déclarent satisfaits de leur assureur.

#### ■ V - QUELLE PHILOSOPHIE POUR L'ASSURANCE ?

La réputation de l'assurance dépend aussi de sa philosophie, au choix entre segmentation du marché et solidarité. Le marché de l'assurance maladie est à cet égard exemplaire. Les mutuelles pratiquent une véritable solidarité : elles ne refusent pas de vous assurer si vous tombez malade. Les compagnies traditionnelles semblent, au contraire, privilégier l'égoïsme et abandonnent dans une certaine mesure les principes de mutualité et de solidarité qui sont l'essence même de l'assurance : refus d'assurance, résiliation de contrat ou augmentation des cotisations dans une proportion telle que cela devient insupportable pour

l'intéressé. Autre exemple : en assurance auto où, là aussi, si l'on pousse à l'extrême, les critères de tarification et de sélection, les assureurs feront bientôt payer aux assurés le prix de leurs sinistres. On distingue les jeunes des autres. Tous les conducteurs chevronnés n'ont-ils pas été un jour des jeunes conducteurs ? Est-ce vraiment cela, la mutualité ? Peut-être assistera-t-on un jour à des réactions violentes contre les assureurs accusés de ne prendre que les bons risques et verra-t-on un retour aux sources vers les véritables mutuelles ?

L'ouverture des frontières va modifier les comportements des uns et des autres. Certes, il est à craindre pour la France une baisse du niveau général de la protection des consommateurs. Néanmoins l'émergence d'un consommateur européen jouant son rôle dans le grand marché devrait rétablir un certain équilibre pour un meilleur dialogue et la satisfaction des clients ■

# LE DEVOIR DE CONSEIL

## en assurance

**MOTS CLÉS :** *Devoir de conseil . Entreprise d'assurances . Intermédiaires d'assurances . Fondement légal . Fondement contractuel .*

**N**UL NE PEUT NIER, AUJOURD'HUI, QUE L'ASSURÉ DOIT ÊTRE CONSEILLÉ, ET QU'IL APPARTIENT AU DROIT D'Y POURVOIR. JUSQU'À PRÉSENT, LA JURISPRUDENCE A CRÉÉ, À LA CHARGE DE DIFFÉRENTES PERSONNES, DES DEVOIRS DE CONSEIL, MAIS DE MANIÈRE FRAGMENTAIRE ET DISPERSÉE. PAR UNE APPROCHE MÉTHODIQUE DE LA QUESTION, CET ARTICLE TRACE LES GRANDES LIGNES D'UNE THÉORIE DU DEVOIR DE CONSEIL. L'AUTEUR EMPRUNTE AUX ACQUIS EN LES ORDONNANT, ET, À PARTIR DE LÀ, OUVRE DES VOIES NOUVELLES.

■ **1.** Le devoir de conseil a investi la relation d'assurance, ce qui n'étonnera guère, sinon que cette pénétration a, semble-t-il, beaucoup tardé, comme si les désillusions de l'assuré devaient, à tout jamais, être ressenties et vécues comme une fatalité. Nous voudrions, ici, tenter de faire le point pour voir si l'on peut, au sujet du devoir de conseil, parler, comme y invite le thème de ce dossier, d'un nouveau visage de l'assuré.

■ **2.** Nous laisserons en dehors de cette étude le cas de personnes qui ne sont pas directement impliquées dans une relation d'assurance, mais dont l'intervention dans un autre type de relation a été défailante au sujet d'une assurance afférente à celle-ci. De même, nous écarterons ceux qui exercent la profession de « conseil en assurances ». Point n'est besoin, dans leur cas, de s'interroger sur l'existence et le fondement d'un devoir, puisqu'il est l'objet même de leur engagement contractuel.

■ **3.** Il convient de préciser que le terme « conseil » ne doit pas être pris au pied de la lettre. D'ailleurs, les décisions judiciaires tendent de plus en plus à y accoler, dans une même expression, le terme « obligation d'exacte information ». A

\* Professeur à la Faculté de droit de Bordeaux ; Directeur de l'Institut des assurances de Bordeaux.



proprement parler, le conseil est une « opinion donnée sur ce qu'il convient de faire » (Robert). Or les obligations multiples que la jurisprudence fait peser sur les divers intervenants vont largement au-delà. Elles sont, en fait, le reflet de l'extrême variété des situations dans lesquelles il importe que l'assuré ne soit pas livré à lui-même.

Il en résulte une quasi-impossibilité de définir un régime homogène du devoir de conseil, que ce soit sur le point de savoir qui a la charge de la preuve, ou si l'obligation est de moyens (cf. Cass. Civ. I, 7 mars 1989 : *Resp. civ. et assur.* 1989, n. 201) ou de résultat (cf. Cass. civ I, 13 janvier 1987 : *D.* 1987, somm. 329, observ. Cl.-J. Berr). De même, si la compétence de l'assuré en matière d'assurance peut lui interdire de reprocher à quiconque d'avoir été insuffisamment assuré, il va de soi qu'elle sera inopérante en présence d'une information erronée que lui aurait donnée son courtier par exemple.

- 4. La variété concerne également les personnes tenues d'un devoir de conseil, et l'étendue du devoir de chacune. Pourtant, nous avons l'impression que la jurisprudence, créatrice en ce domaine, n'a pas envisagé toutes les possibilités qui s'offrent à elle.

La raison tient sans doute à la façon dont s'est faite la propagation du devoir de conseil. Fondée à l'origine, davantage sur l'idée d'obligation contractuelle des membres d'une profession déterminée que sur le besoin général de conseil des assurés, la propagation a été catégorielle.

- 5. Le premier touché fut le courtier d'assurances. Dans un arrêt du 10 novembre 1964 (*R. G. A. T.* 1985, 175 ; *Les Grands arrêts du droit de l'assurance*, p. 254, observ. Berr et Groutel), la Cour de cassation décida que le courtier devait être un guide sûr et un conseiller expérimenté. Les termes de l'arrêt ne laissent aucun doute quant au fondement de l'obligation : elle est dans le contrat de mandat qui lie le courtier à son client. Par conséquent, l'assuré qui ne s'était pas adressé à un courtier ne pouvait prétendre à être conseillé, sauf à ce que la jurisprudence modifie le fondement du devoir de conseil, de manière à pouvoir atteindre l'agent général, voire l'entreprise d'assurances.

Des décisions condamnèrent ceux-ci en caractérisant la faute commise, mais sans parler véritablement de devoir de conseil (Cass. civ. I, 25 octobre 1977 : *R. G. A. T.* 1978, 364 - agent général - ; Cass. civ. I, 20 juin 1979 : *D.* 1980, inf. rap. 515, observ. Berr et Groutel - entreprise d'assurances -). Pour cela, il faudra attendre, semble-t-il, un arrêt (Cass. civ. I, 1er mai 1981 : *Ass fr.* 1982, 275) qui reproche à la fois à l'entreprise d'assurances et à son agent général un manquement à leurs devoirs de conseil respectifs à l'égard d'un entrepreneur de construction auquel ils avaient omis de faire souscrire une assurance de responsabilité décennale alors que, débutant, il leur avait demandé de lui faire souscrire les assurances nécessaires à l'exercice de sa profession. Puis des décisions donnèrent au devoir de conseil de l'agent et du courtier un fondement commun : ils sont tenus en tant

que professionnels de l'assurance (Cass. civ. I, 6 nov. 1984 : R. G. A. T. 1985. 313 - courtier - ; Cass. Civ. I, 28 oct. 1986 (La Concorde c. Lhuissier) - agent général, au sujet duquel il est ajouté qu'il met sa compétence à la disposition du public -).

■ 6. Un peu en marge, un devoir de conseil a été mis à la charge du souscripteur d'une assurance de groupe (le plus souvent un organisme bancaire) envers les adhérents, mais sur la base d'un texte appliqué largement, l'article R. 140-5 du Code des assurances, lequel oblige ledit souscripteur à tenir à leur disposition une notice résumant de manière très précise leurs droits et obligations. L'appui d'un texte particulier dispense de qualifier le souscripteur, qui est un professionnel de la banque et non de l'assurance.

■ 7. Au terme de ce bilan, on retire l'impression d'une certaine dispersion. Des devoirs de conseil existent, les uns à côté des autres, sans que l'on puisse apercevoir une trame soutenant l'ensemble. Aussi nous a-t-il paru utile d'essayer de tisser celle-ci, grâce à une *approche méthodique* du devoir de conseil.

Pour ce faire, il faut partir de l'observation suivante. Hormis quelques cas marginaux, un manquement au devoir de conseil est recherché parce que la garantie d'un contrat d'assurance n'a pu intervenir efficacement à la suite d'un sinistre. Au prix d'une schématisation que d'aucuns pourront trouver excessive, on rencontre deux types de situations : dans l'une, la garantie par elle-même est inexistante (par exemple, la responsabilité délictuelle étant seule assurée, l'assurance de la responsabilité contractuelle fait défaut) ; dans l'autre, un incident dans le fonctionnement du contrat a pour conséquence l'absence de garantie (par exemple, un contrat a été résilié sans que cette circonstance ait été immédiatement suivie de la souscription d'un autre contrat).

Il va s'agir alors de rechercher si une personne, par un comportement différent de celui qu'elle a eu, pouvait empêcher la carence constatée, et si l'on doit lui faire le reproche de s'être comportée de la sorte. Mais tout aussitôt, il convient d'ajouter que, aujourd'hui, personne ne devrait être choqué, si l'on affirmait que l'assuré doit nécessairement trouver, dans une situation déterminée, en face ou à côté de lui, au moins une personne tenue d'un devoir de conseil. L'assurance est chose trop complexe et trop importante pour que le droit laisse subsister des blancs, si l'on peut dire. Aussi n'est-il plus possible de s'en remettre à la seule convention des parties.

Par référence à la notion de relation d'assurance, nous désignerons cette personne sous le vocable de « *partenaire* ». C'est dire, par conséquent, qu'en dehors des cas où la carence est imputable à l'assuré lui-même, le juge saisi devra s'attacher à découvrir le partenaire défaillant, étant observé que sa recherche pourra le conduire à en découvrir plusieurs.

■ 8. Cela étant, puisque la carence de garantie se trouve dans les rapports contractuels entre l'assuré et l'entreprise d'assurances, il nous paraît d'une bonne méthode de commencer par conduire la recherche dans le déroulement de ces rapports, avant même de se demander si un manquement à son devoir de conseil est imputable à une autre personne.

■ 9. Mais ici il faut prendre garde que l'entreprise d'assurances peut se présenter sous deux aspects. D'une part elle est le contractant de l'assuré - elle l'est toujours -, et c'est à ce titre qu'elle nous retiendra dans un premier développement (I). D'autre part elle peut devenir le *partenaire* de l'assuré, tel que nous l'avons défini précédemment. Il en ira ainsi lorsqu'aucun intermédiaire ne se sera interposé entre l'entreprise et l'assuré.

La distinction correspondante doit être faite quand il s'agit du devoir de conseil, car il n'est pas certain que son étendue soit la même dans les deux cas. Sous le deuxième aspect, l'entreprise d'assurances verra ses obligations se rapprocher de celles des intermédiaires d'assurances.

Mais, lorsqu'il s'agit de ces derniers, le devoir de conseil nous paraît susceptible d'avoir deux fondements : tantôt un fondement légal, tantôt un fondement conventionnel. Dans le premier cas, il ferait partie des exigences requises à l'occasion de la présentation des opérations d'assurances et constituerait une sorte de minimum exigible par l'assuré (II) ; dans le second, il serait fondé sur une convention particulière dont la conclusion serait à la convenance des intéressés (III).

#### ■ I - LE DEVOIR DE CONSEIL DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCES EN SA QUALITÉ DE CONTRACTANT.

■ 10. On n'exclura certes pas, d'emblée, l'hypothèse d'un devoir de conseil en pareil cas, mais il nous paraît devoir être relativement limité, essentiellement pour deux raisons : d'une part un certain nombre de manquements de l'assureur ont une sanction spécifique, étrangère à la responsabilité civile que fait naître le manquement à un devoir de conseil ; d'autre part, sur le seul plan de la formation, de l'exécution, voire de la résiliation du contrat d'assurance, c'est-à-dire des mécanismes contractuels, l'assureur n'est tenu que de respecter les règles posées par le Code des assurances.

■ 11. Le Code des assurances a posé diverses règles afin que l'assuré soit parfaitement informé sur ses droits et ses obligations. Certaines sanctions telles que l'annulation du contrat d'assurance ou la déchéance de garantie doivent figurer en caractères très apparents dans la police d'assurance, sous peine d'inopposabilité à l'assuré. *A fortiori*, en va-t-il ainsi lorsque, au moment de l'acte ou de l'événement générateur de la sanction, la police n'a pas été remise à l'assuré.

Il en va de même pour les clauses d'exclusion. Au sujet de ces dernières, l'article L. 113-1 du Code des assurances impose qu'elles soient formelles et limitées. La Cour de cassation, au sujet de la seconde condition, a décidé qu'elle doit permettre à l'assuré de déterminer précisément ce qui n'est pas garanti par opposition à ce qui l'est. Au surplus, ces dernières années, l'article L. 113-1 a connu une fortune considérable, la Cour de cassation s'en étant servi, non sans excès parfois, pour permettre aux assurés d'avoir une claire vision de ce qui est exclu. Il s'agit là d'une obligation d'information, mais qui ne se ramène pas au devoir de conseil. D'une part la sanction d'une information inexacte est la nullité de la clause d'exclusion et non une responsabilité de l'assureur ; d'autre part l'appréciation portée par le juge sur la clause est une appréciation intrinsèque qui ne prend pas en considération, à la différence de ce qui se passe avec le devoir de conseil, la compétence que l'assuré pourrait avoir en matière d'assurance.

On vient d'envisager la sanction d'une irrégularité. Mais si nous supposons maintenant que l'assureur a fait ce que la loi exigeait de lui, les tribunaux doivent faire en sorte que l'assuré ne puisse rétablir la situation compromise de son propre fait par un recours au devoir de conseil qui jouerait ainsi le rôle d'une issue de secours. Des juridictions ne se sont pas laissées abuser. C'est ainsi que la demande d'un assuré, fondée sur un prétendu manquement de l'assureur à son devoir de conseil, fut rejetée, car la clause qui plafonnait la garantie était rédigée en termes clairs et précis, et un assuré moyen même non spécialiste aurait été apte à en comprendre le sens et la portée (Paris, 7<sup>e</sup> ch. A. 8 juin 1983, Darblay c. Mutrafer). C'est ainsi également qu'une autre cour d'appel (Dijon, 1<sup>re</sup> ch. , 2<sup>e</sup> sect., 12 janv. 1989, Sté Socovi c. Cossu) constate que l'assuré disposait des documents lui permettant de s'informer, et qu'il aurait dû lire attentivement les conditions générales de la police afin de connaître les conditions de la garantie.

■ **12.** Si l'assureur qui respecte les règles légales régissant les divers mécanismes contractuels ne peut guère se voir adresser un reproche, la jurisprudence, en revanche, lui impose de clarifier la situation auprès de l'assuré lorsqu'un incident perturbe le déroulement normal du contrat. En ce sens, il existe un arrêt de la 1<sup>ère</sup> Chambre civile de la Cour de cassation assez caractéristique, en date du 2 octobre 1984 (*Bull. civ. I*, n° 241). L'envoi d'un chèque par l'assuré avait été trop tardif pour empêcher la résiliation de l'assureur, consécutive au défaut de paiement de la prime, de produire effet, mais c'était à un jour près. L'assureur avait cependant conservé la prime, ce qui pouvait correspondre à une indemnité de résiliation, valable à l'époque. Une certaine ambiguïté en était résultée, l'assuré ayant pu croire que l'assureur renonçait à la résiliation. Un sinistre étant survenu peu après, une cour d'appel considéra que le contrat était résilié et que l'assureur n'avait commis aucune faute, car il appartenait, selon elle, à l'assuré de prendre contact avec celui-ci pour éclaircir la situation. La décision est cassée, car l'assureur avait manqué à son devoir de conseil en ne prenant pas l'initiative de

clarifier la situation, et en n'avertissant pas l'assuré de ce qu'il persistait à considérer le contrat comme résilié.

■ **13.** En dehors de cela, peut-on considérer que l'assureur, pris seulement en tant que contractant, est tenu de conseiller l'assuré, en particulier sur l'opportunité de telle assurance ou de telle garantie ? Nous avouons en douter sérieusement pour une raison très simple : dans le processus de formation du contrat, normalement ce n'est pas l'assureur qui fait la proposition d'assurance. Il se borne à délibérer sur l'offre qui lui est faite. Et même si la cassation n'est intervenue que pour un défaut de motifs, ce qui de prime abord en limite la portée, un arrêt comme celui rendu par la première chambre civile de la Cour de Cassation le 30 juin 1987 (Sté Derouineau c. GAMF) ne laisse pas d'être inquiétant. Une cour d'appel aurait dû répondre à des conclusions dans lesquelles l'assuré reprochait à l'assureur d'avoir manqué à son devoir de conseil en le laissant souscrire une police ne garantissant pas sa responsabilité contractuelle, alors qu'en tant que fabricant, il était exposé à une telle responsabilité comme en témoignait un sinistre. Les tribunaux ne pourraient formuler de telles exigences que dans le cas où du fait de l'absence totale d'un intermédiaire, l'assureur aurait été le partenaire nécessaire de l'assuré. Mais alors elles prendraient leur source en dehors du contrat d'assurance et auraient un fondement légal.

## ■ II - LE DEVOIR DE CONSEIL ATTACHÉ À LA PRÉSENTATION D'UNE OPÉRATION D'ASSURANCE .

■ **14.** C'est grâce à l'existence de ce devoir légal que l'on peut affirmer, comme nous l'avons fait en commençant, que chaque assuré trouvera un partenaire tenu envers lui. Toute personne présentant une opération d'assurance au public serait astreinte à donner les conseils et informations nécessaires.

Ce n'est pas trop forcer le sens de l'article R.511 - 1 du Code des assurances que de fonder sur lui un devoir de conseil. Rappelons-en les termes : « Est considérée comme présentation d'une opération... (d'assurance)... le fait, pour toute personne physique ou morale, de solliciter ou de recueillir la souscription d'un contrat d'assurance ou de capitalisation ou l'adhésion à un tel contrat ou d'exposer oralement ou par écrit à un souscripteur ou adhérent éventuel, en vue de cette souscription ou adhésion, les conditions de garantie d'un tel contrat ». Certes, à titre principal, cet article se borne à décrire ce qu'est la présentation d'une opération d'assurance, de manière que le juge soit en mesure de qualifier les actes d'une personne dont il est allégué qu'elle s'est livrée à une présentation alors qu'elle ne remplissait pas les conditions prévues par le Code des assurances. Mais peut-on supposer un instant que le législateur envisage, si l'on nous permet l'expression, de laisser ceux qui présentent des opérations d'assurance faire et dire n'importe quoi, alors qu'au nombre des conditions que pose l'article R. 511-4

du Code des assurances pour être habilité à faire de la présentation, figure la capacité professionnelle ? En somme les arrêts qui disent de l'agent général qu'en sa qualité de professionnel de l'assurance, il met sa compétence à la disposition du public, en font une application particulière.

Mais ce qui vaut pour l'agent général vaut pour toute autre personne faisant de la présentation d'opérations d'assurance à titre professionnel. Cependant, toutes les personnes autorisées à présenter des opérations d'assurance ne sont pas soumises aux mêmes conditions. Certaines ne sont pas des professionnels de l'assurance, et elles ne font de la présentation qu'à titre occasionnel. Il ne semble pas qu'il faille, pour autant, les dispenser de tout devoir de conseil, quitte à alléger celui-ci dans des proportions notables. Pour cette raison, nous procéderons à un examen séparé des situations.

#### **A) La présentation par des professionnels de l'assurance.**

■ **15.** On fera rentrer dans cette catégorie, d'une part, les personnes visées à l'article R. 511 - 2 du Code des assurances (courtiers, agents généraux, salariés commis à cet effet par l'une de ces personnes ainsi que par une entreprise d'assurances, mandataires non salariés des mêmes), d'autre part, le personnel salarié des entreprises d'assurances qui fait de la présentation au siège de celles-ci ou dans un bureau de production (cf. art. R. 512-2 C. ass.). Certes, ces dernières personnes ne sont pas soumises aux mêmes conditions que les précédentes, mais l'entreprise est à même de juger si les intéressés sont capables de conseiller et d'informer correctement les assurés.

■ **16.** L'intérêt d'un fondement du devoir de conseil commun à toutes ces personnes, et le caractère de minimum légal obligatoire de son contenu est de permettre un alignement de tous les professionnels sur les mêmes normes, et de leur imposer les mêmes obligations. Il n'y aurait plus lieu de faire de distinction entre l'agent général et le courtier, ce qui est déjà largement le cas en jurisprudence. Mais surtout, lorsque l'entreprise d'assurances a contracté directement avec l'assuré sans aucun intermédiaire - songeons, en particulier, aux mutuelles - elle serait astreinte aux mêmes obligations qu'un agent général ou un courtier, à une nuance près comme nous allons le voir.

■ **17.** Le devoir légal se limiterait à ce qui touche à la présentation d'opérations d'assurance ainsi qu'à certains de ses prolongements naturels (une information erronée sur le contenu des garanties donnée plusieurs mois après la souscription du contrat se situe dans le prolongement de cette dernière). D'ailleurs, on retrouve ici les deux types de carences de garantie indiquées précédemment. La jurisprudence, au sujet du courtier et de l'agent général, nous en offre déjà un répertoire relativement important.

Ainsi a-t-il été jugé,



■ au sujet de l'absence de garantie pour le genre de sinistre réalisé :

• que manque de base légale, l'arrêt d'une cour d'appel qui rejette l'action en responsabilité de l'assuré contre le courtier sans rechercher si celui-ci, en lui affirmant inexactement qu'un nouveau contrat d'assurance RC construction reprenait les garanties de tous les chantiers antérieurs couverts par la précédente police, n'avait pas manqué à son devoir de conseil (Cass. civ. I, 24 mai 1989, Lebret Sedel c. Lague) ; que manque à son devoir de conseil, le courtier qui a fait souscrire à son client des polices d'assurance privées de possibilités normales d'application (Paris, 7<sup>e</sup> ch. A, 3 mai 1989, Brobecker c. MPG) ;

• que l'agent général est tenu à un devoir de conseil envers l'assuré consistant à lui présenter une police appropriée au risque à assurer (Pau, 1<sup>re</sup> ch., 28 févr. 1989, Lotteriec. Sté Agro-alimentaire de Benquet) ; que manque à son devoir de conseil, l'agent général qui omet de signaler à l'assuré que son permis de conduire délivré à l'étranger n'est pas valable en France, alors qu'il connaissait la nationalité de l'intéressé (Orléans, ch. civ. 2<sup>e</sup> sect., 19 juin 1987, Abeille-Paix c. Gaveau) ;

■ et au sujet des incidents susceptibles de perturber le mécanisme de souscription, que manque à son devoir de conseil, l'agent dont les négligences ont empêché la formation du contrat après la signature d'une proposition d'assurance par un entrepreneur de construction (Orléans, ch. civ. 1<sup>re</sup> sect. 11 fév. 1987, LLOYD Continental c. Touzeau). A ce propos, on observera que si la perturbation d'un mécanisme contractuel lors de la souscription est le fait de l'entreprise d'assurances, sans qu'aucun intermédiaire soit en cause, la qualité de partenaire se confond pratiquement avec celle de contractant.

■ **18.** Pour en terminer avec la présentation faite par des professionnels de l'assurance, il importe de souligner que cette qualité implique l'obligation de conseiller ou d'informer sur n'importe quel point concernant l'assurance : le devoir de conseil est général. C'est à partir de cette caractéristique que l'on peut faire une différence avec la présentation d'opérations d'assurance par des non-professionnels de l'assurance.

## **B) La présentation par des non-professionnels de l'assurance.**

■ **19.** Les articles R. 512-3 et 512-4 du Code des assurances comportent une liste de personnes qui, bien que ne remplissant pas les conditions pour être habilitées à présenter des opérations d'assurances sont, par dérogation, autorisées à présenter certaines opérations particulières en rapport avec l'activité de l'entreprise ou de l'organisme auquel elles appartiennent. Le plus souvent, il s'agit de l'adhésion à un contrat souscrit par ceux-ci.

■ **20.** Jusqu'à présent, en fait, ce sont les organismes bancaires qui ont été astreints, par la jurisprudence, à un devoir de conseil envers les emprunteurs lorsqu'ils adhèrent au contrat d'assurance de groupe souscrit par l'organisme.



Nous avons indiqué précédemment que l'article R. 140-5 du Code des assurances a servi de point d'ancrage à ce devoir. Cependant, dans certains cas de manquements retenus par les tribunaux, cet article est hors de propos, et l'on est alors très près de manquements qui, quant à leur nature, s'apparentent étroitement à ceux reprochés aux professionnels de l'assurance. Ainsi peut-on parler de garantie inadéquate lorsque, deux époux étant co-emprunteurs, l'organisme ne fait assurer que le mari (Cass. civ. I, 17 fév. 1987 : D. 1987, somm. 334, observ. Cl. - J. Berr ; 30 juin 1987, D. 1988, somm. 158, observ. Cl. - J. Berr), et de négligence dans le processus de l'adhésion lorsque la banque n'informe pas l'emprunteur du refus de la compagnie d'assurances (Cass. civ. I, 15 oct. 1985 : D. 1987, somm. 34, observ. H. Groutel). Dans tous ces cas, il a été vu un manquement au devoir de conseil. Dès lors, on peut se demander si un devoir de conseil ne doit pas peser sur tous les organismes et entreprises qui présentent occasionnellement les opérations d'assurance prévues aux articles précités. Après tout, rien, habituellement, ne les oblige à souscrire un contrat collectif ouvert à ceux qui voudront bien y adhérer. S'ils décident de le faire, on est tenté de dire que c'est à leurs risques et périls.

Bien entendu, ce serait un devoir limité, à la mesure de l'opération particulière qu'ils présentent, et ne comportant pas des connaissances générales sur l'assurance. Par exemple, il n'y aurait rien de choquant à ce qu'il soit fait le reproche à une agence de voyages d'avoir mal renseigné un client sur les conditions de la garantie, en rapport avec le voyage lui-même, d'une assurance souscrite par son intermédiaire. A vrai dire, sans doute pourrait-on la condamner à réparer le préjudice causé sans qualifier davantage la faute. Mais préciser la qualification par référence à un devoir de conseil contribuerait à une construction cohérente de celui-ci. Le dernier élément de la construction qu'il nous reste à examiner est le devoir de conseil fondé sur une convention particulière.

### **■ III - LE DEVOIR DE CONSEIL FONDÉ SUR UNE CONVENTION PARTICULIÈRE**

■ **21.** Ce devoir viendrait en plus du minimum légal, et supposerait donc que quelqu'un a accepté de s'en charger. En fait, il s'agirait d'une convention portant sur la gestion, totale ou partielle, du ou des contrats de l'assuré, ce qui élimine pratiquement l'entreprise d'assurances elle-même et ne laisse que peu de place aux intermédiaires non-professionnels. Sont donc intéressés l'agent général, et plus encore le courtier. Le premier, en effet, étant à la fois le mandataire de l'entreprise d'assurances et un loueur d'ouvrage qui met à la disposition de celle-ci les services de son agence pour la gestion des contrats qui peuvent lui être confiés, ne se voit donner une tâche de gestion par l'assuré que de manière très occasionnelle. Au contraire, il est fréquent que le courtier joue un rôle important dans la gestion des assurances de ses clients.

■ **22.** L'essentiel, en tout cas, est que la preuve de l'existence de la convention soit établie par l'assuré, faute de quoi celui-ci ne pourrait invoquer un manquement contractuel de l'intermédiaire. On trouve déjà en jurisprudence des situations contrastées qui trouvent leur explication dans l'existence ou l'absence d'une telle convention.

Ainsi, selon une décision, le courtier n'est pas tenu d'interrompre la prescription qui court contre son client faute d'un pouvoir d'agir en justice (Paris, 19 sept, 1984, Sté Labalette c. Transports Chapuis) ; en revanche, selon une autre décision, le courtier qui s'est chargé de la gestion d'un sinistre en présentant une réclamation amiable de son client à l'assureur, manque à son devoir de conseil s'il n'attire pas l'attention dudit client sur la prescription biennale (Bourges, 1<sup>re</sup> ch., 7 déc. 1987, Office mosellan d'assurances c. Guérin). L'assuré ne peut reprocher à un agent général un manquement à son devoir de conseil et d'information tant qu'il n'établit pas qu'il lui a donné un mandat particulier pour la gestion intégrale de ses polices vis-à-vis de l'assureur (Paris, 7<sup>e</sup> ch. A, 18 déc, 1985, Sté Cofermet c. Caisse mutuelle de garantie des professionnels de l'assurance) ; en revanche, l'agent général, investi de la presque totalité des intérêts d'assurances de son client, manque à son devoir de conseil s'il ne lui a pas procuré un nouveau contrat après résiliation de celui qui avait été souscrit auprès de sa propre compagnie (Cass. civ. 7 mars 1989, Sté lilloise d'assurances et de réassurances c. Sanchez).

■ **23.** Ce dernier arrêt précise que l'agent général n'agissait plus en tant que mandataire de l'entreprise d'assurances, et que dès lors, l'article L. 511-1, alinéa 2, du Code des assurances n'avait pas lieu de s'appliquer. Rappelons que ce texte rend l'entreprise d'assurances civilement responsable des dommages causés par la faute de ses mandataires. Il trouve à s'appliquer en matière de devoir de conseil, mais en aval en quelque sorte, puisqu'il suppose établi le manquement du mandataire à son devoir de conseil propre. Pratiquement, en raison de la distinction que nous proposons, la responsabilité de l'entreprise d'assurances sur le fondement de l'article L. 511-1, alinéa 2, ne jouera que pour les manquements au devoir légal de conseil. D'ailleurs cette disposition vient juste après une autre, figurant à l'alinéa premier, aux termes de laquelle un décret en Conseil d'Etat définit la présentation d'une opération d'assurance et détermine les personnes habilitées à effectuer une telle présentation ■

## BIBLIOGRAPHIE

● GROUTEL (Hubert) :  
*Le Droit à indemnisation des victimes d'un accident de la circulation*, l'Assurance française.  
*Le Recours des organismes sociaux contre le responsable d'un accident*, Litec.  
 Rédacteur en chef de la revue *Responsabilité civile et assurances*, éditions techniques.

● GROUTEL (Hubert) en collaboration avec BERR (Claude.J.)  
*Les Grands arrêts du droit de l'assurance*, Sirey.  
*Les Assurés face aux assureurs dans le monde contemporain*, Sirey.

# Quinze images du droit du CONTRAT D'ASSURANCE

**L**e droit du contrat d'assurance n'est qu'une partie du droit des assurances en général. La législation régissant la surveillance des opérations des entreprises d'assurance revêt une importance considérable ; elle a une incidence sur le contrat lui-même sans qu'il soit toujours aisé de déterminer avec précision les limites de l'une et de l'autre. Le caractère technique marqué des opérations d'assurance comme le besoin de protection des assurés, qui se sentent souvent seuls et désarmés en face de l'assurance perçue comme puissance un peu mystérieuse, ont conduit un peu partout - à au moins une notable exception près - à la codification spéciale de ces activités. Au plan national, la connaissance de ces textes, principalement en matière de droit du contrat d'assurance, est du domaine de quelques spécialistes et n'est en tout cas pas répandue chez les premiers intéressés, les usagers. Ce que sont les pratiques réglementaires et contractuelles dans des pays voisins ou plus éloignés, où l'usager pourtant voyage ou avec qui il a des échanges commerciaux, est encore plus mal connu. L'ouvrage collectif publié par l'AIDA, Association Internationale de Droit des Assurances, rédigé en cinq langues sous le titre - Insurance Contract law, Droit du contrat d'assurance -<sup>1</sup>, apporte sur ce sujet des informations détaillées. Recueil de quinze monographies traitant des principaux pays d'Europe occidentale et de l'Est, cette publication sera suivie d'un second volume consacré aux législations en la matière d'autres pays européens et de pays d'Outre-mer. Dans son introduction, le Professeur M. Fontaine, initiateur de cette enquête, souligne qu'il s'agit en l'espèce d'un « bref état des lieux » du droit du contrat d'assurance en Europe à la fin du XXème siècle, ce droit étant par son essence technique, évolutif, comme le montrent les brefs rappels historiques qui ouvrent chaque étude nationale. Des mises à jour seront sans doute nécessaires, principalement pour les pays d'Europe de l'Est, en pleine mutation. Les relations entre assurés et assureurs se placent dans un contexte complexe où interviennent des facteurs économiques, sociaux, juridiques, commerciaux, psychologiques, culturels, éthiques, qui conditionnent à des degrés divers un dialogue souvent perçu comme inégal, en tout cas d'un équilibre difficile. En choisissant de ne traiter que l'aspect juridique relevant du droit du contrat

1. - Insurance contract law - Introduction M. FONTAINE. International Association for Insurance Law. Verlag Versicherungswirtschaft e. V. Karlsruhe 1990.

d'assurance, l'étude conduite par le Professeur Fontaine donne de ces relations, telles qu'elles sont définies par des textes contractuels, une image plus sereine, moins chargée de tensions, voire d'hostilité, que celle qu'on aura pu retirer de la lecture d'un autre ouvrage publié en 1983 sous le titre « les assurés face aux assureurs dans le monde contemporain »<sup>2</sup>, qui avait l'ambition de couvrir l'ensemble de ce contexte. Depuis cette date, l'évolution de ces composantes s'est considérablement accélérée au plan mondial avec l'intensification des échanges de toutes natures, le consummérisme, la prise de conscience de la généralité de problèmes tels que ceux qui ont touché l'assurance responsabilité professionnelle ou industrielle et commerciale ou les dommages à l'environnement, ou du rôle de l'assurance comme partenaire économique et social. Le droit du contrat d'assurance ne pouvait pas échapper à ce mouvement.

Dans cette évolution, toutefois, des règles de base et des principes fondamentaux restent communs, sous des formes variables, aux diverses législations en matière de contrat d'assurance. Le Professeur Fontaine les dégage dans sa lumineuse introduction. Ils visent en premier lieu à l'information nécessaire de l'assureur sur les caractéristiques du risque proposé à sa garantie, ainsi que sur leurs éventuelles modifications ultérieures, concernant le paiement de la prime et la sanction de la défaillance de l'assuré à l'exécuter dans les délais, ainsi que ses obligations en cas de sinistre et les modes de calcul d'une indemnité juste et conforme au contrat n'entraînant pas un enrichissement indu de l'assuré ou du tiers lésé. Sous cet angle, les lois sur le contrat d'assurance visent à préserver l'assureur contre des tentatives de fraude de l'assuré et tendraient à établir un déséquilibre en faveur de l'assureur. Cette orientation trouve sa justification dans la nécessité de mettre l'assureur, gestionnaire des fonds reçus des assurés, en état d'assumer à tout moment ses obligations de responsable social dans l'équilibre financier de ses opérations. Loin de faire de l'assuré un assujetti mineur, ces dispositions cherchent à le rendre conscient de ce que, souscrivant un contrat, il transfère à l'assureur, représentant d'une collectivité, un risque qui lui est propre et de ce qu'il entre dans un système où il a sa part de responsabilité. Cette idée paraît avoir été poussée à l'extrême dans le système anglais de common law dans lequel les tribunaux, rendant leurs décisions sur des cas modernes par interprétation de décisions anciennes en l'absence de toute loi sur le contrat d'assurance (sauf en assurance maritime), ont été conduits à ne pas faire de distinction entre cas concernant des entreprises commerciales et cas touchant l'homme de la rue : des illettrés ou des étrangers ne parlant pas anglais et désirant s'assurer en Angleterre sont supposés lire et comprendre leurs polices tout comme les responsables de multinationales. Le principe de *utmost good faith* fait à l'assuré un devoir non seulement d'éviter de fausses déclarations mais aussi de produire spontanément des éléments concernant le risque à assurer qui ne lui auraient pas été demandés ; faute de quoi, l'assureur est en droit de refuser toute prestation,

2. - *Les assurés face aux assureurs dans le monde contemporain* - C. J. BERR, H. GROUDEL, **Droit et gestion des assurances..** Sirey 1983.

sans avoir à prouver de relation entre le manquement de l'assuré et son propre préjudice. Une évolution récente tendrait à imposer ce principe très dur également à l'assureur qui aurait amené l'assuré à souscrire un contrat inadapté à ses besoins en négligeant d'exposer certains détails de l'étendue de la garantie.

Le souci de rétablir l'équilibre en faveur d'une meilleure protection de l'assuré lors de la conclusion et de l'exécution du contrat a marqué les lois sur le contrat d'assurance en vigueur dans un certain nombre de pays depuis le début du siècle, ou l'évolution de la jurisprudence dans d'autres Etats dont la loi n'a pas encore été adaptée aux modifications survenues dans les pratiques et dans les mentalités. Graduellement, il est fait de plus en plus de cas de l'individu, simple consommateur d'assurance, et de la nécessité de le protéger, surtout en assurances de particuliers, tandis que les grandes entreprises sont créditées de connaissances et de moyens susceptibles de les mettre à l'abri d'erreurs dans le choix de leur couverture d'assurance et de leur assureur.

Ces lignes générales trouvent progressivement une expression de plus en plus harmonisée dans les législations nationales, parfois déjà au niveau régional. Mais les caractères nationaux de chaque législation continueront sans doute à marquer le droit du contrat d'assurance. Les monographies de l'AIDA n'en ont que plus d'intérêt, car elles exposent le particularisme de chaque pays. On peut sans doute difficilement imaginer que l'Angleterre se dote prochainement d'un texte spécifique sur le contrat d'assurance, alors que son industrie de l'assurance a superbement prospéré depuis des siècles sans un tel appareil, et cela à la satisfaction de ses clients. En revanche, on peut penser que le législateur en Tchécoslovaquie, face aux réalités d'un environnement économique nouveau, voudra sans trop tarder moderniser le système complexe dont l'histoire et les orientations économiques et sociales de l'après-guerre ont doté le marché de l'assurance de son pays : trois codifications juridiques règlent l'assurance contractuelle, le Code civil, le Code économique et le Code du commerce extérieur, selon que sont concernés les citoyens, les « organisations socialistes » (entreprises nationales, coopératives, associations professionnelles) ou le commerce international. A quoi s'ajoute, pour la responsabilité civile automobile et l'assurance des entreprises socialistes agricoles, l'assurance légale. Si, dans les trois premiers régimes, la conclusion d'un contrat est volontaire et sous forme écrite, l'assurance légale prend, elle, naissance sans conclusion d'un contrat d'assurance.

Ce ne sont là que quelques exemples des solutions adoptées actuellement dans divers marchés pour tenir compte à la fois des techniques propres au contrat d'assurance, de la variété des systèmes économiques et sociaux, des traditions juridiques et du souci de protéger le consommateur d'assurance. De la lecture de l'ouvrage de l'AIDA, on peut retirer l'image de la stature que pourrait prendre l'assuré dans son dialogue avec l'assureur s'il était mieux informé de ce que sont ses droits et obligations selon la loi de son propre pays, qu'il est censé ne pas ignorer, et de ce qu'ils sont dans d'autres pays. Une meilleure connaissance

rendrait plus responsables les parties au contrat original qui est passé entre assureur et assuré. Un véritable enseignement, même rudimentaire mais aussi largement répandu que possible, serait la condition de base de cette meilleure connaissance. La lecture du recueil riche en informations rassemblées et analysées par le Professeur Fontaine est en tout cas un premier moyen de mieux comprendre. Elle est d'un intérêt primordial pour les entreprises et les intermédiaires de pays de la Communauté européenne qui auront recours à la liberté de prestation de services (CPS) ■

# A L'ECOUTE DES ASSURES

**MOTS CLÉS :** Assurance • Assuré • Communication • Culture de l'assurance • Droit • Formation • Information •

Créé pour répondre aux assurés, le Centre de Documentation et d'Information de l'Assurance (CDIA) (cf. encadré 1 • Une initiative des assureurs •) commence par les écouter. Il est donc un observateur permanent des rapports du consommateur avec l'assurance.

## UNE INITIATIVE DES ASSUREURS

Créé dès 1957 par les sociétés d'assurances pour répondre au besoin d'information des consommateurs d'assurance, le CDIA reçoit chaque année  
12 000 lettres, 3 000 visites  
et 25 000 appels téléphoniques d'assurés.

Le CDIA est aussi une source d'information technique pour les journalistes et de matériels pédagogiques pour les enseignants, un partenaire pour les collectivités, associations et services publics dans leurs activités de formation et d'information, l'éditeur d'une abondante documentation pratique et gratuite.

## CHAQUE MOIS, LE CDIA

- **répond à 100** journalistes qui l'interrogent ou l'interviewent.
- **participe à 30** émissions nationales ou régionales, radio ou télé.
  - **anime 100** réunions d'information.
- **expédie 250 000** brochures et fiches pratiques à la demande de collectivités ou d'organismes.
  - **correspond avec 250** enseignants, demandeurs de matériel pédagogique.
- **accueille 100 étudiants et 100** cadres d'entreprise, consultants et assureurs dans sa bibliothèque.
- **forme 300** créateurs d'entreprise, commerçants et artisans à la gestion de leurs assurances professionnelles.



Chaque année, quarante mille assurés lui écrivent, lui téléphonent, lui rendent visite, se déplacent pour obtenir une documentation, des explications ou des renseignements pratiques : ils se recrutent dans toutes les catégories

\* Directeur du CDIA



socio-professionnelles et toutes les classes d'âge. On constate néanmoins que, les hommes, les plus de 45 ans, les habitants de la région parisienne, les cadres et les employés sont sur-représentés.

| QUI INTERROGE LE CDIA ?<br><i>Catégorie socio-professionnelle</i> | Pop. fse<br>INSEE 88 | Public<br>CDIA |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|
| Agriculteurs exploitants                                          | 3,6 %                | 0,6 %          |
| Artisans, commerçants, chefs d'entreprise                         | 5,5 %                | 8,9 %          |
| Cadres, prof. intellectuelles sup.                                | 8,0 %                | 19,3 %         |
| Prof. intermédiaires, instituteurs, techniciens, contremaîtres    | 13,7 %               | 11,2 %         |
| Employés                                                          | 10,7 %               | 20,7 %         |
| Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)                           | 21,7 %               | 6,0 %          |
| Retraités                                                         | 17,3 %               | 22,3 %         |
| Autres inactifs                                                   | 19,5 %               | 11,0 %         |

Mais, les autres activités informatives du CDIA lui permettent de rencontrer, sur le terrain, des populations qui ne s'adressent pas directement à lui. C'est à l'occasion de réunions d'information organisées par des syndicats professionnels qu'il rencontre des agriculteurs. C'est dans le cadre des stages de formation organisés par les chambres consulaires qu'il rencontre des commerçants, artisans, créateurs d'entreprise. C'est dans le cadre scolaire ou militaire qu'il rencontre des jeunes. L'examen du courrier reçu met en évidence une forte dispersion des questions posées reflétant la diversité des cas particuliers. En 1987, lors de la dernière analyse d'un échantillon représentatif du courrier, quatre questions seulement présentaient un taux de répétition égal ou supérieur à 1 %, la plus fréquemment répétée ne totalisant que 1,2 % des lettres analysées. Que signifie alors une lettre isolée ou répétée à quelques dizaines d'exemplaires seulement, lorsque plusieurs centaines de milliers de chefs de ménage sont titulaires de la même assurance voire du même contrat que leurs auteurs ? A plusieurs reprises, l'expérience a montré que lorsque le CDIA recevait quatre ou cinq lettres réagissant par exemple à un mailing ou une annonce publicitaire d'un même assureur, ce dernier, alerté aussitôt, comptait dans son propre courrier quelques centaines de réactions similaires.

D'autre part, les relations permanentes qu'il entretient, au niveau régional et local avec les services publics, collectivités et organismes en contact avec le public, lui permettent, en même temps qu'il satisfait leurs demandes d'informations sur tous supports, d'enregistrer leurs témoignages sur les besoins ou les problèmes d'assurance des populations dont ils sont proches. Ainsi le contenu des appels directs et individuels des assurés peut-il être validé par recoupement avec les

informations et les opinions recueillies auprès de quelques milliers de témoins régionaux.

## **■ I - TOUS LES PROFILS D'ASSURÉS SONT PRÉSENTS CHEZ LES INTERLOCUTEURS DU CDIA**

Bien qu'il n'en coûte que le prix de la communication, nul n'interroge le CDIA s'il n'est pas motivé par une assez forte attente d'information objective. L'expérience montre que tout assuré est susceptible de manifester une telle attente par réaction à un stimulant ponctuel extérieur. Mais lorsque cette attente est spontanée, on serait tenté de dire qu'elle caractérise un profil spécifique d'assuré. C'est celui des quelques 15 % de correspondants qui dans une démarche rationnelle et volontariste viennent à lui pour s'informer sur leurs propres risques, évaluer leurs besoins objectifs de garanties et se renseigner sur l'offre afin de préparer un dialogue efficace avec l'assureur, une souscription active. Ceux-là ont reçu, parfois au lycée technique, souvent dans un stage de formation, une initiation à l'assurance suffisante pour avoir avec elle des rapports raisonnés et actifs. On peut penser qu'ils ne se départiront plus de ce comportement.

Il n'en est pas de même de la majorité des correspondants et visiteurs du CDIA qui ne viennent à lui que lorsqu'un événement ou une information les perturbe ou les déçoit. Plus de 50 % des assurés qui lui écrivent lui demandent confirmation ou infirmation des réponses ou des décisions de leur assureur, soit qu'ils ne les aient pas comprises, soit qu'ils les mettent en doute, soit qu'ils les contestent. Leur courrier révèle davantage les situations anormales et les dysfonctionnements que des comportements spécifiques. C'est la situation qui crée le comportement.

## **■ II - ASSURÉ-PASSION, ASSURÉ-RAISON**

L'assuré ne s'adresse pas au CDIA comme à son assureur. Il a avec ce dernier une relation d'autant plus affective qu'il a précisément fait choix de l'assureur considéré (société ou intermédiaire) plus souvent que du contrat et préféré faire confiance plutôt que d'étudier les clauses des garanties (cf encadré : « Le chef d'entreprise choisit son assureur »). A l'inverse, sa relation avec le CDIA est plus rationnelle. Elle ne comporte ni engagement, ni rapport d'argent. Il peut, s'il téléphone, interroger anonymement. Dans une lettre sur trois, l'assuré ne nomme pas l'assureur dont il cite les décisions ou les réponses. En s'adressant au CDIA, il prend ses distances avec son assureur.

### LE CHEF D'ENTREPRISE CHOISIT SON ASSUREUR

| Critères de choix d'un assureur (Q.2)           | % (491) |
|-------------------------------------------------|---------|
| • <b>les relations amicales ou de confiance</b> | 41,5    |
| • l'expérience de l'assureur                    | 30      |
| • les produits qu'il propose                    | 28      |
| • sa rapidité dans le règlement des sinistres   | 22      |
| • sa disponibilité                              | 12      |
| • autres : prix, prescription                   | 20      |

Extrait d'une enquête de l'Institut de recherches et d'études quantitatives  
auprès de 500 entreprises, petites et moyennes (1986)

Le CDIA pourra alors l'aider à dépasser avec son problème personnel, à surmonter la charge affective qu'un simple malentendu suffit souvent à générer. En effet, rares sont les assurés qui parviennent à dépersonnaliser totalement l'exposé du problème qui les préoccupe, au point que l'on peut se demander s'ils sont eux-mêmes concernés ou s'ils interrogent pour le compte d'autrui :

1) *Un contrat à versements libres peut-il être souscrit pour une période n'allant pas jusqu'à l'âge de la retraite (par exemple 50 ans) ?*

2) *Un contrat à versements libres peut-il être souscrit après l'âge de la retraite ?*

3) *Peut-on ouvrir plusieurs contrats à versements libres avec un même organisme ?*

4) *La désignation du bénéficiaire en cas de décès peut-elle renvoyer au testament ? ex : Dans le contrat x, le bénéficiaire est l'héritier et dans le testament, le bénéficiaire du contrat est Monsieur Y ou à défaut Monsieur Z (Extrait de lettre).*

Sommé de traduire, expliquer, faire comprendre, le CDIA doit amener son interlocuteur à une appréhension aussi rationnelle que possible du problème d'assurance qu'il pose. Les obstacles souvent rencontrés dans cette démarche résultent pour les uns des attentes fortement affectives du consommateur d'assurance, pour les autres de son manque de culture juridique, économique et, a fortiori, d'assurance. Qu'on ne s'étonne pas si de nombreux débats sur l'assurance dérapent, quels que soient les auditoires, sur les cas particuliers de quelques participants dont la réflexion sur le sujet se trouve biaisée par une expérience personnelle. Il est vrai que pour beaucoup de Français la souscription d'un contrat et ses avatars ont précédé l'acquisition des connaissances pour en démonter le mécanisme.

### ■ III - RISQUES IGNORÉS, RISQUES OCCULTES

L'acheteur d'assurance, chef de ménage ou chef d'entreprise, n'est guère préparé à l'évaluation de ses risques. Par exemple, les créateurs d'entreprise que le CDIA rencontre lors de leurs stages ou, pour quelques uns, en consultation, donnent unanimement priorité à l'assurance des biens de leur future entreprise. C'est qu'ils ont à l'esprit les capitaux investis. Ils sont moins nombreux à évoquer spontanément les risques de mise en cause de leur responsabilité à l'égard de la clientèle. Mais surtout, ils font l'impasse totale sur le risque d'être eux-mêmes

accidentés ou malades pendant les premières années décisives de leur affaire. Certains besoins d'assurance demeurent ainsi insatisfaits, tantôt faute des connaissances techniques ou juridiques nécessaires pour détecter et évaluer le risque, tantôt parce que la tendance naturelle est de l'occulter. Aucun automobiliste ne paraît savoir, avant que le CDIA ne l'en informe, que son assurance auto obligatoire ne l'indemniserait pas de ses dommages corporels s'il se trouve à la fois victime et seul responsable d'un accident. Cette découverte lui fera-t-elle souscrire une garantie du conducteur ? Ce n'est pas vérifié. Autre exemple : les réticences psychologiques s'ajoutent aux ignorances juridiques et fiscales pour occulter les risques du veuvage auxquels les femmes sont plus exposées que les hommes. L'assurance n'est ici qu'une des solutions utiles énumérées par la Fédération des associations de veuves civiles chefs de famille, qui ne cesse d'alerter une population dépourvue d'initiation juridique et peu motivée pour prendre les dispositions nécessaires (cf. encadré : extrait d'un dépliant de la FAVEC).

**« CA N'ARRIVE PAS QU'AUX AUTRES »**

*(Titre du dépliant de la Fédération des associations de veuves civiles chefs de famille dont voici un extrait)*

La France détient le record  
du taux de mortalité  
masculine pour l'Europe.

**1 FOYER SUR 4 EST  
UN FOYER DE VEUVE**

**Causes :**

- Maladies cardio-vasculaires
- Cancers
- Alcool et tabac
- Stress et suicide
- Accidents  
(circulation et travail)

**Y PENSONS-NOUS**

- Sur la route
- Au travail
- En famille
- Entre amis.

**A NOTER**

**Concubins :**

- Pas de réversion
  - Pas d'allocation veuvage
  - Pas de rente Accident-Travail
  - Frais de succession
- 2 concubins = 2 étrangers

**QUE PREVOIR**

**Chez le notaire :**

- Donation - Testament
- Contrat de mariage.

**A la banque, à la Caisse d'épargne,  
aux CCP.**

- Comptes joints
- Procurations.

**Chez l'assureur :**

- Assurance vie
  - Rente éducation
- Artisans, Commerçants,  
Professions libérales**
- Statut du conjoint

**Attribution préférentielle**  
**Consulter vos organismes  
professionnels**

Le manque de culture juridique de la majorité des consommateurs est un réel handicap dans leur relation avec l'assurance. Un bachelier sur cinq est censé avoir acquis au lycée les quelques notions de droit qui figurent au programme des bac G et du bac F8. Le contrat d'assurance sera souvent le premier contrat proposé à leur signature, avant l'engagement de location et le contrat de travail. Aucun exercice scolaire ne les a préparés à cet acte juridique, sauf dans l'enseignement technique grâce aux professeurs d'économie familiale et sociale.

Mais ce sont les notions de responsabilité qui paraissent les plus mystérieuses à l'assuré, qu'il soit chef d'entreprise, élu local, président d'association ou simple particulier.

#### ■ IV - QUI EST RESPONSABLE ET DANS QUELS CAS EST-ON RESPONSABLE ?

Voici par exemple une série de questions posées par des élus locaux réunis par leur association départementale pour une rencontre avec le CDIA :

- *La commune fait des aménagements près d'une rivière. Sera-t-elle responsable en cas de noyade ?*
- *La commune autorise l'installation d'une tribune sur un terrain communal ; Qui est responsable en cas d'accident dû, par exemple à un défaut de montage ?*
- *La commune va autoriser des jeunes de moins de 18 ans à utiliser une de ses salles. Sera-t-elle responsable s'ils font des bêtises ?*
- *Qui est responsable en cas d'accident dû à une mauvaise signalisation ?*
- *La commune gère un service de production et distribution d'eau et fournit notamment une usine textile. Serait-elle responsable en cas d'interruption accidentelle de l'alimentation en eau de cette usine ?*
- *La commune est-elle responsable des dégâts causés par les pompiers ?*

Les simples particuliers posent plus rarement ce genre de questions, pour ce qui les concerne, sauf lorsque leur responsabilité est déjà mise en cause ou que, victimes eux-mêmes, ils cherchent un responsable pourvu d'une assurance. Il a fallu l'inculpation pour homicide involontaire d'un président d'association sportive pour que le milieu associatif s'interroge et pose lui aussi des questions sur les responsabilités civiles et pénales des clubs et de leurs dirigeants.

#### ■ V - QUELLES SONT LES RESPONSABILITES PRÉSUMÉES ET CELLES QUI NE LE SONT PAS ?

Avec l'aide des Boutiques de logement, le CDIA a pu interviewer quelques dizaines de jeunes dans les semaines qui ont suivi l'attribution de leur premier logement (locatif) et la souscription légalement obligatoire de leur première assurance habitation. Quelques uns s'étaient comportés en consommateurs exigeants, interrogeant plusieurs assureurs et appréciant d'avoir obtenu de leur part quelques vingt minutes d'explications avant de choisir le meilleur rapport

qualité-prix . Mais pour le plus grand nombre, il n'y eut ni choix ni demande d'explications. Il fallait justifier de l'assurance pour avoir les clés. Certains n'ont même pas pris le temps de chercher le moindre prix. Ils se sont déclarés satisfaits d'avoir trouvé un assureur en face du bureau de l'office HLM ou de l'agence immobilière et d'avoir obtenu leur assurance en l'espace de quelques minutes. Un distributeur automatique aurait parfaitement répondu à leur attente. Mais on peut douter qu'ils aient pris conscience de leur responsabilité de locataire et de leur besoin de garantie.

Ce sont ceux-là que le bailleur devra plusieurs fois relancer l'année suivante pour qu'ils payent leur assurance et maintiennent leurs garanties. C'est à leur intention que le CDIA traduit, dans les publications qu'il diffuse, à la presse et les dépliants qu'il distribue aux locataires, les articles 1384, 1733 et 1734 du Code civil. Combien de locataires savent que le propriétaire n'a pas à prouver leur faute pour leur réclamer la réparation de l'immeuble incendié si le feu a pris naissance chez eux ? Et combien savent que le voisin, tout au contraire, doit apporter cette preuve s'il réclame lui aussi réparation ?

## ■ VI - UN DIALOGUE DIFFICILE FAUTE DE CONCEPTS DE RÉFÉRENCE

Les notions les plus élémentaires de l'assurance sont-elles mieux assimilées ? Il est permis d'en douter.

Quand l'assuré taquine son assureur et prétend récupérer les cotisations qu'il lui verse fidèlement depuis plusieurs années, il y a souvent, derrière la boutade, un malentendu plus profond.

A l'initiative du CDIA une enquête fut un jour menée dans un collège auprès d'élèves de quatrième et de troisième, âgés de treize à quinze ans. L'enquête portait sur les concepts de risque, de responsabilité et d'assurance. Invités à s'exprimer sur l'assurance, tous savaient qu'il faut verser une certaine somme chaque année pour être remboursé en cas d'accident. Mais un grand nombre des enfants interviewés n'avaient rien compris au principe de l'assurance. Beaucoup imaginaient que l'assureur ne rembourse le dommage qu'avec l'argent versé par le sinistré lui-même. Et les élèves de conclure qu'il faut éviter d'avoir un accident la première année, les versements étant trop faibles par rapport au coût du sinistre ! Quand la règle du jeu n'a pas été apprise dès l'école, il est facile de l'oublier même quand elle est simple et de bon sens. Il y a quelques années, quand les assurances vie dites - mixtes - étaient plus répandues qu'aujourd'hui, le CDIA était interrogé tous les jours par des assurés qui jugeaient insuffisant leur capital en cas de vie. Ils avaient tous oublié que leur contrat prévoyait aussi un capital décès et que la part de cotisation correspondante était bel et bien consommée.

Les questions posées quant au prix de l'assurance et quant aux indemnités seraient moins entachées de suspicion ou de protestation si le mécanisme de l'assurance était mieux connu. Ce sont les approximations, l'application de taux forfaitaires, qui surprennent et parfois scandalisent l'assuré. Certes, les écarts

tarifaires ont toujours du succès dans la presse mais ils suscitent moins de courrier au CDIA que les variations observées chez le même assureur, qu'il s'agisse du montant de la prime ou de l'évaluation du préjudice.

Une cotisation en baisse peut être aussi mal perçue qu'une cotisation en hausse. L'assuré dont le risque n'a pas changé en déduit volontiers qu'il aurait pu payer moins cher depuis plusieurs années déjà. Une révision en hausse des évaluations après sinistre sera certes acceptée mais avec des commentaires critiques. Le mot « marchandage » revient fréquemment dans les commentaires.

A ceux qui reprochent à l'assurance dommages de manquer d'exactitude, il manque non seulement la pratique du compromis et de la négociation mais la connaissance théorique du coût de revient de l'assurance, de ses composants et de l'anticipation du prix de vente sur le coût de revient.

#### ■ VII - ASSUREUR, ÉCOUTE-MOI !

Les assureurs et le CDIA seront mieux entendus quand leurs clients et le public auront acquis, dès l'adolescence, un minimum de culture d'assurance. Il deviendra possible de faire référence à des concepts communs. Beaucoup de préjugés, sources de malentendu, disparaîtront. Pour autant, l'éducation du consommateur et l'information de l'assuré ne devraient pas réduire son désir de se faire écouter.

Pour un assuré qui pose en une seule phrase, rédigée à la troisième personne, la « question de cours », ils sont cent à exposer à la première personne la situation, le projet ou l'accident qui leur fait attendre une réponse de l'assurance.

Tel est d'abord le comportement de tous ceux qui croient se trouver dans une situation non prévue par le contrat standard. C'est ainsi qu'une jeune femme se renseigne :

*« J'ai quitté l'appartement où j'habitais pour vivre avec mon ami chez lui. J'ai donc résilié mon assurance habitation, responsabilité civile. L'appartement où je vis est au nom de mon ami. Il en est le propriétaire. Je ne figure sur aucun papier comme téléphone ou EDF. Nous n'avons pas fait de certificat de concubinage. J'aimerais savoir si je bénéficie de l'assurance responsabilité civile de mon ami ».* (extrait de lettre). La réponse est dans le contrat de son ami, mais rédigée à la troisième personne, impersonnelle. Cette jeune femme attend une réponse à la deuxième personne, qui la concerne personnellement.

Même démarche chez le créateur d'entreprise, une fois sensibilisé à l'importance de l'assurance. Celui-là ne se satisfera pas de la multirisque proposée, même si elle est bien nécessaire et suffisante à la protection de son affaire, tant que l'assureur ne se sera pas mis à l'écoute de son projet et n'aura pas analysé ses risques.

Mais l'exigence d'être considérées comme un cas particulier est plus fréquente chez les victimes de sinistres. Ainsi de nombreux usagers de la route manifestent par le récit qu'ils font de leur accident combien la rédaction du constat amiable a été pour eux non seulement difficile mais frustrante. Cocher les cases du



constat, c'est renoncer à présenter sa version personnelle de l'événement. C'est donner, d'un événement au moins contrariant quand il n'est pas douloureux, une version abstraite, objective et normalisée.

Une action pédagogique engagée avec les Armées depuis dix ans, en cours de généralisation dans les auto-écoles, permet d'entraîner les assurés à rédiger - à blanc - un constat amiable d'accident. Les résultats obtenus chez les conducteurs militaires ont prouvé l'efficacité de cet entraînement. Mieux rédigés, les constats seront mieux exploités par les régleurs de sinistres et le règlement en sera encore accéléré. Les erreurs de rédaction seront également moins nombreuses ainsi que les mauvaises surprises et les conflits qui en découlent. Pour autant les assureurs devront encore longtemps et peut-être toujours écouter les récits d'accident de leurs clients.

#### ■ VIII - DES ASSURÉS QUI S'ASSUMENT

Dans le même temps où de nombreux consommateurs d'assurance s'affranchissent du conseil, comparent les prix, préfèrent la simplicité des produits standards à la complexité du sur-mesure, on voit des assurés - les mêmes peut-être - adopter dans leurs rapports à l'assurance une conduite de plus en plus active. Les uns tentent de s'approprier le vocabulaire des assureurs, pour le meilleur et pour le pire...

*« Je me permets de vous écrire pour vous demander s'il était possible de me donner quelques explications au sujet d'un litige concernant l'assurance de ma voiture ; en effet, j'ai contracté une résiliation probable à date échue et de ce fait aimerais connaître les conditions de recours lors de ce problème porté à mon attention.*

*Il faut que vous sachiez que je sollicite de votre part une information précise concernant la politique de l'action intentée à mon égard : au risque d'entamer une quelconque procédure...*

*Enfin, je ne crois pas que de telles mesures soient d'utilité publique et en rapport avec la loi, inscrit lui-même dans le Code des assurances ».* (Extrait de lettre).

Les autres retournent à l'assureur ses propres arguments, proposant parfois avec bon sens des solutions qui paraîtront hérétiques à l'assureur chevronné.

*« J'ai prêté à mon fils, tout à fait occasionnellement mon véhicule. Ce dernier étant jeune conducteur, mon contrat auto prévoit une franchise de 4 600 F en cas d'accident responsable. Ce dernier a eu malheureusement un petit accident responsable, et le montant des réparations est inférieur à 2 000 F. J'ai donc écrit à la compagnie de mon adversaire pour lui proposer de régler directement, sans passer par ma société. Etant donné cette franchise, je me considère comme étant mon propre assureur jusqu'au plafond de la franchise. De quel droit la compagnie adverse se refuse à se faire payer par moi directement ? »* (Extrait de lettre).

*« Malgré une formation supérieure agricole, il est bon de se remettre tous les jours dans la réalité. Bien des thèmes sont à l'étude : la gestion, les problèmes fiscaux,*

*les démarches administratives... Mais un dossier me paraît très important et je ne voudrais pas le négliger... c'est celui des assurances... » (Extrait de lettre).*

Nombreux sont ceux qui dans leur comportement séparent nettement la quête d'information et l'achat de la garantie. On devine dans leurs courriers la volonté d'étudier eux-mêmes leurs risques et leurs besoins d'assurance avant de rencontrer l'assureur ou les assureurs qu'ils mettront en concurrence. Ces derniers voient venir à eux des demandeurs actifs.

*« Nous aimerions étudier les assurances que doit ou peut souscrire une association ou une SARL. A cette fin, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir nous transmettre toutes les informations que vous jugerez utiles pour que nous puissions apprécier les éléments en rapport avec les assurances que doit souscrire une association ou une SARL. » (Extrait de lettre).*

*« Malgré une formation supérieure agricole, il est bon de se remettre tous les jours dans la réalité. Bien des thèmes sont l'étude ; la gestion, les problèmes fiscaux, les démarches administratives... Mais un dossier me paraît très important et je ne voudrais pas le négliger... c'est celui des assurances... » (Extrait de lettre).*

Ici s'arrêtent les observations du CDIA mais les assureurs peuvent témoigner que de nombreux clients n'attendent qu'une invitation pour se révéler d'actifs consommateurs d'assurance, disposés aux rencontres, aux tests, aux panels, à toutes les formes de dialogue et de participation avec leur société d'assurance et ses représentants dans la recherche de la qualité et la prévention ■

# Le coût du risque automobile

## LES PRATIQUES DE TARIFICATION

### et d'indemnisation

**MOTS CLÉS :** Automobile. Bonus-malus. Indemnisation. Responsabilité. Segmentation. Tarification. Tarifs.

**L**A TARIFICATION DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE EN FRANCE LOBÉIT A DEUX PRINCIPES : UNE TARIFICATION A **PRIORI** QUI CHERCHE À SEGMENTER LES ASSURÉS EN FONCTION DE LEURS RISQUES PRÉSUMÉS ; UNE TARIFICATION A **POSTERIORI** QUI TIENT COMPTE DES RÉSULTATS. MAIS CES PRINCIPES DOIVENT ÊTRE MIS EN RELATION AVEC LES RÈGLES D'INDEMNISATION CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME FRANÇAIS.

**L**es assureurs automobiles n'ont pas pour simple rôle d'encaisser des primes et de régler des sinistres. Sachant qu'il convient d'obtenir un équilibre entre primes perçues et indemnités versées, il leur appartient de rechercher le juste prix de l'assurance automobile en faisant l'inventaire des prestations payées en fonction des conditions de garantie, puis de répartir la charge des sinistres le plus équitablement possible entre tous les souscripteurs. Pour cela ils ont besoin de collecter de l'information sur les conducteurs, les véhicules et les sinistres. À partir de ces informations, ils établissent les bases de la tarification. Parallèlement, ils rassemblent tous les éléments qui contribuent à apprécier objectivement le montant de la réparation pour les dommages tant matériels que corporels. C'est l'objet des pratiques d'indemnisation.

L'harmonie du système repose sur une communication loyale d'informations entre l'assureur, l'assuré et le lésé ; elle doit tendre vers un montant optimal de la prime pour assurer une réparation satisfaisante des dommages.

\* Directeur au service automobile de l'APSAD (Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages).

## I - LA COLLECTE DE L'INFORMATION

L'établissement et la gestion du contrat d'assurance automobile nécessitent de collecter auprès de l'assuré des informations de natures diverses. Tout d'abord, pour établir le contrat, l'assureur recueille des renseignements nécessaires à la description du risque et, selon les sociétés, cette collecte est plus ou moins élaborée. Elle peut concerner le souscripteur du contrat, mais également tous les conducteurs dénommés du véhicule assuré.

La connaissance de la marque, du modèle et de la version de la voiture est indispensable. Souvent il convient de l'assortir de la date de première mise en circulation, du mode d'achat, du mode d'acquisition, de l'état du véhicule, etc... L'usage qui est fait du véhicule et l'intensité d'utilisation sont également des éléments d'appréciation et de plus en plus d'assureurs souhaitent connaître le kilométrage annuel. Pour le transfert obligatoire du bonus-malus, les assurés qui changent d'assureurs doivent apporter la justification de leur taux de réduction-majoration et des antécédents du risque. A cet effet l'arrêté du 22 juillet 1983 concernant la clause type de réduction-majoration a rendu obligatoire le relevé d'informations sur les conducteurs désignés au contrat. L'assuré qui change d'assureur doit fournir ce relevé d'informations, établi par le précédent assureur, pour souscrire son nouveau contrat.

Parallèlement, pour la bonne application du bonus-malus, la société enregistre tous les sinistres pris en compte par la clause type de réduction-majoration agissant sur le montant de la prime.

Le prix de l'assurance dépend des garanties accordées et l'assuré a un très grand choix de formules. Outre le développement des garanties complémentaires contractuelles de dommages corporels des conducteurs fautifs et non fautifs et des passagers, il y a une réelle demande pour des prestations en nature de dépannage et d'assistance.

A la survenance du sinistre, l'assureur a besoin d'informations pour engager les procédures d'indemnisation. Pour faciliter cette collecte, les assureurs français ont généralisé l'usage du constat amiable pour les sinistres matériels. En ce qui concerne les sinistres corporels, le plus souvent la police et la gendarmerie établissent un procès-verbal d'accident qui est centralisé par une organisation appelée TRANS-PV et redistribué aux sociétés. Ces procédures ont permis d'accélérer considérablement la transmission des informations, de réduire les délais d'indemnisation et de diminuer les frais de gestion.

Le constat amiable et le procès-verbal permettent d'apprécier les circonstances de l'accident et de déterminer les responsabilités.

En revanche, l'assureur n'est un spécialiste ni pour déterminer le coût des réparations d'un véhicule, ni pour apprécier la gravité des blessures d'une victime. Dans les deux cas, l'assureur fait appel à des experts. L'expert en automobile constate les dégâts et fixe le montant de la réparation ou apprécie la valeur du véhicule avant sinistre s'il s'agit d'une épave. Le médecin expert en dommages corporels apporte la preuve de la réalité et de l'imputabilité des

dommages causés par l'accident et détermine éventuellement un taux d'incapacité. Le rapport médical permet d'apprécier les lésions et les séquelles ; le montant du préjudice causé est fixé selon les bases du Droit Commun soit par transaction, soit par décision du juge en fonction de l'âge, de l'activité de la victime et des pertes pécuniaires entraînées par l'accident.

Compte-tenu de la concurrence de plus en plus sévère, les sociétés d'assurances s'organisent pour sélectionner les meilleurs risques et pratiquer les meilleurs prix. Des statistiques ont été développées pour connaître les catégories de contrats où la probabilité de survenance des sinistres est la plus faible.

Toute collecte d'informations qui permet de mieux contrôler l'évolution de la charge des sinistres et donc d'agir sur le prix de revient de l'assurance sans nuire à la qualité de l'indemnisation est nécessaire et favorable aux consommateurs.

L'examen des observations d'une seule société, si importante soit elle, n'est souvent pas suffisant pour une appréciation représentative de la mesure des risques de l'ensemble du marché.

Pour avoir une vue globale, à peu près sans biais, il convient de fusionner les informations en provenance de plusieurs sociétés ou mieux de tirer des échantillons représentatifs de l'ensemble des portefeuilles du marché.

Mais la fusion d'informations en provenance de plusieurs sociétés d'assurances n'est pas sans difficulté, car la définition des risques et des garanties est souvent différente d'une société à l'autre. Il convient donc de normaliser la collecte en donnant des règles précises pour rechercher un dénominateur commun à l'ensemble des sociétés.

## **II - LES PRATIQUES DE TARIFICATION**

Après avoir collecté les informations nécessaires à la connaissance du risque, des analyses statistiques plus ou moins sophistiquées permettent de rechercher le plus juste prix pour les critères de tarification choisis.

La méthode utilisée est la recherche de classes tarifaires les plus homogènes possible, c'est-à-dire où la distribution des risques selon les fréquences individuelles de survenance des accidents est la moins dispersée possible.

### **2. 1. Tarification *a priori***

Pour chacune des classes tarifaires est observé un coût moyen du risque par véhicule qui, chargé des frais de gestion et de distribution, fournit le prix à payer par l'assuré, net de taxes. Ces analyses donnent lieu à la fabrication d'un tarif dit *a priori* qui permet de fixer le prix à la souscription du contrat en fonction des caractéristiques retenues pour classer l'assuré et son véhicule. Mais il est bien certain que tous les assurés pris individuellement dans une classe tarifaire donnée ne présentent pas tout à fait le même risque. Il faut éviter que les meilleurs conducteurs de la classe de risque considérée soient trop sur-tarifés et les moins bons trop sous-tarifés. Pour limiter le plus possible cet inconvénient, les

assureurs doivent développer l'analyse de la connaissance du risque en recherchant de nouveaux critères discriminants et en augmentant le nombre des classes de risque. Actuellement, la concurrence se faisant surtout sur le prix à la souscription, les assureurs multiplient les moyens pour mieux connaître le risque *a priori* : ils calculent au plus juste le prix de revient du risque des meilleurs conducteurs et évitent de sous-tarifier les mauvais risques. Les critères de choix possibles ne sont pas en nombre infini. De plus, leur utilisation doit être pratique et ne pas conduire à des déviations tarifaires. Il faut que leur détermination soit objective et ne donne pas lieu à contestation, ce qui exclut notamment tout critère de nature psychologique : comportement caractériel plus ou moins agressif, émotionnel etc... même si leur influence sur le risque est très probable.

Cette méthode peut également conduire à fixer pour certaines classes à haut risque des primes économiquement inacceptables. Si l'assuré considère que le prix à payer est trop élevé, il peut avoir deux attitudes :

- soit raisonnable, il modifie les conditions d'utilisation du véhicule pour payer moins cher et même cesse de l'utiliser ;
- soit contestataire, il sort de la légalité et circule sans assurance.

Ces situations peuvent entraîner des mouvements d'agacement de la part des populations concernées : ce fut le cas des jeunes conducteurs quand les assureurs ont voulu leur appliquer la vérité des prix ; ce fut le cas des motards quand le risque était devenu extrêmement lourd.

Le rejet systématique de mauvais risques par les sociétés d'assurances dans un régime d'assurance obligatoire a amené les pouvoirs publics à créer un Bureau Central de Tarification qui impose une société d'assurance et un tarif dans tous les cas de rejets. Pour les jeunes conducteurs, les pouvoirs publics ont tenté de limiter les surprimes par une réglementation tarifaire et certaines sociétés, qui commercialement ont choisi de développer la souscription des jeunes assurés, ont accepté de procéder à des transferts de charge de cette catégorie sur d'autres. La concurrence a conduit les sociétés à multiplier les modalités tarifaires, mais néanmoins l'ensemble du marché national a gardé des critères de base. Le premier élément dominant de la tarification est le véhicule. Les études statistiques ont montré qu'il y avait une bonne corrélation entre le coût du risque par véhicule et la vitesse de pointe, la puissance, la conception mécanique (suspension, freinage, propulsion). Ces constatations ont conduit à bâtir une formule de classement *a priori* des véhicules en fonction des critères techniques.

De cette façon, pour la tarification de Responsabilité civile les voitures ont été classées dans des groupes de tarification. Il convient de préciser que plus les voitures ont des possibilités de vitesse élevée, plus la fréquence des sinistres déclarés pour 1000 voitures-années s'accroît et plus les accidents sont graves. Mais cette observation mérite une approche plus fine : en effet, si la fréquence annuelle croît avec la vitesse de pointe des véhicules, pour les modèles classiques, le kilométrage croît également avec la puissance du véhicule de telle sorte que la fréquence au kilomètre n'est pas en moyenne significativement différente entre

des modèles tels que la Volkswagen Golf et la Mercedes 190 ou entre la Renault 5 et la Renault 25. En revanche, les écarts de gravité des sinistres provoqués par ces couples de véhicules demeurent : en moyenne la Mercedes cause des dommages plus graves que la Golf de base et ceux causés par la Renault 25 sont également supérieurs à ceux de la Renault 5. D'une façon générale, à fréquences comparables de sinistres, plus les véhicules sont puissants, plus les coûts des accidents tant matériels que corporels sont élevés pour l'assurance.

Néanmoins, les véhicules rapides utilisés à des vitesses acceptables pourraient ne pas être plus dangereux que les autres si la clientèle qu'ils attirent n'était pas tentée d'utiliser parfois au-delà du raisonnable les possibilités de ces véhicules.

On en veut pour preuve la comparaison du risque entre la Peugeot 205 de base (vitesse de pointe 142 km/h) et la 205 GTI (196 km/h), la Golf de base (vitesse de pointe 140 km/h) et la Golf GTI 16 soupapes (195 km/h), la Renault 5 de base (vitesse de pointe 142 km/h) et la Renault GT turbo (200 km/h), la Fiat Uno 55 (vitesse de pointe 150 km/h) et la Fiat Uno Turbo (200 km/h) et, d'une façon plus générale, pour un modèle donné entre le bas et le haut de gamme très performant. Pour un modèle donné, la différence de coût du risque observée peut varier de plus de un à deux entre le modèle de base et le plus « poussé ». Cet écart s'explique à peu près entièrement par l'effet vitesse sur une clientèle attirée par les performances. Les assureurs en ont tiré des leçons pour la tarification : la prime des véhicules de bas de gamme est plus basse que celle des véhicules de haut de gamme. En assurance de dommages aux véhicules, un autre élément intervient dans la tarification des véhicules, c'est le prix des réparations. Deux modèles ayant des fréquences d'accidents voisines peuvent avoir des coûts de réparation très différents pour des chocs identiques. Des études ont été menées sur le coût de la réparabilité des véhicules et les assureurs ont pris en compte ce critère pour fixer le prix des garanties « dommages aux véhicules ».

L'âge des véhicules est également un facteur caractéristique du risque : la fréquence annuelle décroît régulièrement au fur et à mesure que les véhicules vieillissent. En revanche, la fréquence au kilomètre croît légèrement avec l'ancienneté du véhicule jusqu'à dix ou quinze ans d'âge. Même si les vieux véhicules sont plus dangereux au kilomètre parcouru que les véhicules neufs, le prix de revient de l'assurance de Responsabilité Civile d'un véhicule de plus de quinze ans est le tiers de celui d'un véhicule de moins d'un an. La plus grande partie de l'écart s'explique par la différence de kilomètres parcourus, mais la gravité des accidents est également moindre pour les vieux véhicules : un conducteur se sent plus en sécurité dans un véhicule neuf que dans un vieux véhicule en plus ou moins bon état : cela se traduit par une conduite plus rapide en moyenne et donc des accidents plus graves pour les véhicules neufs. Beaucoup d'assureurs ont donc pris en compte l'âge des véhicules pour fixer la prime d'assurance.

La zone de circulation des véhicules fait également partie des critères de base de tarification *a priori*. En effet, les zones à faible densité de circulation se caractérisent par des fréquences d'accidents basses, un coût de réparation des véhicules



en milieu rural plus modeste que dans les grandes villes mais une gravité des accidents plus grande. Globalement le prix de revient de l'assurance est tout de même plus faible à la campagne par rapport aux zones urbaines. En d'autres termes, l'assurance automobile est moins chère dans la Creuse qu'à Marseille. Bien d'autres critères de tarification *a priori* sont utilisés par les assureurs automobiles mais de façon moins systématique. Il faut se méfier des trop fortes corrélations entre certains critères : par exemple comme il a été dit précédemment, le kilométrage moyen annuel est très fortement corrélé avec l'âge des véhicules. Si ces deux critères sont retenus, il faut analyser la part du risque expliquée par l'un après avoir éliminé l'influence de l'autre et vice versa. La multiplication des critères nécessite l'emploi de méthode d'analyse des données qui permettra de quantifier la part du prix de l'assurance qui peut être expliquée par chacun des critères de tarification retenus.

Au delà des critères de tarification, certaines sociétés ont défini des critères de sélection qui permettent le classement *a priori* des assurés dans les mutualités qui correspondent le mieux à leur comportement. Cette pratique peut se concrétiser par le calcul d'une note (ou score) qui fixe l'appartenance d'un individu à une classe de risque.

## 2. 2. Tarification *a posteriori*

A un moment donné, il est apparu que la tarification *a priori* avait ses limites. Les assureurs ont étudié la survenance des sinistres et ont observé que les assurés qui avaient déclaré des sinistres au cours d'une période passée avaient une probabilité plus forte d'en avoir dans l'avenir proche. De ces études apparaissait la justification technique d'une tarification basée sur la survenance des sinistres du passé récent. Parallèlement, sous prétexte d'éviter que les bons conducteurs sans sinistre paient pour les mauvais, il pouvait apparaître psychologiquement intéressant d'accorder des réductions pour absence de sinistre et des majorations pour sinistres.

De cette façon sont apparus les systèmes de tarification dits *a posteriori* qui font évoluer la prime fixée *a priori* en fonction de la sinistralité propre à chaque assuré. Cette technique a débouché sur le système de bonus-malus.

Les études sur les fréquences liées, c'est-à-dire l'évolution des fréquences probables en fonction de la sinistralité sont à la base des travaux théoriques. L'observation statistique de cohortes d'assurés a été effectuée sur plusieurs années et a donné lieu à des analyses mathématiques de modélisation. De nombreuses études théoriques ont été publiées sur ce sujet dans le bulletin de l'ASTIN<sup>1</sup> depuis près d'un demi-siècle.

L'hétérogénéité d'une classe tarifaire est prouvée par les études d'analyse de variance. Même si le tarif *a priori* est particulièrement bien construit, il est difficile d'expliquer plus de la moitié de la variance totale par les seuls critères objectifs retenus. Plus concrètement, dans une classe tarifaire donnée, les assurés qui

1. *Actuarial Studies in Non Life Insurance - Bulletin de l'Association Internationale des Actuaires non Vie.*

n'ont pas eu de sinistre pendant une année constituent une sous-population de fréquence meilleure que la population d'origine, ce qui ne devrait pas être si la population était parfaitement homogène.

Un des modèles théoriques les plus couramment proposés est une loi de probabilité composée qui prend en compte, au niveau de chaque individu la probabilité d'avoir 1, 2, 3,... n sinistres au cours d'une année et la probabilité d'avoir une fréquence individuelle  $f_i$  dans une classe tarifaire  $i$  de fréquence moyenne  $f$ .

Cette modélisation permet de calculer les fréquences probables des assurés d'une classe tarifaire caractérisée par la fréquence moyenne en fonction du nombre de sinistres qu'ils ont causés au cours d'une période donnée.

A titre d'exemple, il est indiqué ci-après de façon schématique le résultat de la modélisation pour deux classes tarifaires 1 et 2 de fréquence moyenne respective 0,05 (ce qui signifie 50 sinistres par an pour 1 000 véhicules) et 0,2 (200 sinistres par an pour 1 000 véhicules).

#### **Classe 1 ( $f = 0,05$ )**

Après un an d'observation, la population de cette classe qui n'a pas eu de sinistre a une fréquence probable inférieure de 4,8 % à la fréquence de départ. La population de cette classe qui reste dix ans sans sinistre a une fréquence moyenne qui est inférieure de 32,3 % à la fréquence moyenne de la classe. Avec un sinistre survenu au cours de la première année, la fréquence probable de deuxième année est de 90,5 % supérieure à la fréquence moyenne de la classe.

#### **Classe 2 ( $f = 0,2$ )**

Après un an d'observation sans sinistre la fréquence probable est inférieure de 16,7 % à la fréquence moyenne de la classe (au lieu de 4,8 % pour la classe 1).

Après dix ans d'observation sans sinistre la fréquence moyenne de la sous-population est inférieure de 66,7 % à la fréquence moyenne de la classe (au lieu de 32,3 % pour la classe 1). Un sinistre survenu au cours de la première année entraîne pour la sous-population concernée une fréquence probable de deuxième année supérieure de 66,7 % à la fréquence moyenne de la classe (au lieu de 90,5 % pour la classe 1).

Si les primes sont dans le rapport des fréquences, au départ un assuré rattaché *a priori* à la classe 2 paie quatre fois le prix de l'assuré de la classe 1.

Après un an sans sinistre, la prime devrait baisser de 4,8 % dans la classe 1 et de 16,7 % dans la classe 2.

Après dix ans sans sinistre, le rapport des fréquences probables selon le classement *a priori* des assurés n'est plus que de un à deux et donc le rapport des primes doit également être de un à deux (au lieu de un à quatre au départ).

La survenance du premier sinistre après un an devrait entraîner une majoration du tarif de 90,5 % dans la classe 1 et de 66,7 % dans la classe 2.

Cette analyse de la modélisation montre qu'à l'infini deux assurés de même fréquence individuelle devraient tendre vers la même prime. C'est ce que l'on

appelle la convergence. Pour réaliser cette convergence, il est nécessaire que le régime de bonus-malus dépende du tarif d'entrée et donc que le processus d'évolution des primes selon le nombre de sinistres ne soit pas le même pour toutes les classes fixées *a priori*. Actuellement la clause type de réduction-majoration en vigueur en France entraîne, pour deux assurés ayant eu le même nombre de sinistres, un même taux de réduction ou de majoration par rapport à des primes de souscription très différentes.

Le bon fonctionnement du système de bonus-malus dépend de la bonne connaissance de la survenance des sinistres et, compte-tenu des fréquences relativement basses (en moyenne un sinistre de responsabilité tous les douze ou treize ans), les périodes d'observation doivent être longues pour parvenir à ajuster la prime en fonction de la fréquence individuelle de chaque assuré. Le bonus accordé sera proportionnel au nombre d'années sans sinistre et le malus au nombre de sinistres observés. Le malus sera d'autant plus important que la période d'observation sera plus courte. De plus, les observations statistiques ont également tendance à montrer que les sinistres les plus récents conditionnent plus la fréquence future que les sinistres plus anciens. Le fonctionnement satisfaisant du système de bonus-malus implique l'enregistrement de tous les sinistres de chaque assuré. Pour les populations à faible fréquence, la majoration appliquée lors de la survenance d'un sinistre est beaucoup plus importante que la réduction accordée par année sans sinistre. Notamment dans l'exemple ci-dessus donné pour la classe 1, la majoration pour un sinistre après un an devrait être de 90,5 % et la réduction après un an sans sinistre de 4,8 %. En pratique, le malus retenu est de 25 % bien inférieur à ce qu'exige la technique, le taux de bonus étant correct. Cela revient à faire converger la prime vers un niveau inférieur à la réalité du risque et donc à déséquilibrer le système ; il en résulte un abaissement de la prime moyenne encaissée. Cet abaissement doit être compensé par un relèvement des primes *a priori*.

La manoeuvre qui consiste à compenser par un relèvement du tarif d'entrée l'abaissement des primes dû à l'application de la clause type de bonus-malus est appelé « coût du système ». Plus la prime de départ est basse, plus le bonus par année sans sinistre devrait être faible et plus le malus par sinistre devrait être fort. Au delà du modèle décrit, il convient de signaler qu'en pratique la prime dépend surtout de la fréquence mais également du coût des sinistres. Les conséquences financières des sinistres corporels graves sont indépendants du comportement du conducteur et doivent être réparties sur l'ensemble des souscripteurs proportionnellement à la prime payée par assuré : cette charge est estimée à 30 % de la prime. Il est donc prudent que les réductions pour absence de sinistre au cours d'une très longue période n'excèdent pas 70 % de la prime de base.

L'avantage dominant de la clause type de réduction-majoration est sa simplicité. Elle est maintenant comprise et connue des assurés. Elle ne donne pratiquement plus lieu à contestation dans son principe, mais il est vrai que près de 60 % des conducteurs ont atteint le bonus maximum. En revanche, la prise en compte des

sinistres n'engageant pas directement la responsabilité de l'assuré est encore une source de contestation. Le transfert du taux de bonus-malus d'une société à l'autre est facile, d'autant plus qu'en cas de changement de société, le précédent assureur est tenu de fournir à l'assuré un relevé d'informations sur les sinistres survenus au cours des cinq dernières années.

L'échelle des taux de bonus constitue un critère de tarification ou de sélection *a priori* pour repérer les meilleurs conducteurs en provenance de la concurrence et les sociétés font de la surenchère à la baisse aux assurés qui ont atteint le plancher de bonus. Pour conserver un bonus ou éviter un malus, les assurés ne déclarent pas tous les sinistres et certains préfèrent payer de leur poche les petits sinistres dont le coût est financièrement inférieur à la majoration de prime qu'ils peuvent entraîner : c'est ce qu'on appelle la « rétention ». Cette pratique qui n'est pas illicite contribue à accroître le coût du système, puisqu'elle empêche l'application normale des malus sans réduire de façon significative la charge de sinistres. Des assurés moins honnêtes tentent d'échapper au malus par des voies frauduleuses : délits de fuite, fausses déclarations, etc... Dans ce cas, le système de bonus-malus a un effet pervers, il pousse à la fraude. Actuellement, la proportion des sinistres à prendre en compte pour l'application du malus ou éventuellement le gel du bonus et qui ne sont pas déclarés à l'assureur représente environ 30 % du nombre de sinistres à prendre en compte par la clause type.

Quels que soient les effets pervers d'une clause de bonus-malus, il ne paraît pas possible de faire marche arrière et d'abandonner les réductions pour non sinistre ; la clientèle habituée à voir sur sa quittance un bonus ne l'accepterait pas. Enfin, des études ont montré qu'il y avait une corrélation étroite entre les contraventions et les sinistres : les automobilistes sanctionnés par les forces de l'ordre ont une probabilité d'accidents supérieure à ceux qui n'ont pas eu de contraventions. La mise en place du permis à points pourrait ouvrir pour les assureurs une nouvelle voie dans la tarification *a posteriori*.

L'harmonie tarifaire se trouve très certainement dans un savant dosage de tarification « *a priori* » et de tarification « *a posteriori* » appliquée à travers le régime de bonus-malus, les taux de bonus pris comme critère de tarification et les points des futurs permis à points. Là encore, entre les deux systèmes de tarification, il faut éviter les doubles emplois : par exemple, en région parisienne le tarif « *a priori* » est plus élevé qu'en zones rurales pour prendre en compte une fréquence *a priori* élevée et en même temps le régime de bonus-malus conduit à des majorations pour sinistres plus fréquentes ; le cumul des deux systèmes risque finalement d'aboutir à des surtarifications.

### **2. 3. Autres approches tarifaires**

Indépendamment des techniques décrites précédemment, il y a d'autres procédures utilisées pour mieux adapter la prime au risque. L'application de franchises en est une. C'est la part financière laissée à la charge d'un assuré dans l'indemnisation d'un sinistre. La franchise s'est généralisée en assurances dommages où l'assuré responsable garde à sa charge un certain montant du coût des réparations

de son propre véhicule. Cette franchise peut être d'un montant fixe pour chaque sinistre ou proportionnel aux dommages.

En Responsabilité Civile, des franchises sont applicables par exemple si le conducteur au moment de l'accident n'est pas nommément désigné au contrat. Ce type de franchise n'est pas opposable aux tiers : la société d'assurance indemnise la victime et doit récupérer auprès de son assuré responsable la somme fixée au contrat qui reste à sa charge.

La franchise a un certain rôle moralisateur en associant l'assuré au coût des sinistres. Mais elle a surtout un rôle économique : elle permet de réduire le montant des primes puisqu'elle allège la charge de l'assureur. Dans certains cas, cela rend le prix à payer économiquement plus acceptable pour un risque dont le coût est élevé et si, pour des risques réputés - lourds - *a priori*, certains s'avèrent bons ils auront peu de sinistres et seront peu pénalisés par les franchises. La franchise peut être assimilée à un malus payable à la survenance du sinistre.

Des approches tarifaires particulières sont également utilisées pour les flottes importantes d'entreprises et la tarification peut être faite en fonction des résultats du rapport des sinistres aux primes après application d'une technique d'écrêtement des sinistres importants. L'analyse de la fréquence et de la distribution des sinistres selon le coût permet de fixer une tarification adaptée aux risques de l'entreprise. Dans ce système, les entreprises acceptent également d'être leur propre assureur pour les sinistres qui ne dépassent pas un certain montant.

### III - LES PRATIQUES D'INDEMNISATION

Le prix de l'assurance automobile dépend d'abord des assurés, de la qualité de leur conduite et de l'utilisation qu'ils font de leur véhicule. Quand globalement il y a une baisse de fréquence, la formation, l'éducation et le civisme des conducteurs y contribuent et les tarifs en tiennent compte. Le respect des limitations de vitesse et du port de la ceinture fait baisser la gravité des accidents et l'incidence est incontestable sur le coût des accidents.

En revanche, les assurés ne peuvent pas avoir d'action sur tout ce qui fait le prix des sinistres à gravité égale. Il convient de rappeler qu'en 1988 dans 100 F de sinistres payés au titre de la Responsabilité Civile, 41 F concernent les dommages matériels, 54,60 F les dommages corporels et 4,40 F les frais de justice et d'expertises diverses.

La main d'oeuvre dans les garages représente 31 % du coût des sinistres matériels, les pièces détachées 43 % et le prix des voitures détruites payées en pertes totales 26 %. Les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation constituent près du quart de la charge des dommages corporels, les préjudices économiques (y compris les pertes de salaires) et physiologiques la moitié, le dernier quart étant composé par les préjudices extrapatrimoniaux divers.

Tous ces différents postes dépendent de l'environnement économique et de l'action que peuvent mener les assureurs pour éviter une dérive anormale du coût

de la réparation automobile ou une appréciation erronée des différents chefs de préjudice corporel. Ces actions doivent être menées dans l'intérêt des consommateurs tout en assurant une juste indemnisation des victimes.

Les pratiques d'indemnisation sont guidées par trois principes :

- l'accélération des règlements et la simplification des procédures administratives pour réduire les frais de gestion et procurer le meilleur service aux victimes.
- la juste évaluation des dommages et l'adéquation de l'indemnisation aux besoins de la victime.
- la surveillance attentive de l'évolution des coûts pour éviter une dérive des prix de l'assurance dans l'intérêt des assurés.

Les procédures adoptées par les assureurs pour appliquer ces principes seront examinées successivement pour les dommages matériels et les dommages corporels.

### **3. 1. Dommages matériels**

Dans l'ensemble de la branche automobile, les dommages matériels représentent actuellement environ les 2/3 des prestations payées par les assureurs. Cette proportion qui n'était que de moitié en 1970 n'a fait que progresser au cours du temps pour diverses raisons : les garanties dommages aux véhicules se sont développées, les actions de prévention ont produit leurs effets surtout sur les sinistres corporels dont la fréquence a diminué plus que celle des sinistres matériels, enfin le coût de la réparation automobile a augmenté à certaines périodes beaucoup plus vite que les prix et les salaires alors que les indemnités payées pour les dommages corporels ont suivi de beaucoup plus près l'évolution des salaires.

Les dommages matériels méritent une attention toute particulière tant pour l'importance croissante des prestations payées (plus de 36 milliards de francs) que par le nombre de cas traités (6 millions par an).

Tout d'abord, la mise en place du constat amiable puis la très grande généralisation de son utilisation ont constitué un progrès décisif dans le règlement des sinistres matériels. Même si le constat amiable est parfois mal rempli, il permet une collecte facile de toutes les informations nécessaires au règlement du sinistre et de plus, s'il est signé des parties, il évite les déclarations contradictoires sources de litiges. Grâce à la bonne volonté des assurés et à la bonne utilisation qu'ils font du constat amiable, le règlement du plus grand nombre de sinistres matériels a pu être banalisé. Le constat amiable permet de déterminer les parts de responsabilité pratiquement avec certitude dans 90 % des cas. Le constat amiable a permis l'ouverture standardisée des sinistres et a facilité les opérations de recours entre sociétés d'assurances.

L'évaluation des dégâts à une voiture est confiée à un expert en automobile tout au moins pour les réparations d'une certaine gravité. L'expert constate la nature des dommages et vérifie s'ils sont bien imputables à l'accident déclaré. Son rapport établit l'inventaire des diverses opérations élémentaires (carrosserie,



ferronnerie, peinture, etc...), détermine les temps de réparation à l'aide de barèmes et décrit les pièces à réparer ou à remplacer. Il a le souci de fixer le prix de la réparation qui sera effectuée en conformité avec les règles de l'art. Le réparateur accepte le plus souvent les conclusions de l'expert. Pour accélérer la désignation de l'expert et réduire les délais, l'expertise est toujours faite à la diligence de l'assureur du véhicule endommagé quelle que soit la responsabilité et l'assureur ne conteste pas les conclusions de l'expert sauf exceptions extrêmement rares. Cette organisation, à l'avantage du lésé, limite les cas de désaccords et de litiges.

Au cas où le réparateur applique des tarifs prohibitifs en désaccord avec les normes habituelles de l'expert, il peut être mis en concurrence avec un autre réparateur qui applique des prix plus raisonnables. Certains assureurs ont passé des accords avec des garagistes dont la qualité et le coût des réparations sont satisfaisants. Ils assurent un suivi de ces garages dits « conventionnés » et les recommandent à leurs assurés.

Pour de petits dégâts l'assureur peut payer sur facture sans expertise. Le paiement direct de l'assureur au réparateur s'est également très largement répandu pour la plus grande commodité du lésé.

Quand le coût des réparations est supérieur à la valeur du véhicule avant sinistre, la procédure de règlement est plus délicate. D'abord, l'expert doit déterminer la valeur du véhicule en fonction de règles parfois subjectives et la valeur de l'épave. La tendance actuelle serait dans ce cas de régler aux lésés la valeur du véhicule à dire d'expert avant sinistre, et l'assureur s'engage à faire détruire le véhicule et la carte grise sauf si l'assuré souhaite à tout prix conserver son véhicule : mais alors le véhicule ne peut être remis en circulation qu'après un contrôle obligatoire attestant que la réparation a été effectuée dans les règles de l'art.

Le nombre très élevé des sinistres matériels de Responsabilité civile (quatre millions de déclarations par an) a conduit à organiser une gestion moderne et entièrement automatisée du règlement des sinistres matériels sans porter atteinte aux droits des lésés. Avant toute convention, l'assureur du responsable d'un accident indemnise le propriétaire du véhicule adverse. Les délais de règlement étaient très longs puisqu'ils dépendaient du temps nécessaire à l'exercice du recours contre l'assureur adverse. Dans le seul but d'améliorer le service aux assurés sinistrés et de réduire les délais d'indemnisation, les assureurs automobiles ont mis en place la Convention d'Indemnisation Directe des Assurés (I. D. A. ) pour régler rapidement les dommages de moins de 30 000 F hors TVA.

L'assureur du responsable fait confiance à l'assureur du lésé qui règle pour son compte et notamment il s'engage à ne pas contester l'évaluation des dommages matériels. Les recours de l'assureur du non responsable sont exercés sur des bases forfaitaires simplificatrices auprès de la société adverse. Mais le montant de ce recours n'est pas opposable à la victime qui est toujours indemnisée selon les règles du Droit Commun.

Pour faciliter la détermination de la responsabilité, une codification de la



jurisprudence a été établie et a donné lieu à un barème de responsabilité constamment amélioré par l'expérience et les pratiques actuelles des Tribunaux. Le constat amiable signé des deux parties facilite la détermination objective de la responsabilité. Si l'assuré n'est pas satisfait du règlement d'un sinistre, il s'adresse directement à son assureur : il est plus facile pour lui d'intervenir auprès d'un interlocuteur qu'il connaît bien.

Pour le règlement des sinistres matériels, les liens qui existent entre l'assureur et son client sont excellents et les désaccords ou litiges qui ne trouvent pas une solution satisfaisante pour l'assuré sont extrêmement rares.

Ce régime conventionnel profite aux consommateurs puisqu'il permet une indemnisation facile et rapide des sinistres matériels (en moyenne deux ou trois semaines), allège les frais de gestion et donc la prime d'assurance sans jamais porter atteinte au droit du lésé. Cette organisation performante a également été retenue par d'autres pays et le développement du constat amiable européen pourrait amener tous les autres pays de la Communauté Economique Européenne à rechercher une procédure semblable du règlement des sinistres matériels.

### **3. 2. Dommages corporels**

Actuellement par an le nombre total des victimes d'accidents de la route est d'environ 300 000. L'inventaire exact est difficile à établir : les statistiques officielles sont incomplètes car elles supposent une intervention de police ou de gendarmerie, ce qui n'est pas le cas pour tous les accidents, et les assureurs n'ont pas connaissance de toutes les victimes qui par le jeu des garanties n'ont pas droit à indemnisation dans le cadre de la Responsabilité Civile Automobile.

Environ 225 000 victimes d'accidents de la route sont indemnisées en R. C.. Parmi celles-ci moins de 90 000 ont une invalidité permanente partielle ou totale et 500 sont de grands handicapés ayant un taux d'I. P. P. d'au moins 80 %.

La proportion de victimes indemnisées en Responsabilité Civile Automobile n'a fait que progresser depuis 25 ans même si depuis 1973 leur nombre absolu diminue par suite de la baisse spectaculaire du nombre des accidents corporels de la route.

Les seules victimes qui ne peuvent bénéficier de la réparation de leur dommage corporel dans le cadre du Droit Commun actuel sont les conducteurs fautifs, quelques piétons et cyclistes de 16 à 70 ans dont la faute inexcusable est la cause exclusive de l'accident. C'est environ 75 000 victimes dont 150 à 200 sont des handicapés graves (I. P. P. d'au moins 80 %). Pour cette catégorie, les assureurs développent une garantie contractuelle dont le montant des capitaux accordés est aligné sur le Droit Commun. Près de 30 % des conducteurs bénéficient déjà de cette garantie dont la pénétration est en plein développement. Il faut espérer qu'un jour toutes les victimes d'accidents de la route seront indemnisées complètement sur les bases du Droit Commun.

La pratique d'indemnisation du dommage corporel vise plusieurs aspects :

- les frais réels entraînés par les soins (honoraires de médecin, pharmacie, hospitalisation, rééducation, prothèse, etc...). Ces frais sont remboursés au coût réel, soit directement, soit par l'intermédiaire des recours des organismes sociaux.
- les pertes économiques (pertes de revenu, incapacité à exercer une profession, pertes de ressources des personnes à charge d'un décédé).
- le préjudice physiologique (en d'autres termes le handicap physique).
- les préjudices extrapatrimoniaux ou personnels (*pretium doloris*, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc...).
- le préjudice moral.

Pour évaluer les différents éléments du préjudice relevant d'une atteinte corporelle, l'assureur ou le juge a besoin d'éléments d'informations sur la victime. Pour tout ce qui a trait aux frais réels pour des atteintes bénignes (130 000 cas environ par an), l'assureur fait en général confiance aux médecins traitants. Mais, dès que la probabilité d'une séquelle peut apparaître, le règleur a besoin de faire procéder à un examen médical par un médecin expert formé spécialement à l'appréciation du dommage corporel. Le médecin doit constater le préjudice imputable à l'accident et décrire aussi objectivement que possible les séquelles, les gênes et handicaps provoqués. Pour certains préjudices une méthode d'appréciation a pu être mise en place, mais, dans d'autres cas médicalement complexes, des incertitudes scientifiques demeurent.

Quand l'état du blessé s'est stabilisé, c'est-à-dire après la consolidation ou la stabilisation des blessures, le médecin dresse un bilan complet de l'état de la victime par comparaison avec l'état avant l'accident ; il juge notamment si la victime peut reprendre ou non sa profession.

Ce n'est qu'à la lumière des informations du médecin et par rapprochement avec des cas comparables déjà traités que le règleur peut chiffrer le montant des préjudices.

Après les conclusions du médecin, le préjudice économique est calculé par différence de ressources de la victime juste avant l'accident et à la consolidation. Mais l'appréciation du préjudice physiologique, l'importance du handicap et de la gêne fonctionnelle, indépendamment de toutes considérations économiques sont délicats à mesurer. Une « barémisation » en taux d'incapacité (selon les parties du corps atteintes, les lésions et les séquelles) est une solution satisfaisante car pour les mêmes blessures le médecin doit pouvoir dégager des taux d'invalidité à peu près identiques.

L'appréciation du préjudice physiologique, quelle que soit la précision du barème, sera toujours confrontée à des incertitudes. Pour les cas faciles, bien définis (plus de la moitié des cas avec incapacité permanente partielle), la référence à un barème médical est utilisée sans trop d'incertitude. Pour les handicapés lourds, chaque victime doit faire l'objet d'une appréciation particulière, si possible après l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et la victime. Pour ces cas, l'évaluation du dommage impose une

observation précise par le médecin des actes de la vie quotidienne de la victime. Cette observation est importante pour rechercher toutes les méthodes et toutes les techniques qui peuvent améliorer le bien-être de la victime. Les pratiques actuelles d'indemnisation poussent de plus en plus à proposer des méthodes plus humaines et mieux personnalisées, basées notamment sur la réparation en nature destinée à améliorer la vie quotidienne de la victime indépendamment des sommes allouées qui ne profitent pas uniquement qu'aux victimes. Enfin, l'assureur est confronté à des problèmes moraux lorsque le médecin a conclu à un état végétatif chronique, sans aucune chance possible de bien-être pour la victime. Toutes les sommes allouées au titre du préjudice personnel n'ont plus de sens, puisqu'elles ne pourront pas profiter à la victime. Selon l'environnement familial, la victime sera confiée à un établissement spécialisé ou maintenue parmi les siens avec une assistance de tierce personne.

La réparation du dommage corporel est source de conflits et de litiges car l'application de règles précises fait souvent défaut. 35 000 cas d'indemnisation sont laissés à l'appréciation des juges qui répartissent finalement le quart des indemnités allouées en réparation du dommage corporel. Les règleurs de sociétés d'assurances proposent des transactions en se référant aux décisions de justice.

La loi du 5 juillet 1985 ou loi BADINTER **tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation** n'a pas fixé de règles pour déterminer le montant des préjudices, mais elle a contribué à la mise en place d'un fichier des victimes indemnisées sous l'égide de l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque Automobile (A. G. I. R. A.). A tout moment, par minitel, toute personne peut avoir accès à cette banque de données qui fournit les indemnités allouées par les assureurs et les tribunaux aux victimes selon les différents chefs de préjudice. Elle constitue une documentation précieuse et une référence pour tous ceux qui veulent avoir une information sur l'ordre de grandeur des indemnités allouées en décès et en invalidité permanente partielle ou totale.

De plus, la loi BADINTER et ses décrets d'application ont élargi le champ d'indemnisation des victimes d'accidents de la route, ont précisé les modalités de l'offre d'indemnisation et ont défini les conditions d'intervention du Fonds de Garantie Automobile. Par cette loi, le législateur a tenté de simplifier et d'accélérer les procédures d'indemnisation.

Grâce à la diligence des assureurs et aux effets de la loi, les blessés légers sont réglés de plus en plus vite. En revanche, les blessés graves dont les délais de règlement dépendent avant tout de la nature des blessures et des problèmes liés à leur stabilisation ne peuvent pas être réglés beaucoup plus vite quoi qu'on fasse. Néanmoins, avant la décision du règlement définitif, les assureurs font une offre provisionnelle dans l'attente de la consolidation.

## **CONCLUSION**

Les pratiques de tarification et d'indemnisation sont à la base de la charge des sinistres et du prix de revient de l'assurance. Dans le cadre actuel de la liberté tarifaire, il n'est pas certain que le système d'assurance soit satisfaisant pour tous les assurés : les risques lourds et les mauvais conducteurs notoires en particulier devront supporter la vérité des prix et donc une charge d'assurance de plus en plus lourde soit par des majorations de primes soit par des réductions d'indemnités en cas de sinistres.

Dans le système de fonctionnement libéral de l'assurance ces pratiques peuvent avoir leurs limites :

- certains risques sont économiquement inassurables. Seul le pouvoir politique peut décider si les conducteurs concernés doivent garder leur droit de conduire une automobile et, s'il en est décidé ainsi, il convient d'en fixer les règles.
- certaines victimes gravement atteintes qui ont commis des fautes graves et même intentionnelles sont en principe exclues des systèmes actuels d'indemnisation. Mais, en dehors des règles classiques, la collectivité doit les prendre en charge, les assister et les aider à vivre dans des conditions humainement acceptables ■

# La tarification de l'assurance de RESPONSABILITE CIVILE automobile en Belgique\*

MOTS CLÉS : Assurance-automobile . Belgique . Responsabilité civile automobile . Tarification .

L'ASSURANCE AUTOMOBILE EN BELGIQUE NE REPOSE PAS SUR UNE TARIFICATION A PRIORI. CET ARTICLE PRÉSENTE LA MÉTHODOLOGIE D'UNE TARIFICATION DE CE TYPE À PARTIR DE MODÈLES STATISTIQUES À VARIABLES QUALITATIVES. UNE APPLICATION SUR UN ÉCHANTILLON EST MENÉE DANS LA SECONDE PARTIE. AINSI CET ARTICLE A DEUX OBJECTIFS : LE PREMIER EST D'ANALYSER LE GAIN D'UNE TELLE TARIFICATION, LE SECOND EST DE PRÉSENTER UNE APPLICATION DES MODÈLES PROBIT.

L'assurance de responsabilité civile automobile est obligatoire en Belgique. Le tarif officiel en vigueur depuis presque vingt ans est essentiellement basé sur la puissance du véhicule, et modulé par une échelle de bonus-malus qui situe les assurés selon le nombre d'accidents dont ils ont eu la responsabilité au cours des années antérieures. A la différence de ce qui se fait dans de nombreux pays, cette tarification repose donc peu sur une classification *a priori* des conducteurs par classes de risques définies à partir de leurs caractéristiques (âge, profession, distance parcourue...). Alors qu'une modification de ce système est envisagée, il est opportun d'examiner de façon critique la performance de ce dispositif de tarification et de se demander s'il ne serait pas utile d'introduire une plus grande mesure de classification *a priori* des conducteurs. En effet, une telle classification avec un ajustement efficace des primes selon le comportement individuel des conducteurs est en principe plus équitable. Elle est aussi plus rationnelle sur le

\* Respectivement, Professeur, Département Techniques Economiques, et Assistant, Département de Mathématiques Appliquées, Facultés Universitaires Catholique de Mons (FUCAM), chaussée de Binche, 151 - B.7000 Mons.

\*\* Les auteurs ont bénéficié des commentaires de L. Eeckhoudt. Ils gardent cependant la responsabilité entière de cet article et de ses conclusions.

plan économique car, sans mettre en cause le principe de solidarité de l'assurance, elle évite que les conducteurs prudents ne soient pénalisés par le coût des conducteurs dangereux. Enfin, elle constituerait une incitation plus grande à la prudence.

Le propos de cet article est de donner quelques éléments de réponse à ces questions. Nous commencerons par décrire la tarification actuelle et celle qui pourrait la remplacer. Puis, nous examinerons les résultats et enseignements donnés par des études antérieures sur deux échantillons de conducteurs belges de 1971 et de 1975-76. Nous rappellerons ensuite comment l'analyse discriminante peut être utilisée pour étudier les problèmes de tarification d'assurances. C'est la méthode qui sera appliquée sur un nouvel échantillon datant de 1988. Les résultats de cette analyse sur données récentes nous permettront de faire le point sur certains aspects de la tarification actuelle et de formuler quelques suggestions pour l'établissement d'un nouveau système.

## ■ I - LA TARIFICATION ACTUELLE ET LE NOUVEAU PROJET

L'assurance de la responsabilité civile du conducteur est obligatoire en Belgique et doit couvrir en principe l'intégralité des dommages<sup>1</sup>, tant matériels que corporels, que les conducteurs causent à autrui à l'exclusion des occupants de leur propre voiture. La tarification de cette assurance est étroitement contrôlée par le gouvernement. En 1971, celui-ci a imposé une structure tarifaire qui tient compte de trois critères de classification des assurés : la puissance du véhicule, son usage professionnel ou limité et les sinistres provoqués au cours des années antérieures.

En premier lieu, une prime de base est déterminée par référence à la puissance réelle du véhicule. En juillet 1990, elle était composée d'une quotité fixe de 7 090 francs augmentée de 355 francs par KW<sup>2</sup> jusqu'à 52 KW et de 109 francs par KW supplémentaire jusqu'à 184 KW. Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation.

Cette prime de base est alors ajustée en fonction de l'usage de la voiture et des sinistres causés au cours des années selon le système de bonus-malus suivant :

|       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Degré | 18  | 17  | 16  | 15  | 14  | 13  | 12  | 11  | 10  | 9   | 8  | 7  | 6  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  |
| Prime | 200 | 160 | 140 | 130 | 120 | 115 | 110 | 105 | 100 | 100 | 95 | 90 | 85 | 80 | 75 | 70 | 65 | 60 |

1. Cependant, des plafonds limitent les indemnités payées dans certains cas particuliers.

2. Toutes les indications tarifaires sont en francs belges et les puissances indiquées en KW correspondent aux mesures belges.

Les assurés qui n'utilisent leur voiture qu'à des fins privées et sur le chemin du travail ont accès au degré 6 de l'échelle et bénéficient d'un rabais initial de 15 %. Les autres assurés - dits professionnels - doivent payer la prime de base à 100 %. A partir de ces niveaux, l'assuré qui n'a pas eu d'accident pour lequel sa responsabilité était engagée, descend chaque année d'un degré dans l'échelle des primes. Par contre, l'assuré responsable d'un sinistre remonte de deux degrés dans l'échelle pour le premier accident et de trois degrés pour tout sinistre supplémentaire dont il est responsable pendant la même année. Personne ne peut aller au-delà des degrés 1 ou 18, et l'assuré qui n'a pas causé d'accident pendant quatre années consécutives peut redescendre au niveau 10 s'il ne l'a pas encore atteint. Enfin, les conducteurs de moins de 23 ans doivent payer actuellement les 5 369 premiers francs de tout sinistre dont ils sont responsables.

Les primes calculées de cette façon constituent des plafonds qu'aucun tarif commercial ne peut dépasser. De plus, aucun tarif ne peut être inférieur de plus de 10 % à ce tarif officiel à moins que le rabais ne résulte d'une réduction des frais de commissionnement qui sont fixés au taux maximum de 17 %. Il est aussi permis d'accorder des ristournes *a posteriori* à certaines catégories de conducteurs, comme une importante compagnie l'a fait récemment pour ses clients de degré 1.

A ces primes, il faut ajouter les taxes et contributions à concurrence de 27 %, ainsi que des frais fixes de police et d'avenant assez minimes.

Cette structure tarifaire est restée substantiellement inchangée depuis 1971. Toutefois, à partir de 1974, le gouvernement intervint pour limiter l'indexation des primes. La plupart des compagnies appliquèrent le tarif maximum autorisé pour l'assurance de responsabilité civile obligatoire jusqu'en 1982. Mais, à partir de cette année, sous l'effet de la concurrence et d'une diminution de la sinistralité automobile, les compagnies en vinrent à proposer des tarifs plus bas sous forme soit d'une réduction de 10 % soit d'une extension de la couverture assurée. Actuellement, on peut écrire que le tarif de base correspond à l'assurance de tous les dommages tant matériels que corporels causés par le conducteur à des tiers, y compris les occupants de sa voiture même s'ils sont des membres de sa famille (R. C. PLUS). Suite à un accord entre les compagnies, l'assurance limitée à la responsabilité civile obligatoire (R. C. MOINS) donne maintenant lieu à une réduction de 3 %.

Une réforme de ce système tarifaire est à l'étude depuis 1983 sous l'égide du Ministère des Affaires économiques et de l'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurance (UPEA). En effet, les règles de transition appliquées et la non-déclaration des petits sinistres pour échapper à une remontée sur l'échelle tarifaire, ont amené plus de 84 % des conducteurs en-dessous du niveau 6, dont 57 % d'entre eux au niveau 1. Ceci suggère que le système n'a pas une grande capacité discriminatoire entre conducteurs prudents et moins prudents, malgré les dix-huit classes de risque qu'il comporte. Et c'est vrai qu'il faut cinq ans à un bon conducteur débutant au degré 6 pour atteindre la prime la plus basse, tandis



qu'il faut six ans à un nouveau conducteur, qui aurait un accident chaque année, pour en arriver à payer la prime maximale. Ainsi, le tarif ne semble donc pas atteindre suffisamment son objectif de tarification équitable puisque les primes ne sont que peu ajustées aux risques de chaque assuré. De plus, il est sans doute peu efficace car il n'incite pas assez à la prudence.

Le nouveau système proposé pourrait comporter une échelle de 21 degrés dont le niveau le plus élevé correspond toujours au double de la prime de base, mais dont le niveau le plus bas réduit la prime à 54 % (au lieu de 60 %).

L'accès dans l'échelle se ferait au même niveau qu'auparavant mais la réduction annuelle en pourcentage de la prime de base serait un peu plus lente. Par contre, le conducteur responsable d'un accident perdrait quatre degrés pour le premier sinistre et cinq degrés pour chacun des sinistres supplémentaires. Pour un automobiliste qui se trouverait au degré 1 actuel, un accident lui coûterait ainsi une augmentation de prime de 22 % au lieu des 12 % du système présent.

Le durcissement de la règle de transition reste modéré si on le compare à celui d'autres pays européens<sup>3</sup>. Une simulation réalisée sur la base du comportement actuel des conducteurs belges indique que le pourcentage d'assurés au niveau tarifaire le plus bas devrait se réduire à 39 %, tandis que les autres assurés devraient mieux se répartir sur toutes les classes de risques<sup>4</sup>. La prime de base reste liée à la puissance de la voiture et la règle d'accès à l'échelle de bonus-malus selon l'usage de la voiture demeure inchangée.

Enfin, notons que le projet laisse plus de place au jeu de la concurrence car il ne réglemente que la prime pure minimum, laissant toute liberté aux compagnies en ce qui concerne les chargements. Dans la situation actuelle, ceux-ci se montent à environ 40 %, dont 17 % de commissions pour le courtier.

Ce projet se caractérise donc par des règles de pénalisation plus forte des conducteurs imprudents ainsi que par une marge de manoeuvre plus grande laissée à la concurrence. Pour le reste, la structure tarifaire resterait essentiellement basée sur une classification *a posteriori* du risque des conducteurs par un système de bonus-malus.

Mis à part la puissance de la voiture et son usage, il n'est pas tenu compte de classes de risque *a priori* qui pourraient être basées, comme cela se fait dans beaucoup de pays, sur la région, l'occupation, l'âge, le sexe ou l'état - civil, la distance parcourue, le type de véhicule ou son âge. Peut-on penser que la tarification sur de telles bases n'est pas nécessaire et que le nouveau système ajustera suffisamment les primes aux risques individuels ? Avant d'essayer de répondre à cette question sur la base de l'analyse de données récentes, nous allons brièvement passer en revue les constatations et résultats de deux études antérieures qui avaient indiqué l'utilité d'une classification *a priori* des risques automobiles en Belgique.

3. A ce sujet, le lecteur peut consulter **Automobile Insurance** de J. LEMAIRE, 1985.

4. Selon la note de l'UPEA de novembre 1988.

## ■ II - REVUE DE DEUX ETUDES ANTERIEURES

La première étude a été réalisée par M. Beuthe et Ph. Van Namen sur la population des assurés d'une petite compagnie d'assurance en 1971 à une époque où le système de bonus-malus venait à peine d'être instauré. Le nombre d'observations n'était pas important (1 380 contrats), mais selon toute apparence, cet échantillon était assez représentatif de la population des conducteurs belges.

La méthode utilisée était celle de l'analyse discriminante qui permet d'estimer la probabilité d'un choix ou d'un événement - ici un sinistre - en fonction d'un certain nombre de variables qui caractérisent celui qui fait le choix ou subit l'événement. Ces probabilités peuvent être utilisées pour effectuer un classement des individus selon leur choix ou l'événement le plus probable. Nous reviendrons plus en détail sur cette méthode dans la section suivante.

Toutes les variables étaient exprimées sous forme de variables binaires par classe<sup>5</sup>. Parmi les trente cinq variables ainsi constituées, une analyse pas à pas avait identifié sept variables, significatives au niveau de 5 %. Elles sont reprises dans le tableau suivant avec leur coefficient et dans l'ordre de leur introduction dans l'analyse discriminante.

| Variable                                   | Coefficient |
|--------------------------------------------|-------------|
| Nationalité (étranger)                     | 0,84        |
| Age moins de 23 ans                        | 1,09        |
| entre 23 et 25 ans                         | 0,88        |
| entre 26 et 30 ans                         | 0,70        |
| Puissance (plus de 1 599 cm <sup>3</sup> ) | 0,64        |
| Occupation (sans profession)               | 0,60        |
| Age du véhicule (entre 2 et 3 ans)         | - 0,37      |
| Constante                                  | - 0,49      |

Ces coefficients indiquent que les étrangers sont plus susceptibles de provoquer un accident. Il en va de même des plus jeunes conducteurs en-dessous de trente ans. Les automobilistes conduisant une voiture plus puissante, ou n'ayant pas de profession sont également moins prudents. Par contre, celui qui conduit un véhicule de deux ou trois ans d'âge paraît plus prudent.

Citons les variables qui étaient écartées par cette analyse : le sexe du conducteur, les autres professions, les diverses marques de véhicule et le risque assuré (responsabilité civile obligatoire ou tous risques matériels). De même, l'usage professionnel de la voiture n'était pas retenu comme caractéristique significative alors qu'il est utilisé pour déterminer l'accès dans le barème bonus-malus. Aucune information n'étant disponible au sujet de la région de résidence ou sur l'état-civil du conducteur, l'importance de ces variables ne pouvait être évaluée.

5. Ou variables catégorielles qui prennent la valeur 1 ou 0 selon que l'observation correspond à une catégorie particulière ou non, par exemple la profession d'employé.

Sur la base de ces variables, il était possible de constituer des classes de risques différentes et d'estimer leur probabilité de provoquer un accident. Connaissant le coût moyen des sinistres, on pouvait alors calculer les primes minimales (ou primes pures) qui auraient permis de couvrir en moyenne les coûts des sinistres de chaque classe de risques, tenant compte des chargements en vigueur. De telles primes sont évidemment plus équitables du point de vue des assurés.

Ces primes minimales permettaient aussi d'évaluer la structure du tarif. Alors que les primes aux extrémités de l'échelle de bonus-malus varient de 1 à 3,33, les primes minimales devaient varier au moins de 1 à 4,6 pour les petites voitures et de 1 à 3,13 pour les voitures de 1 600 cm<sup>3</sup> ou plus. La diversification des primes était donc insuffisante si l'on tient compte de la lenteur avec laquelle les primes sont ajustées au risque. De plus, il faut observer que, comparé aux primes minimales, le système en vigueur différenciait trop les primes selon la cylindrée. En effet, elles varient de 1 à 2 pour des voitures de 425 cm<sup>3</sup> à 3 000 cm<sup>3</sup> (sur base 10), alors que les primes minimales correspondantes auraient dû varier de 1 à 1,6. Cependant, le pourcentage obtenu de classements corrects des assurés entre conducteurs prudents et imprudents était seulement de 68,7 %, ce qui indiquait une assez grande hétérogénéité des assurés dotés des mêmes caractéristiques. La deuxième étude, réalisée par J. Lemaire, aboutissait à des conclusions assez semblables<sup>6</sup>. Il bénéficiait d'un échantillon très étendu de plus de cent mille contrats d'une importante société d'assurance et d'un sondage complémentaire sur 3 995 de leurs clients. Les observations portaient sur la période allant de juillet 1975 à juin 1976. Il était donc possible de tenir compte du degré de bonus-malus atteint par les conducteurs après cinq années d'application du système.

Sur la base de régressions linéaires pas à pas du nombre de sinistres provoqués par les conducteurs, il dégagait comme variables significatives (à 5 %) : l'âge du conducteur, la puissance de la voiture et la nationalité du conducteur. Toutes ces variables influençaient les sinistres de la même façon (même signe) que dans l'étude précédente. L'occupation de commerçant déterminait un risque plus élevé.

Le degré atteint sur l'échelle bonus-malus (degré B-M) était une des premières variables introduites par l'analyse pas à pas. Avec un signe positif, il indiquait que les conducteurs qui s'étaient montrés imprudents par le passé, continuaient à prendre trop de risques. A côté de ce degré, d'autres variables apparaissaient encore : la résidence en ville, dans les faubourgs ou à la campagne, avec un risque décroissant dans cet ordre ; l'état civil de marié, veuf, célibataire, séparé ou divorcé, avec un risque croissant dans le même ordre ; enfin, la distance parcourue annuellement influençait positivement la fréquence des accidents. Les mêmes variables que dans l'étude précédente étaient écartées par l'analyse pas à pas : le sexe, les autres classes professionnelles, le risque assuré et l'usage professionnel de la voiture. D'autres variables encore n'étaient pas retenues

6. LEMAIRE (J.), *l'Assurance automobile*, 1983.

telles que la valeur d'achat du véhicule, la prime payée et la nature du moteur (essence ou diesel).

Les régressions linéaires du nombre d'accidents ne permettent évidemment pas de calculer les probabilités de sinistres de façon rigoureuse. Toutefois, les fréquences moyennes d'accidents calculées pour diverses valeurs des variables explicatives indiquaient que les primes ajustées aux catégories de risques réels auraient dû varier plus fortement que celles du tarif officiel, à tout le moins de 1 à 5,4 indépendamment de la puissance, au lieu de 1 à 3,3 comme c'est le cas actuellement. La nouvelle échelle de bonus-malus qui introduit une variation de 1 à 3,7 apparaît donc encore insuffisante.

Quant à la variation des primes du tarif selon la puissance, elle apparaît exagérée à nouveau et dans la même mesure que ce qui avait été montré par la première étude. Enfin, il est intéressant de noter qu'une régression linéaire du nombre d'accidents sur les variables du tarif retenait la puissance mais surtout le degré du B-M comme variables significatives (avec un signe positif). Cependant, l'usage professionnel de la voiture était encore une fois écarté.

Dans la section suivante, nous allons reprendre quelques éléments théoriques de l'analyse discriminante appliquée à ce problème de la tarification. Ils seront sans doute utiles pour mieux comprendre les nouveaux résultats que nous avons obtenus en appliquant cette méthode à un échantillon de 1988.

### ■ III - L'ANALYSE DISCRIMINANTE APPLIQUEE A L'ASSURANCE AUTOMOBILE

Définissons :

- un assuré par le vecteur  $(X = X_1, \dots, X_m)$  des  $m$  caractéristiques particulières à cet assuré : sexe, âge, puissance de la voiture, type de contrat, etc... ;
- $q_1$ , la probabilité *a priori* qu'un assuré quelconque ne cause pas de sinistre et  $q_2 = 1 - q_1$  ;
- $p_1(X)$ , la fonction de densité des caractéristiques de la population des assurés ne causant pas de sinistre, et  $p_2(X)$  celle des assurés causant un sinistre ;
- $R(X)$ , la prime nette de taxes et de la commission payée à l'intermédiaire, fonction des caractéristiques  $X$  ;
- $C(X, u)$ , le coût d'un sinistre, fonction de  $X$  et de  $u$  une variable aléatoire indépendante distribuée selon  $f(u)$  avec  $E[u|X] = 0$ .

Au lieu de suivre l'approche habituelle de l'analyse discriminante<sup>7</sup> qui minimise le coût attendu du mauvais classement d'une observation considérons son équivalent qui consiste à maximiser le profit attendu d'un bon classement. Dans le cas présent, on considère que la compagnie d'assurance désire déterminer une règle de sélection de ses assurés qui lui permette de maximiser l'espérance mathématique du profit d'un contrat. Pour ce faire, elle doit choisir la région d'acceptation  $S$  qui maximise :

7. C. R. RAO, *Linear Statistical Inference and its applications*, WILEY (John), 1965.

$$\int_S R(X) q_1 p_1(X) dX + \int_S \int_{-\infty}^{\infty} [R(X) - C(X, u)] q_2 p_2(X) f(u) dX du \quad (1)$$

ou encore

$$\int_S R(X) q_1 p_1(X) dX + \int_S [R(X) - \tilde{C}(X)] q_2 p_2(X) dX \quad (2)$$

avec :  $\widehat{C}(X) = E[C(X, u) | X]$

Tous les assurés ou contrats appartenant à S seront acceptés, tandis que les autres seront refusés. Si l'on définit

$$P(X) = \frac{q_2 p_2(X)}{q_1 p_1(X) + q_2 p_2(X)} = \frac{1}{1 + \frac{q_1 p_1(X)}{q_2 p_2(X)}} \quad (3)$$

la probabilité conditionnelle que l'assuré X soit responsable d'un sinistre, la région d'acceptation comprend tous les assurés caractérisés par :

$$R(X) (1 - P(X)) + [R(X) - \widehat{C}(X)] P(X) > 0 \quad (4)$$

seront acceptés. Ceci va de soi, si l'on considère que le côté gauche de cette expression est le profit attendu du contrat avec un assuré X. Certains pourraient objecter à cette approche qu'elle aboutit à refuser l'assurance à certaines catégories de personnes. Cependant, il est toujours possible de fixer la prime R(X) à un niveau qui permette d'accepter un contrat. Cette analyse procure d'ailleurs une méthode très simple pour calculer la prime d'assurance minimale correspondant au risque particulier à un assuré. Cette prime devrait être telle que :

$$R^*(X) (1 - P(X)) + [R^*(X) - \tilde{C}(X)] P(X) = 0$$

c'est-à-dire

$$R^*(X) = P(X) \tilde{C}(X) \quad (5)$$

Elle permet de couvrir en moyenne les indemnités payées aux assurés définis par X à partir des revenus procurés par ces assurés. Elle garantirait à la compagnie un profit moyen nul.

Pour estimer P(X), l'analyse discriminante se base sur la définition (3)<sup>8</sup>. Sous l'hypothèse que X est distribué selon la loi normale multi-variée et que les matrices de variance-covariance de  $p_1(X)$  et  $p_2(X)$  sont identiques, on obtient :

$$\ln \frac{q_1 p_1(X)}{q_2 p_2(X)} = K + \alpha + X\beta \quad (6)$$

8. Cette règle de sélection suppose implicitement l'indifférence par rapport au risque.

où  $K = 1/n \cdot q_1/q_2$ , tandis que  $\alpha$  est l'ordonnée à l'origine et  $\beta$  le vecteur des autres coefficients de la fonction discriminante normale. Lorsque l'hypothèse d'égalité des matrices de variances et covariances ne peut être soutenue, la fonction discriminante est quadratique<sup>9</sup>. On obtient donc :

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{K + \alpha + \beta X}} \quad (7)$$

Dans les analyses empiriques des données d'assurance automobile l'hypothèse de normalité ne peut être satisfaite car beaucoup de variables explicatives sont des variables qualitatives binaires. Toutefois, E. S. Gilbert et D. H. Moore ont montré, par méthode de simulation, que les résultats d'une analyse discriminante sur des variables qualitatives se comparaient très favorablement avec ceux d'autres méthodes théoriquement mieux fondées.

D'autre part, on peut considérer que la fonction discriminante n'est définie qu'à un coefficient de proportionnalité près. Elle peut être également trouvée en maximisant le rapport du carré de l'écart entre les deux moyennes de la fonction discriminante sur la somme des carrés des écarts dans les deux populations ; c'est la fonction discriminante de Fisher, proportionnelle à la première fonction, mais qui ne repose pas sur l'hypothèse de normalité. Si la fonction discriminante, considérée sous cet angle, comprend un nombre suffisant de variables (indépendantes), le théorème central limit peut s'appliquer. La fonction discriminante  $Z = \alpha + \beta X$  sera distribuée approximativement selon la loi normale pour chacun des deux échantillons de bons et mauvais assurés. Dans ce cas, au lieu de considérer  $P(X)$ , on utilisera  $P(Z)$  pour obtenir, grâce à une définition semblable à (3), un résultat identique à (7)<sup>10</sup>. Toutes ces raisons nous semblent amplement justifier l'utilisation de cette méthode comme une solution pratique à notre problème d'estimation.

Certes d'autres méthodes d'estimation sont encore disponibles, comme les analyses probit et logit, mais elles posent également des hypothèses de distribution<sup>11</sup>. Avrai dire, nous les avons également utilisées sans obtenir des résultats fort différents<sup>12</sup>.

#### ■ IV - L'ANALYSE DISCRIMINANTE D'UN ECHANTILLON DE 1988

Une compagnie d'assurance et quatre courtiers nous ont autorisés à étudier les données relatives à l'année 1988 de 1 146 polices. Comme quelques conducteurs avaient causé plusieurs accidents, nous avons introduit l'observation correspon-

9. L'hypothèse d'égalité des matrices avait été rejetée dans l'analyse de l'échantillon de 1971. Toutefois la fonction discriminante quadratique estimée n'avait pas livré des résultats différents de ceux de la fonction linéaire.

10. En effet, si  $p_1(Z)$ , la densité de  $Z$  pour la population des bons assurés est approximativement  $n(1/2 - q, q)$ ,  $p_2(Z)$  est approximativement  $n(-1/2 - q, q)$ . A ce sujet, voir T. W. ANDERSON, *An Introduction to multivariate statistical analysis*, Wiley 1958, ch. 6.

11. Pour ces méthodes, on peut consulter par exemple le livre de G. S. MADDALA, 1983.

12. Voir la mémoire de V. DENUIT, 1990.



dante dans l'échantillon autant de fois qu'il y avait de sinistres afin de tenir compte du plus grand risque que ces conducteurs représentaient. En effet, ils étaient trop peu nombreux pour que l'on puisse envisager d'utiliser le nombre d'accidents comme variable dépendante<sup>13</sup>.

L'information disponible était assez semblable à celle des études précédentes. Le détail en est repris en annexe 1. Un grand nombre de variables sont de nature qualitative et sont donc introduites sous forme binaire. L'âge du conducteur n'étant pas toujours connu, nous avons également créé des classes d'âge dont l'une était celle d'âge inconnu. Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir d'information relative à la nationalité ou à l'état civil.

Bien que l'échantillon soit relativement réduit, nous pensons qu'il est suffisamment représentatif pour nous livrer des renseignements utiles. D'une part, il est de taille assez semblable à celle de la première étude par M. Beuthe et Ph. Van Namen, et celle-ci avait donné des résultats largement confirmés par les travaux de J. Lemaire. D'autre part, la comparaison des distributions du degré B-M et de la puissance indique une assez grande concordance de l'échantillon avec le parc automobile belge. Les distributions sont données en annexe 2<sup>14</sup>.

En une première étape, la fonction discriminante linéaire a été estimée en utilisant toutes les variables. Les coefficients de cette fonction sont donnés dans le tableau des variables de l'annexe 1. Un test du Chi-deux sur le  $\chi^2$  de Wilks indiquait que la fonction estimée était significative au niveau de 5 %. Toutefois, la plupart des coefficients n'étaient pas significatifs<sup>15</sup>.

Nous avons alors réalisé une analyse pas à pas qui n'a retenu que trois variables significatives aux niveaux de confiance de 5 % : dans l'ordre de leur introduction,

- le degré B-M avec un coefficient de 0,237,
- la responsabilité civile obligatoire (R. C. Moins) avec un coefficient de 2,687,
- la profession d'employé avec un coefficient de -1,272, tandis que le terme constant de la fonction s'élève à -0,620.

Les signes des coefficients indiquent que les conducteurs qui s'étaient montrés imprudents par le passé restent souvent imprudents ; que les personnes qui limitent leur contrat d'assurance au minimum légal prennent aussi plus de risques en conduisant ; enfin, que les employés roulent plus prudemment ou peut-être conduisent moins.

Cette fonction discriminante fut alors utilisée pour classer les observations entre les catégories de conducteurs prudents et imprudents. La comparaison de ce classement avec la nature réelle des observations constitue en effet une bonne façon d'apprécier la qualité des résultats.

13. Comme l'ont fait M. BOYER, G. DIONNE et Ch. VANASSE. A noter que les méthodes logit, probit et discriminante analysent la réalisation d'un événement, un choix ou l'appartenance à une catégorie mais ne permettent pas l'analyse d'un nombre d'événements par exemple.

14. La distribution des puissances indique un nombre de voitures de 40 KW nettement plus grand dans l'échantillon. Il faut observer toutefois que les statistiques de l'UPEA remontent à 1985 et que cette puissance particulière est en augmentation en Belgique.

15. Le lecteur intéressé par le détail des résultats statistiques les trouvera dans le mémoire de V. DENUIT que nous pourrions lui communiquer.



| CLASSEMENT                      |            |                    |               |
|---------------------------------|------------|--------------------|---------------|
| R<br>E<br>A<br>L<br>I<br>T<br>E | PRUDENTS   |                    | IMPRUDENTS    |
|                                 | Prudents   | 1 000<br>(87,26 %) | 3<br>(0,27 %) |
|                                 | Imprudents | 141<br>(12,30 %)   | 2<br>(0,17 %) |
|                                 |            |                    |               |

On voit que 87,26 % des observations sont correctement classées. Cet excellent résultat doit cependant être nuancé car la plupart des conducteurs imprudents sont mal identifiés. Ceci résulte de l'hétérogénéité des caractéristiques des deux classes de conducteurs.

Nous avons également estimé la fonction avec le degré B-M comme seule variable discriminante. Celle-ci nous a fourni un pourcentage de classements corrects sur l'échantillon très légèrement meilleur (87,61 %). Ce résultat montre bien que les deux autres variables, bien que significatives, ne peuvent guère apporter plus de précision au classement.

Ceci nous fut confirmé par le classement donné par la fonction des seules variables « responsabilité civile obligatoire » et « employé » : tous les conducteurs étaient alors classés comme prudents.

Ensuite, nous avons introduit dans la fonction les trois facteurs qui déterminent la prime payée dans le tarif officiel belge. Le degré du B-M avait à nouveau un signe positif, mais l'usage professionnel de la voiture ainsi que sa puissance intervenaient avec des signes négatifs. Bien sûr, ces deux coefficients ne sont pas significatifs, mais ils sont bien curieux si l'on considère que ces facteurs déterminent des primes plus élevées dans le tarif belge. Quant au pourcentage de classements corrects, il était identique à celui obtenu avec le seul usage du degré B-M. Par rapport aux deux études précédentes, ces résultats confirment qu'un certain nombre de caractéristiques des conducteurs ou de la voiture n'influencent pas le risque d'accidents : les diverses professions sauf celle d'employé, la marque, la voiture de société, l'usage professionnel et le sexe.

Par contre, cette analyse élimine l'âge du conducteur et la puissance de la voiture comme variables significatives alors qu'elles étaient retenues par les deux autres études. La localisation des quatre courtiers, ainsi que le nombre d'habitants ou de véhicules au lieu de résidence permettaient d'évaluer l'importance du facteur régional mais aucune de ces variables n'est apparue significative. De plus, le fait

d'avoir un contrat d'assurance correspondant au minimum légal (RCM) apparaît maintenant comme significatif, mais cette information n'était pas analysée précédemment.

Bien sûr, comme nous n'avions pas d'information sur l'état civil des conducteurs et leur nationalité, ni sur la distance parcourue - sauf peut-être indirectement par la profession - nous n'avons pu évaluer l'importance de ces facteurs.

Il n'est pas possible d'affirmer que ces résultats quelque peu différents ne proviennent pas des particularités d'un échantillon qu'on souhaiterait plus grand. Il faut cependant remarquer que le développement des autoroutes et de l'équipement routier en général a fortement amélioré les conditions de conduite et modifié le comportement des automobilistes belges. Ce comportement s'est d'ailleurs amélioré par le renforcement des contrôles et la meilleure formation exigée des débutants.

De plus, à la date de l'échantillon, le système de différenciation des primes *a posteriori* était en opération depuis dix-huit ans. On peut donc penser que, malgré les limites du système actuel, le degré B-M atteint en 1988 par beaucoup de conducteurs correspondait mieux à leur catégorie de risque qu'en 1975-76. Ceci pourrait expliquer que certaines variables n'apparaissent plus comme significatives.

Les classements d'assurés que nous avons effectués jusqu'ici tiennent compte des probabilités *a priori* des deux groupes, mais ignorent le gain  $R(x)$  ou le coût qu'occasionnent les conducteurs. Ces classements ne correspondent donc pas à la maximisation du profit attendu tel qu'il est discuté dans la section 3. Pour la fonction discriminante à trois variables significatives, nous avons alors classé les observations de l'échantillon en utilisant les valeurs moyennes des primes perçues et des coûts des sinistres, soit  $\bar{R} = 11413$  et  $\bar{C} = 62317$  :

| CLASSEMENT                      |            |                  |                |
|---------------------------------|------------|------------------|----------------|
| PRUDENTS                        |            |                  | IMPRUDENTS     |
| R<br>E<br>A<br>L<br>I<br>T<br>E | Prudents   | 990<br>(86,39 %) | 13<br>(1,13 %) |
|                                 | Imprudents | 136<br>(11,87 %) | 7<br>(0,61 %)  |

Le pourcentage de classements corrects reste élevé à 87 %, et plus de conducteurs sont classés parmi les imprudents.

Si la compagnie avait utilisé ce classement pour refuser d'assurer ces vingt conducteurs, elle aurait augmenté son profit moyen (calculé sur l'échantillon) de 287 850 francs. La même politique appliquée à l'ensemble du portefeuille de la compagnie lui rapporterait un bénéfice considérable. Bien entendu, un classement plus précis serait également possible pour lequel on introduirait, au lieu de la prime moyenne, la prime que doit effectivement payer chaque conducteur. Quant au coût des sinistres, il ne semble pas que l'on puisse faire mieux qu'utiliser la moyenne car nous n'avons pu trouver une relation significative entre les coûts et les caractéristiques des conducteurs<sup>16</sup>.

Enfin, nous avons calculé les primes pures ou primes minimales sur base des probabilités estimées avec les trois variables significatives.

**Probabilités conditionnelles et primes pures**

| <b>B-M</b> | <b>EMPLOYE</b> | <b>RC MOINS</b> | <b>PROBABILITE</b> | <b>PRIME</b> |
|------------|----------------|-----------------|--------------------|--------------|
| 1          | 1              | 1               | 0,1825             | 11379        |
| 1          | 1              | 0               | 0,0501             | 3122         |
| 1          | 1              | 0               | 0,3056             | 18982        |
| 1          | 0              | 0               | 0,0944             | 5883         |
| 10         | 1              | 1               | 0,4032             | 25126        |
| 10         | 1              | 0               | 0,1381             | 8606         |
| 10         | 0              | 1               | 0,5795             | 36112        |
| 10         | 0              | 0               | 0,2461             | 15336        |
| 18         | 1              | 1               | 0,7221             | 44998        |
| 18         | 1              | 0               | 0,3149             | 19621        |
| 18         | 0              | 1               | 0,7917             | 49336        |
| 18         | 0              | 0               | 0,4646             | 28955        |

Ces primes suggèrent comment le tarif devrait être conçu s'il était basé sur le risque réel correspondant aux divers assurés : du conducteur le plus prudent au plus dangereux, la prime devrait varier de 1 à 15 ; d'un bout à l'autre de l'échelle B-M, la prime devrait augmenter de 1 à 6 ; l'employé - qui sans doute conduit moins - devrait bénéficier d'une réduction de cinquante pour cent. Quant au conducteur qui limite sa couverture d'assurance au minimum, sa probabilité d'accident est 3,7 fois plus grande. Mais sa prime devrait être ajustée en fonction du niveau moindre des indemnités qui lui sont payées<sup>17</sup>.

16. L'analyse des coûts sur l'échantillon de 1971 n'avait pas donné de meilleurs résultats. Quant à J. LEMAIRE, il n'obtenait qu'un coefficient de corrélation multiple de 0,044.

17. Conformément à une directive européenne, l'assurance R.C. PLUS deviendra bientôt obligatoire.

## ■ CONCLUSIONS

Ces résultats, ainsi que ceux des deux premières études, nous mènent aux conclusions suivantes.

Le degré B-M atteint par les conducteurs est un bon indicateur de leur risque, malgré la lenteur d'ajustement des primes au comportement du conducteur. Une règle d'ajustement plus rapide devrait en faire un indicateur encore plus fidèle. Une classification *a priori* des conducteurs pourrait cependant être utile pour définir le niveau d'accès dans l'échelle des primes. Cette classification devrait sans doute tenir compte de la profession et/ou de la distance parcourue, de la nationalité, de l'état civil et, peut-être de l'âge du conducteur.

Le système actuellement en vigueur en Belgique, ainsi que le nouveau système proposé ne différencient pas assez les primes en fonction du risque réel. Les conducteurs prudents sont donc pénalisés par le comportement des conducteurs dangereux, ce qui n'est pas équitable, ni rationnel sur le plan économique.

Les deux systèmes donnent une importance certainement exagérée à la puissance de la voiture. De plus, le nouveau barème ne devrait plus tenir compte de l'usage professionnel de la voiture. A vrai dire, l'utilisation de ces deux critères dans le tarif officiel belge fait penser à un barème de taxation selon la capacité à payer plutôt qu'à un tarif d'assurance basé sur le coût actuariel ■

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ANDERSON (T. W.) *an Introduction to multivariate statistical analysis*, Wiley, 1958.
- BEUTHE (M.) et VAN NAMEN (Ph.), - la Sélection des assurés et la détermination des primes d'assurances par l'analyse discriminante -, *Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker*, Heft 2, 1975, 137-155.
- BOYER (M.), DIONNE (G.), VANASSE (Ch.), *Econometric models of accident distribution*, à paraître dans G. Dionne Ed., *Contributions to insurance economics*, Kluwer Academic Publishers, 1990.
- BRESSAND (C.), *la Tarification de l'assurance de responsabilité civile automobile*, rapport présenté aux VIIèmes journées de microéconomie appliquée, université du Québec, Montréal, mai 1990.
- DENUIT (V.), *Nouvelle méthode de tarification et étude du bonus-malus en matière d'assurance automobile*, mémoire d'ingénieur commercial et de gestion, FUCAM 1990.
- GILBERT E. S., *On discrimination using qualitative variables*, *American Statistical Association Journal*, Dec 1968, 1399-1412.
- LEMAIRE (J.), *l'Assurance automobile*, éditions Labor, 1983.
- LEMAIRE (J.), *Automobile Insurance : actuarials models*, Kluwer Nijhoff publishing, 1985.
- MADDALA G. S., *Limited-dependent and qualitative variables in econometrics*, Cambridge, 1983.
- MOORE (D. H.), - Evaluation of five discrimination procedures for binary variables -, *Journal of American Statistical Association*, Juin 1973, 399-404.
- NORUSIS (M. J.), *Advanced Statistics Guide SPSSx*, Mc Graw-Hill, 1985.
- O. C. A. (Office de Contrôle des Assurances), *Rapports annuels*.
- RAO C. R., *Linear statistical inference and its applications*, Wiley, 1965.
- U. P. E. A. (Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances), *Rapports annuels*.
- U. P. E. A. Assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules, automoteurs - proposition de modification du système bonus-malus pour les catégories tourisme et affaires et usage mixte, novembre 1988.

## **Statistiques relatives aux variables continues**

| Variables                         | moyenne | moyenne des<br>sinistres | Coeff. discr. |
|-----------------------------------|---------|--------------------------|---------------|
| k.W.                              | 48,2    | 46,9                     | - 0,0008      |
| Age du véhicule                   | 5,3     | 5,4                      | - 0,0223      |
| Degré B.M.                        | 2,76    | 3,54                     | 0,3793        |
| Nbre d'habitants<br>de la commune | 80.674  | 104.485                  | 0,55E-05      |
| Nbre de véhicules                 | 27.690  | 36.293                   | 0,97E-05      |

**ANNEXE 1**

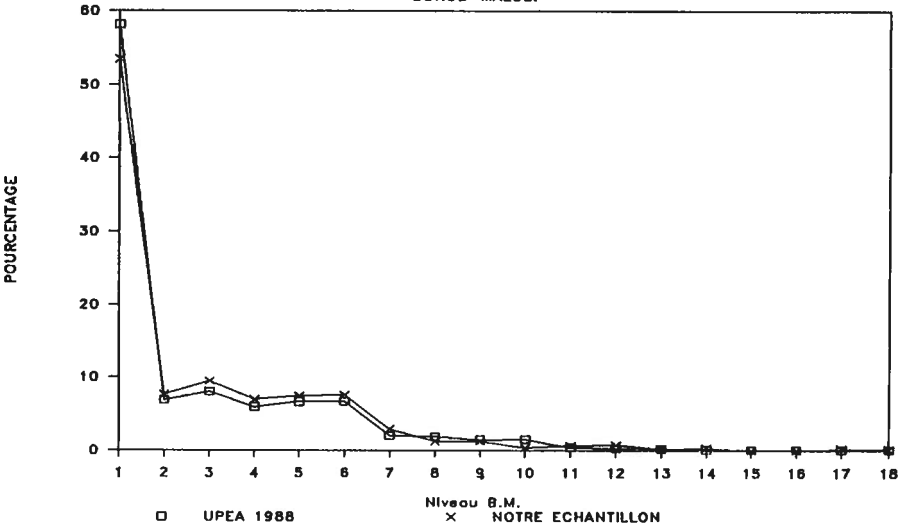
**Statistiques relatives aux variables binaires**

| Variables            | % du total | % sinistré* | Coeff. discr. |
|----------------------|------------|-------------|---------------|
| Courtier A           | -          | 16,49       | 0,3799        |
| Courtier B           | -          | 14,94       | - 0,1708      |
| Courtier C           | -          | 9,51        | - 0,2029      |
| Courtier D           | -          | 11,58       | -             |
| Paie ment annuel     | 43,27      | 11,78       | 0,3337        |
| Paie ment semestriel | 49,21      | 13,12       | 0,4341        |
| Paie ment trimestr.  | 7,07       | 12,35       | -             |
| R.C. Moins           | 5,67       | 27,69       | 1,7883        |
| R.C. Plus            | 94,33      | 11,56       | -             |
| Usage professionnel  | 6,20       | 11,27       | 0,1497        |
| Usage limité         | 93,80      | 12,56       | -             |
| Alfa Romeo           | 1,13       | 15,38       | 1,3399        |
| Audi                 | 2,44       | 10,71       | 0,5587        |
| B.M.W.               | 2,36       | 11,11       | 0,7620        |
| Citroën              | 5,50       | 12,70       | 0,9917        |
| Fiat                 | 8,55       | 14,29       | 1,0177        |
| Ford                 | 8,12       | 12,90       | 0,6643        |
| Honda                | 1,83       | 9,52        | 6,2051        |
| Lada                 | 6,37       | 6,85        | 0,1597        |
| Mazda                | 2,27       | 11,54       | 1,1186        |
| Mercedes             | 3,23       | 13,51       | 0,9784        |
| Mitsubishi           | 3,14       | 19,44       | 1,5123        |
| Nissan               | 4,28       | 14,29       | 1,1981        |
| Opel                 | 9,86       | 11,50       | 0,7469        |
| Peugeot              | 7,42       | 11,76       | 0,7355        |
| Renault              | 7,94       | 18,68       | 1,3997        |
| Seat                 | 1,13       | 7,69        | 0,6736        |
| Toyota               | 7,50       | 6,98        | 0,0324        |
| Volkswagen           | 10,12      | 16,38       | 1,2000        |
| Volvo                | 1,83       | 9,52        | 0,3362        |
| Autres marques       | 4,97       | 9,52        | -             |
| Conduite exclusive   | 0,70       | 12,50       | - 0,0008      |
| Remorque payante     | 2,18       | 8,00        | - 0,6084      |
| Sexe féminin         | 21,82      | 12,80       | 0,2915        |
| Société              | 2,53       | 10,34       | - 1,7903      |
| Sexe masculin        | 75,65      | 12,46       | -             |
| Moins de 25 ans      | 12,22      | 16,43       | - 1,1021      |
| Entre 25 et 30 ans   | 15,36      | 14,20       | - 0,7064      |
| Entre 30 et 40 ans   | 25,74      | 8,81        | - 1,1306      |
| Entre 40 et 50 ans   | 15,10      | 12,14       | - 0,6718      |
| Entre 50 et 60 ans   | 14,14      | 9,88        | - 0,9257      |
| 60 ans ou plus       | 8,12       | 13,98       | - 0,3731      |
| Age inconnu          | 9,34       | 17,76       | -             |
| Cadres               | 1,48       | 11,76       | 0,1984        |
| Commerçants, indép.  | 4,89       | 7,14        | - 0,7832      |
| Employés             | 14,75      | 5,92        | - 0,8630      |
| Enseignants          | 3,84       | 15,91       | 0,4745        |
| Etudiants            | 3,58       | 21,95       | - 0,8214      |
| Fonctionnaires       | 6,28       | 13,89       | 0,1557        |
| Médical              | 3,84       | 9,09        | - 0,6328      |
| Militaires, gendarm. | 4,28       | 6,12        | - 0,8413      |
| Ouvriers non qual.   | 22,77      | 13,03       | 0,0396        |
| Ouvriers qualifiés   | 9,77       | 18,75       | 0,6531        |
| Retraités            | 5,58       | 14,06       | - 0,2566      |
| Sans profession      | 2,18       | 8,00        | - 0,7067      |
| Profession inconnue  | 16,75      | 14,58       | -             |

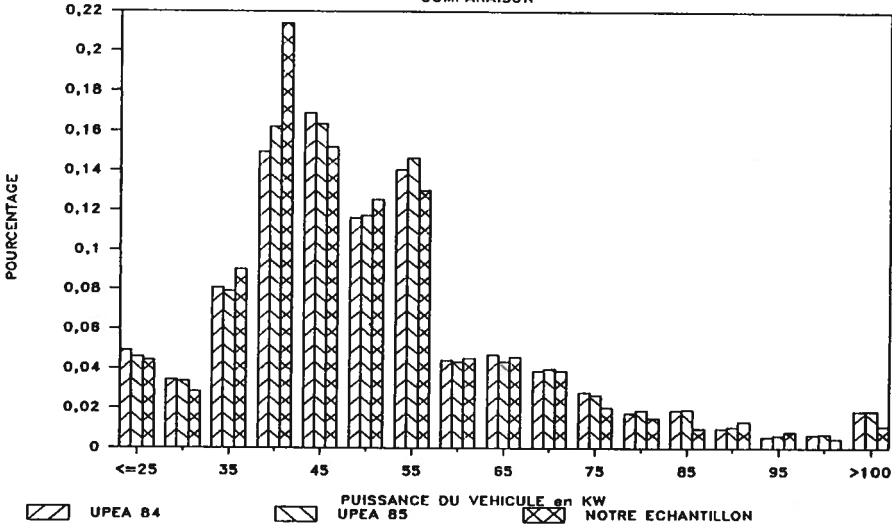
\* Le pourcentage de conducteurs ayant causé un accident est de 12,48%.

ANNEXE 2

REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON.  
BONUS-MALUS.



PUissance en KW  
COMPARAISON





# Stratégie des sociétés d'assurance : SEGMENTATION OU SELECTION?

MOTS CLÉS : Agents . Communication . Distribution . Image . Marketing . Mutuelles . Réseaux . Segmentation . Sélection . Tarifs .

**S**OUS L'EFFET DE LA CONCURRENCE DES MUTUELLES, LES COMPAGNIES D'ASSURANCES ONT ÉTÉ AMENÉES À ADOPTER UNE ATTITUDE DE SÉLECTION. COMMENT LA RENDRE COMPRÉHENSIBLE POUR LE PUBLIC ET FAIRE EN SORTE QU'ELLE NE SE RETOURNE PAS CONTRE LES COMPAGNIES ELLES-MEMES ? CELA DÉPENDRA DU BON USAGE DES RÉSEAUX ET DE L'UTILISATION DES STRATÉGIES MARKETING ET DE COMMUNICATION.

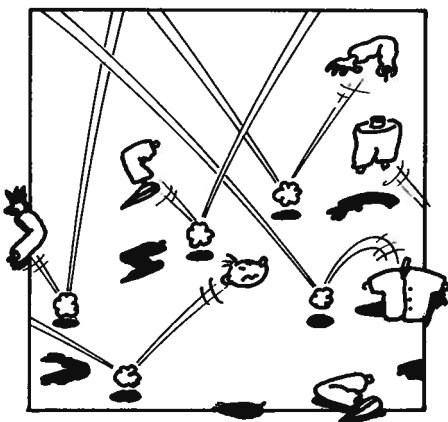
**I**l y a plus de dix ans que les observateurs annoncent que le secteur de l'assurance doit très rapidement adopter le marketing. Même si les sociétés se placent traditionnellement dans une perspective à long terme, la difficile introduction du concept ne peut pas être totalement le fait du hasard : les entreprises d'assurances pensaient que le marché était quasi-illimité et qu'il suffisait pour progresser d'adopter une démarche pragmatique. Elles se trouvent aujourd'hui dans l'obligation d'effectuer des choix stratégiques qui remettent en cause bien des valeurs traditionnelles : mutation des canaux de distribution, internationalisation des risques, multiplication des intervenants, place de plus en plus importante de la communication, • éducation • des consommateurs.

Alors qu'il y a vingt ans, la plupart des sociétés ont su prendre le virage de la révolution informatique, aujourd'hui les difficultés proviennent du fait que les mutations semblent trop nombreuses. Le marketing, chacun le sait, s'imposera ; mais à la condition de prendre en compte les impératifs de rentabilité qui font aujourd'hui défaut dans un trop grand nombre d'entreprises. Il ne suffit plus de prétexter la connaissance *a posteriori* du prix. En fait, le véritable enjeu pour assurer cette évolution est de réussir une intégration harmonieuse du marketing dans l'entreprise en valorisant les connaissances techniques de l'assurance qui ont fait la solidité et la pérennité de grand nombre de sociétés.

\* Directeur de ZURICH France.

## ■ I - UNE SEGMENTATION SÉLECTIVE

La naissance des Mutuelles professionnelles procédait véritablement du concept de segmentation : d'autant plus qu'elles étaient l'émanation des groupes socio-professionnels eux-mêmes. A l'époque, un tel regroupement déterminait un style de vie commun, un revenu et un niveau d'éducation. Le cas de la M.A.I.F. est particulièrement exemplaire : il s'agissait d'un



type de population parfaitement structuré sur le plan syndical et constituant une mutualisation de risques homogènes inférieurs à la moyenne. Techniquement, l'importance de ces groupes pouvait justifier la constitution d'une mutualisation propre. De plus, le niveau culturel des membres pouvait les dispenser d'un intermédiaire, jugé superfétatoire et coûteux. Les Mutuelles connurent le succès que l'on sait.

L'importance de la branche automobile dans les portefeuilles, la concurrence très axée sur le prix, le très grand nombre de compétiteurs ont conduit les sociétés à adopter une attitude plutôt défensive en s'attaquant aux produits : non pas pour les distinguer par rapport aux autres, mais au contraire pour les épurer le plus possible. C'était se mettre au même niveau que les Mutuelles en s'orientant vers un seul élément : le prix. Pour arriver à ce résultat, il fallait mener une politique de créneaux techniques qui impliquait une élimination de plus en plus forte des risques non sélectionnés.

Les sociétés traditionnelles omniproduits ont longtemps sous-estimé l'évolution des Mutuelles sans intermédiaire. Elles ne comprirent que tardivement le danger que ces dernières représentaient pour leur portefeuille. La raison essentielle est que l'extraordinaire développement des ventes automobiles permit à chacun de progresser presque naturellement, sans effort particulier, sans se rendre compte immédiatement qu'il profitait avant tout aux Mutuelles et dans une moindre mesure aux sociétés à réseaux.

En regroupant des types de population clairement définis, les Mutuelles comprirent vite qu'il était nécessaire d'intervenir au-delà de la simple assurance automobile. Il fallait fidéliser les assurés afin de consolider leur portefeuille. Mais la recette sélective des risques automobiles n'était pas nécessairement transposable aux autres risques... L'assurance automobile avait servi de « fer de lance » aux Mutuelles et, de ce fait, risquait de menacer les autres contrats placés par ces populations auprès des sociétés traditionnelles. Ces dernières comprirent qu'il était nécessaire d'intervenir et qu'elles n'avaient guère le choix : elles devaient se battre en utilisant les armes de leurs adversaires, à savoir en mettant en avant le niveau tarifaire en assurance automobile. Les sociétés cherchèrent à déterminer les typologies des meilleurs risques afin de proposer des tarifs aptes à attirer.

C'est la naissance des tarifs « chocs » qui déferlèrent sur le marché. Les études conduites par les sociétés n'ont pu être menées à bien que grâce à l'outil informatique qui commençait à être bien maîtrisé. Il permettait d'avoir une connaissance très précise des typologies de risques à partir d'échantillons représentatifs. Si les cibles ont été, en général, parfaitement bien déterminées, cette politique défensive provoqua des effets pervers : celui de la sélection des risques, *a priori* et *a posteriori*. Sélection signifiant pour les assureurs : élimination soit par refus, soit par tarif dissuasif. Le refus de souscrire dans les Mutuelles se justifiait par une non appartenance à la catégorie socio-professionnelle visée (en s'abritant derrière les statuts). Cette attitude était bien admise et comprise par les consommateurs visés ou refusés. La sélection *a posteriori* (sinistralité, défaut de paiement, fraude...) était justifiée par un « comportement non mutualiste ». L'élimination trouvait chez les sociétaires un écho favorable, car elle était fondée sur la défense des intérêts des assurés.

Il n'en était bien évidemment pas de même dans les sociétés traditionnelles : les assurés comprenaient de plus en plus mal les disparités tarifaires, la sélection de plus en plus forte pour essayer d'infléchir vers le bas le niveau moyen des primes et essayer de se rapprocher des niveaux tarifaires proposés par les Mutuelles. Ces politiques eurent pour conséquence d'interdire l'accès à l'assurance d'un nombre important de clients à risques réputés plus élevés (jeunes, assurés sinistrés, propriétaires de véhicules très haut de gamme...), à cause d'un niveau tarifaire considéré comme psychologiquement et économiquement trop élevé. Les tarifications effectuées pour les jeunes conducteurs sans antécédent, même si elle sont techniquement justifiées (nous savons même que, depuis le plafonnement par les Pouvoirs Publics, elles sont sous-évaluées), ne sont ni comprises ni admises socialement. Elles provoquent même un effet de rejet de l'assurance pour les générations qui seront les consommateurs de demain. La notion traditionnelle de la mutualisation des risques est remplacée petit à petit par celle de mutualisation de groupes de risques.

Qu'il s'agisse des véhicules, des risques industriels ou de l'assurance « vie », les sociétés se trouvent aujourd'hui paralysées pour déterminer une politique de croissance correspondant à leur image et aux types de réseaux qu'elles se sont choisis. En fait, pour chacune d'elles, segmentation et sélection semblent aussi incompatibles que croissance et profit. Toutes les sociétés rêvent de réaliser une combinaison des deux mais cet amalgame semble procéder de l'alchimie.

## ■ II - SEGMENTATION ET RÉSEAUX

La segmentation consiste à « découper le marché potentiel total d'un produit ou d'un service en un certain nombre de sous-ensembles aussi homogènes que possible, afin de permettre à une entreprise de mieux adapter sa politique commerciale à chacun de ces sous-ensembles ou à certains d'entre eux »<sup>1</sup>.

1. LENDREVIE (J.), LINDON (D.), LAUFER (R.), *Mercator théorie et pratique du marketing*, Dalloz 1979.

La segmentation doit donc apporter des informations supplémentaires pour répondre plus précisément aux besoins ressentis par ces sous-ensembles. Les études, dont les techniques sont aujourd'hui bien connues, ne doivent pas uniquement servir à vendre, mais à s'adapter rapidement aux changements pour suivre les besoins toujours évolutifs de la clientèle.

Stratégiquement, les sociétés traditionnelles ont compris qu'il était nécessaire de développer leur secteur entreprise, notamment PME-PMI très largement majoritaires en France, encore peu concurrencé par les Mutuelles. C'est dans ce domaine que les compagnies ont sans doute le mieux mis en place les principes marketing. Son développement a été très élevé ces dix dernières années, mais c'est sans doute le type de clientèle qui a aussi le plus modifié ses comportements. La plupart des sociétés ont adopté une stratégie de « suiveur », chacun cherchant à réduire ses coûts en offrant un service équivalent. Ces attitudes ne firent qu'augmenter la concurrence tarifaire et donc accélérer les cycles techniques.

L'exemple de l'assurance « vie » illustre également ce phénomène. Après une très forte croissance, les premiers signes d'essoufflement apparaissent. Le développement des primes uniques a éliminé l'utilité du service et a réduit la fidélité de la clientèle.

Ces stratégies de « suiveur » ont eu pour effet de transformer l'activité marketing en une fonction « promotion des ventes » en s'éloignant des principes de réponse aux besoins de la clientèle.

Il est vrai que l'existence d'un canal de distribution est déterminante. En fait, il doit être pour la société le moyen d'optimiser ses choix, à condition qu'ils correspondent à sa politique marketing. Toute erreur provoquerait non seulement des tensions fortes dans l'entreprise mais vraisemblablement des pertes durables. Contrairement aux professions industrielles, les sociétés d'assurances n'ont pas véritablement le choix du réseau : celles qui en possèdent souhaitent non seulement le conserver, mais développer d'autres canaux. Celles qui n'en possèdent pas n'ont pour seul objectif que d'utiliser ceux des autres. En fait, lorsque la concurrence est très élevée, chacun cherche à cumuler les facteurs de réussite des autres. Mais, aujourd'hui, chacun sait qu'il est quasi-impossible (parce que trop coûteux) de créer de toutes pièces un réseau d'agents généraux et que la seule façon de « fidéliser » les courtiers est de sous-tarifier (notamment par l'augmentation des commissions).

En fait, les clients ne font pas la distinction entre les différents réseaux (agents, courtiers, salariés, inspecteurs). Le premier « produit » à valoriser sera l'intermédiaire. Le marketing, par ses analyses, doit déjà apporter des éléments de réponse permettant de mieux situer son rôle par rapport aux consommateurs. Le réseau est une richesse pour l'entreprise, il faut donc le valoriser.

Contrairement aux Mutuelles qui n'ont à trouver un bon équilibre marketing qu'entre la technique et la recherche de la satisfaction de leurs assurés, les sociétés traditionnelles doivent en ajouter une troisième : la satisfaction du réseau. La tentation est grande, comme on l'entend souvent, de considérer

l'intermédiaire comme « le client ». Or, les études marketing prouvent clairement que les attentes des intermédiaires sont essentiellement différentes de celles de la clientèle, même si pour l'essentiel elles se rejoignent. Il ne faut pas pour autant négliger leur point de vue dans la mesure où ils sont une voie d'information montante sur les évolutions du « terrain ».

Mettre en place une stratégie de segmentation est, en général, plus adapté à un réseau de courtiers qu'à un réseau d'agents généraux. Cependant, il peut être tout à fait concevable, en associant les agents à la stratégie, de développer une politique de ce type en admettant qu'elle ne pourra intéresser qu'une partie du réseau. Afin de maintenir un équilibre général entre la société et son réseau, ce ne sera pas une stratégie de segmentation qu'il conviendra de développer mais de diversification des segmentations. Ce serait admettre ce que nous observons déjà dans la réalité : l'existence de différentes catégories d'agents généraux dont les particularités, les compétences, les centres d'intérêts sont orientés vers des typologies de clientèle déterminées.

### ■ III - SEGMENTATION ET COMMUNICATION

Il n'est pas nécessaire de rappeler l'image que perçoivent les consommateurs de l'assurance. Par contre, nous savons que les intermédiaires (leurs intermédiaires) sont crédités de scores plus favorables.

Plus les sociétés pratiquèrent une politique de « créneaux », c'est-à-dire sélectives, plus elles sentirent l'obligation d'augmenter leur notoriété. A la suite des banques, nombreux furent les groupes d'assurances qui entreprirent des plans de communication. Il semble d'ailleurs que le concept de communication ait eu moins de mal à s'implanter dans les entreprises que le marketing. Il est vrai que, bien souvent, les « DIRCOM » sont directement rattachés au Directeur Général.

La plupart des campagnes avaient pour objectif d'augmenter la notoriété des groupes en facilitant la mémorisation des noms. Plus les sociétés étaient importantes, plus elles tentaient de se rapprocher de leurs clients.

Nous savons, aujourd'hui que ces campagnes ont été plutôt décevantes. Outre le fait que les consommateurs ont bien du mal à se retrouver entre les sigles de sociétés, ils perçoivent avec beaucoup de difficulté l'image que les groupes cherchent à imposer.

Le problème est que bien souvent les sociétés cherchent effectivement à créer une image qui ne correspond pas nécessairement à la réalité de l'entreprise. L'existence d'une multiplicité de canaux de distribution ne fait que compliquer la situation : chaque société essayant de trouver un langage qui puisse convenir à tous sans mettre en valeur les avantages concurrentiels qui permettraient de les distinguer. Une politique de segmentation des marchés permet de mettre en place une stratégie de communication précise et ciblée avec un plus grand impact, donc un taux de remontée plus élevé. Les entreprises bancaires ont enregistré de très grands succès dans ce domaine, notamment à l'adresse des jeunes.

Le cas récent du groupe AZUR (vers les femmes conductrices) va tout à fait dans ce sens mais est uniquement ciblé sur les véhicules automobiles. Il s'agit donc beaucoup plus d'un créneau que d'une segmentation. La communication d'assurance orientée vers un segment de marché est qu'elle ne doit pas entraîner un rejet par les autres types de clientèle (les hommes pour le groupe AZUR ) et doit apporter une image positive, cohérente et durable pour tous les types de clientèles.

L'internationalisation des compagnies et des risques fera que toutes ces techniques constitueront un élément de concurrence comme le fut l'informatique il y a 25 ans. Mais, il s'agit avant tout d'un état d'esprit à faire partager à tous les partenaires de l'entreprise : être au service du client ■

# L'ASSURE AUTOMOBILE

## au Royaume-Uni

**MOTS CLÉS :** *Automobile • Accident • Marketing • Réglementation • Royaume-Uni • Tarification •*

**L'**HISTORIQUE DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE A SON IMPORTANCE PUISQU'IL EXPLIQUE LA PRÉDOMINANCE SUR CE MARCHÉ DU COURTAGE. LES MÉTHODES DE TARIFICATION QUI SONT ICI ESQUISSÉES DIFFÈRENT DE CELLES PRATIQUÉES EN FRANCE. ON NOTERA, EN PARTICULIER, LES RÉDUCTIONS DE PRIMES POUR LES VÉHICULES ANCIENS, L'ASSURANCE DES COUPLES MARIÉS ET LA SEGMENTATION FINE PAR L'ÂGE DU CONDUCTEUR.

### I - COMMENT TOUT A COMMENCÉ

**L'**accident automobile est aussi ancien que l'automobile. C'est un Français qui inventa le premier véhicule à propulsion mécanique au 18<sup>e</sup> siècle. C'était un engin à vapeur qui s'écrasa contre un mur lors de son premier essai. Les premières automobiles à vapeur apparurent en Grande-Bretagne vers 1860. Ces nouvelles inventions étaient impopulaires et tout particulièrement détestée des Compagnies de Chemin de fer. Ces Compagnies usèrent de leur influence au Parlement pour faire passer en 1865 le *Red Flag Act*. Loi qui obligeait un assistant à marcher devant chaque automobile avec un drapeau rouge pour signaler aux populations l'arrivée du dangereux véhicule. Les limitations de vitesse étaient de 2 miles par heure en ville et de 4 miles par heure sur route. La première automobile avec moteur à combustion interne a fait son apparition en 1886. Malheureusement, le premier essai s'est lui aussi terminé contre un mur. Malgré les restrictions du *Red Flag Act*, les automobiles ont gagné en popularité, bien qu'elles fussent très chères et considérées comme un gadget de riches. Le premier accident mortel eut lieu à Harrow en 1889 et c'est en 1890 que des polices d'assurance automobile ont été émises par *Car & General*. Ces polices étaient rédigées à partir de l'expérience des assureurs dans les autres branches dommages. Elles mettaient, par conséquent, l'accent sur

\* *Marketing Services Manager, Commercial Union.*



l'aspect matériel de la garantie, c'est à dire sur le véhicule. En 1896, le *Red Flag Act* a été remplacé par le *Locomotives on Highways Act*, succès des groupes de pression automobilistes. Cette date est célébrée chaque année, par un rallye Londres-Brighton. Le *Locomotives on Highways Act* a porté à douze miles par heure la vitesse maximale et a supprimé l'assistant au drapeau rouge. A la suite de cette loi, les accidents ont considérablement augmenté et l'assurance est devenue de plus en plus nécessaire. Le marché de l'assurance automobile explosa, les couvertures offertes et les primes variant sensiblement selon les compagnies.

Les assureurs automobiles ont assez vite réalisé qu'il était de leur intérêt de s'entendre sur le montant de la prime de base et sur des règles de tarification. A cet effet, un système commun de tarification a été introduit en 1913. Il s'agissait d'un accord prévoyant la mise en commun des statistiques et la définition de classes de véhicules. Les assureurs s'engageaient à ne pas descendre au dessous des tarifs de base prévus par l'accord. Il prévoyait aussi la rédaction d'une police standard qui ne pouvait être modifiée qu'avec l'agrément de toutes les compagnies signataires. En outre, l'accord fixait les commissions maximum des agents et courtiers. Vers 1935, entre 60 et 70% du chiffre d'affaires de l'assurance automobile étaient réalisés par les signataires de l'accord. Les assureurs *non-tariff* qui avaient choisi de ne pas participer à l'accord se sont alignés sur les pratiques de l'accord avec des primes légèrement plus basses et des commissions légèrement plus élevées.

Après la première guerre mondiale, la transformation de l'industrie de guerre en production civile a considérablement augmenté la production automobile. Malgré la croissance du marché de l'automobile, il n'y avait toujours pas de législation pour réglementer la circulation. N'importe qui pouvait acheter une voiture et conduire sans passer de permis. L'assurance automobile n'était pas obligatoire. Si un automobiliste tuait ou blessait quelqu'un, la victime ou ses ayants droits ne recevaient aucune indemnisation. En 1929, plus de 6000 personnes ayant été tuées dans des accidents de la route, le gouvernement réalisa l'urgence d'une législation. Il fit passer le *Road Traffic Act* : système de permis de conduire, codification des accidents automobiles et assurance obligatoire aux tiers.

Vers la fin des années 50, l'automobile était devenue un marché important pour les compagnies et l'accord sur les tarifs devenait un corset trop étroit. De nouvelles compagnies, appelées « champignons », firent leur apparition. Ces compagnies, à croissance ultra rapide grâce à des primes basses et des commissions élevées, réduisaient leurs frais administratifs et n'offraient que des garanties limitées. Elles ont modifié les conditions du marché en donnant aux courtiers des compétences dans la souscription et en leur déléguant certaines tâches comme la détermination du montant des indemnités.

La concurrence de ces compagnies a été l'une des raisons de l'abandon du *Tariff Agreement*. Mais beaucoup de ces compagnies, sans expérience, n'ayant pas observé les principes d'une solvabilité minimale ont fini dans des faillites retentissantes. De ce fait, le gouvernement a imposé des règles de solvabilité. Par

la suite, le *Road Traffic Act* a été modifié. En 1972, l'extension de l'obligation d'assurance aux passagers a été introduite. Puis il est devenu obligatoire de s'assurer contre les dommages matériels causés aux tiers.

## **II - CONNAISSANCE DE L'ASSURÉ :**

Ce n'est qu'une fois, ces différents cadres législatifs établis, que la concurrence entre les compagnies a pu se placer sur une connaissance statistique de l'assuré. Evaluer la prime de risque juste, en temps réel, pour chaque assuré, suppose la prise en compte de beaucoup de variables. Le marché anglais prend en compte sept variables pour la tarification, cinq se rapportent à l'assuré, deux à son véhicule. A partir de ces variables, les assureurs peuvent proposer un tarif qui sera modifié suivant les franchises et types de garantie choisies par l'assuré. On peut choisir une franchise, comprise entre 50 et 100 £ pour réduire la prime. Trois types de couverture sont disponibles : garantie au tiers, garantie aux tiers plus vol et incendie, couverture complète étendue aux dommages matériels de l'assuré.

### **2. 1 . Variables propres à l'assuré**

#### *Utilisation du véhicule*

La fréquence d'accident augmente avec le kilométrage parcouru et donc avec le type d'utilisation du véhicule. La plupart des assureurs utilisent trois types de classification qui vont du loisir à l'utilisation professionnelle pure. Les assureurs pondéreront le type d'utilisation choisi avec la profession de l'assuré.

#### *Expérience du conducteur*

Le conducteur en dessous de 25 ans présente un risque plus élevé que la moyenne de la population. Grâce à des informations statistiques plus complètes, les assureurs peuvent maintenant calculer les tarifs par classes d'âge, distinction plus fine que celle entre jeunes et vieux. Ainsi, des primes plus faibles seront appelées pour des conducteurs de 50 à 55 ans, mais les conducteurs au dessus de 70 ans seront traités avec prudence.

#### *Autres conducteurs*

Les statistiques montrent que, lorsque la garantie autorise la conduite du véhicule à la femme et au mari, les sinistres sont moins nombreux. Peut-être parce que chacun se sent responsable par rapport à l'autre. Dans ce cas, les primes sont moins importantes. Elles sont plus importantes si d'autres conducteurs sont autorisés à conduire.

#### *Lieu de résidence*

Les assureurs ont divisé le territoire en différentes zones de tarification. Plus la densité de la circulation est forte, plus les accidents sont nombreux. Plus la zone est urbaine, plus les primes sont élevées. Ainsi, les zones de tarification les plus basses sont les petites îles côtières où le trafic est très faible.

### *Le système de bonus*

Le système du *No Claim Discounts* est tel qu'un conducteur sans accident pendant un an bénéficiera, lors du renouvellement de sa police, d'une réduction de prime. La réduction maximale est de 60 %, certaines compagnies réduisent même la prime de 65%. Le bonus maximum est généralement atteint en quatre ou cinq années sans accident. Une innovation récente du système de bonus est une garantie qui protège le bonus. Moyennant un supplément de prime, un assuré peut avoir jusqu'à deux sinistres par période de cinq ans, sans que cela réduise son bonus.

## **2. 2. Variables propres au véhicule**

### *L'automobile*

Les assureurs ont besoin de connaître le type du véhicule assuré. Pour la majorité des automobiles, les assureurs utilisent un système de classe de tarification et distinguent sept à huit groupes de véhicule. Ces groupes sont constitués à partir de variables comme la puissance d'accélération ou les coûts et difficultés de réparation des véhicules. Les véhicules les plus chers font l'objet d'une classification spéciale.

### *Age du véhicule*

La sinistralité diminue avec l'âge des véhicules. A cela deux raisons : la fréquence des sinistres est plus faible pour les voitures anciennes, et les réparations sont moins coûteuses pour les anciens véhicules que pour les neufs. Aussi beaucoup d'assureurs, pratiquent-ils une réduction de prime pour les véhicules de plus de 10 ans.

## **CONCLUSION**

La connaissance statistique de plus en plus fine de l'assuré a renforcé la concurrence. De plus en plus d'assureurs sont tentés de se spécialiser sur des niches de marché, créneaux étroits, mais à forte rentabilité : assurance des plus de 50 ans, assurance des couples mariés... En outre, les conditions de distribution évoluent rapidement avec l'apparition du marketing direct. Il est surtout le fait de filiales de banques, de grands groupes d'assurances et de compagnies étrangères et rend la compétition de plus en plus vive. Seul le temps pourra dire si le prix est le facteur décisif dans le choix de l'assureur ou si le service après-vente a aussi son importance. Cela imposera de développer des outils différents de connaissance et d'approche de l'assuré ■

# La Bancassurance entre LE CHAUD ET LE FROID

MOTS CLÉS : Bancassurance • Marketing • Produits financiers •

LE VOCABLE DE BANCASSURANCE TEND DE PLUS EN PLUS A S'IMPOSER POUR DÉCRIRE UNE NOUVELLE ORGANISATION DE L'OFFRE DES SERVICES FINANCIERS INTÉGRANT TOUS LES BESOINS PATRIMONIAUX DU CLIENT. L'OBJET DE CETTE RÉFLEXION EST DE MONTRER QUE LES GROUPES QUI VEULENT RÉUSSIR DANS CE DOMAINE AURONT À FAIRE LA PART ENTRE DES EXIGENCES DE COURT TERME, ENCORE PEU CONTRAIGNANTES, ET DES EXIGENCES DE LONG TERME POUR LESQUELLES UN EFFORT IMPORTANT DE CLARIFICATION ET DE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE SONT NÉCESSAIRES. LA BANCASSURANCE PEUT, À COURT TERME, SE CONTENTER D'AVOIR DES « CLIENTS » (ELLE N'EST EN CE CAS QU'UNE DES COMPOSANTES DE LA DISTRIBUTION DES PRODUITS FINANCIERS), ELLE NE PEUT À LONG TERME S'ÉTABLIR QU'AVEC DES « BANCASSURÉS ». CERTAINES STRATÉGIES (MARKETING, COMMUNICATION) SONT À ENVISAGER DÈS MAINTENANT POUR Y PARVENIR.

La multiplication des articles et des réflexions sur la bancassurance témoigne de l'inquiétude des deux professions quant à leur avenir et de leur ferme volonté d'adaptation. Lorsqu'en 1970 le Crédit Mutuel décide de créer une société d'assurance, cela ne bouleverse ni les assureurs ni les banquiers. Quinze ans plus tard, la réflexion sur la distribution des produits financiers commence à sortir du cercle étroit des instituts spécialisés et des recherches universitaires pour pénétrer les entreprises. Depuis les choses vont en s'accéléralant. Dans le même temps, très bref, on assiste aux efforts d'analyse, d'explication, de justification, de dénomination (« bancassurance ») et à leur mise en oeuvre effective à des niveaux considérables (Crédit Agricole-Prédica, UAP-BNP, GAN-CIC, Banques Populaires-Fructivie, etc.).

\* Secrétaire Général du CAPA (Comité d'Action pour la Productivité dans l'Assurance).

L'assurance et la banque avaient déjà connu des évolutions fondamentales au cours des trente dernières années. L'informatisation des sièges et des points de vente, le marketing et plus récemment, au moins pour l'assurance, la communication. L'originalité du processus actuel tient à la rapidité du mouvement des entreprises. Les directions générales s'impliquent aux plus hauts niveaux dans les décisions jugées stratégiques. Le personnel des sociétés, les collaborateurs et les clients ne sont, par nécessité, informés qu'après coup. La parole est à l'action. Ces rapprochements entre l'assurance et la banque (qui ne sont pas spécifiques à la France) pourraient impliquer, à terme, d'autres secteurs d'activités (grande distribution, industrie) (Kessler - 1987).

Notons au passage que la bancassurance - concept interdisciplinaire - se fonde sur une réflexion, elle-même interdisciplinaire, entre l'économie et le marketing. Elle emprunte à l'économie les concepts d'effet de taille, d'économies d'échelle, de concentration, de concurrence internationale, de synergie financière (marge de solvabilité, ratio Cooke) et commerciale (réduction des coûts de distribution), d'économie de diversification.

Elle doit au marketing les concepts de besoins (globalisation des besoins du client), d'évolution de la demande (passage d'une demande de produits à une demande de services), l'analyse des motivations, l'étude des comportements et de ses évolutions temporelles.

Finalement, l'objectif de ce que l'on appelle aujourd'hui la bancassurance est de répondre aux besoins futurs de la clientèle par une nouvelle organisation de l'offre des services financiers.

Certes, aucun auteur ne prétend que la réalisation de cet objectif soit imminente, mais on ressent bien l'impatience de certains dirigeants (au fil des interviews qu'ils accordent) à réduire, sans délai, leurs frais de chargement et à récupérer ou augmenter rapidement leurs parts de marché.

Pour légitime qu'elle soit, cette hâte devra composer avec le temps. La bancassurance ne s'établira pas par décret : quatre types de problèmes devront être surmontés.

## **■ I - LA BANCASSURANCE POSE UN PROBLÈME D'IDENTITÉ DES SOCIÉTÉS ET DES PRODUITS**

La qualité d'un produit d'assurance est inaccessible au profane. Pour évaluer l'offre - produit -, il faudrait être simultanément actuaire, juriste et économiste. Pour résoudre cette difficulté, et parce qu'il faut vendre, les réseaux ont cherché à rendre visible ce qui est immatériel en offrant au client des signes de la qualité. C'est le grand débat - toujours actuel - des services. Notons que ces signes sont par nature indirects et n'ont qu'un rapport de contiguïté avec le produit lui-même. Il faut rassurer un client, volontiers dubitatif sur la valeur des engagements de la société, par des services annexes (on pourrait dire des gages de bonne foi). Le point de vente est disponible ; l'agent se déplace ; les contrats sont régulièrement

revus, ils sont « clairs » et bien expliqués ; les indemnisations sont équitables et rapides, etc. C'est ainsi que pour tout un secteur de la distribution traditionnelle, le prix doit être justifié par le service. Ceci n'est pas sans effet pervers car le service lui-même a un coût et contribue à augmenter le prix, donc à inventer du service ! En cassant cette logique, les Mutuelles sans intermédiaires ont conquis en vingt ans la moitié du marché de l'automobile. Pour leurs clients, toujours aussi dubitatifs sur la qualité, le prix devient signe de référence et facteur de choix. Il est la partie visible de l'iceberg, il est « le » service.

Actuellement, le marché - au moins en automobile - semble se stabiliser entre les deux types de distribution, selon une partition qui relève plus de la typologie à l'égard du risque que du calcul économique.

Dans ce cadre, le projet de la bancassurance marque le passage d'un marketing à court terme (adaptation des produits aux besoins) vers un marketing stratégique, intégrant toutes les données du problème (dont la distribution) pour s'adapter à un nouvel ordre économique et concurrentiel.

Des produits simples, peu chargés, d'accès facile, banalisés, pré-vendus, jouissant du patronage de sociétés connues pourraient attirer en priorité la clientèle des Mutuelles sans intermédiaires qui a déjà fait une partie du chemin dans ce sens. En quoi tout cela pose-t-il problème ?

En premier lieu, le client n'a pas été informé qu'il a des besoins globaux ! Plus sérieusement, bien qu'il reproche parfois aux assureurs de couvrir plusieurs fois le même risque (l'exemple type étant l'assurance scolaire et la responsabilité civile du chef de famille), il ne pousse pas la logique jusqu'à faire un bilan rationnel de l'ensemble de ses garanties et encore moins à le faire régulièrement. Le client raisonne encore en termes de produits indépendants (assurance automobile, habitation, l'épargne, le crédit).

Rien ne montre que la notion de patrimoine soit intégrée par le public, ni la sous-estimation générale des biens mobiliers et immobiliers en assurance habitation, ni l'arbitrage entre un type d'assurance et un autre.

Les études ne montrent pas que les assurés automobile des Mutuelles sans intermédiaires soient mieux équipés que l'ensemble des assurés en produits d'épargne ou de prévoyance. Si le public raisonnait en termes de besoin global, les économies réalisées sur un poste devraient s'investir sur un autre poste de même nature. Au cours de nos recherches, nous n'avons jamais rencontré d'assuré nous déclarant avoir acquis une protection juridique grâce à l'économie réalisée en réduisant le coût de son assurance habitation.

A cette indépendance des produits s'ajoute une perception différenciée des sociétés et des réseaux envers lesquels le client a des attentes et un attachement qu'il ne faut pas sous-estimer.

L'attachement envers les sociétés (banque ou assurance) procède d'une logique du confort moral sans laquelle l'angoisse serait insupportable.

Comment accepter de confier son épargne à une institution qui la gère mal ? Comment accepter de confier sa sécurité à une institution qui ne tiendrait pas ses

engagements ? Il n'y a donc pas de contradiction à afficher un jugement sévère sur l'ensemble des acteurs (les assureurs, les banquiers sont...) et à accorder sa confiance à son fournisseur actuel (mon assureur... mon banquier...).

Cet attachement envers une société (même s'il est sujet à de brusques revirements) est un obstacle au changement.

Il s'ajoute aux difficultés purement techniques (délais de résiliation, engagements d'épargne, emprunts) pour ralentir les mouvements de clientèle.

Mais le frein le plus fort à la mobilité réside sans doute actuellement dans l'image spécifique et très différente que les clients ont des banquiers et des assureurs. La banque est un monde froid, l'assurance est un monde chaud, très affectif (CAPA, *Etudes* N° 221).

La bancassurance sera-t-elle un monde tiède ?

Le problème de cohérence entre les deux offres ne peut être crédible que par la création d'une nouvelle identité dotée d'une offre et d'un discours spécifiques et rassurant le client sur ce qu'il perçoit aujourd'hui comme un risque de déséquilibre : confier à une même entité l'ensemble de ses stratégies personnelles.

## **■ II - L'ACCEPTATION DE LA BANQUE COMME LIEU D'ACHAT D'UNE ASSURANCE VARIE FORTEMENT SELON LES MARCHÉS**

L'assureur et son client n'ont absolument pas la même définition de l'assurance vie. Ce point est constamment vérifié lors des sondages et se mesure dans la différence entre l'évolution des taux d'équipement déclarés par le public, et l'évolution du chiffre d'affaires annoncé par les assureurs. Ainsi, entre 1983 et 1987, le montant des primes collectées sous le vocable « Assurance vie » a doublé (passant de 59 Mds à 118 Mds). Aux mêmes dates, la proportion de la population déclarant être assurée sur la vie par un contrat personnel a régressé (de 37 % à 34 %) (CAPA *Etudes* N° 226, septembre 1990).

Ceci démontre à l'évidence que le public appréhende et distingue les produits en raison de leur utilité perçue (finalité personnelle), peut-être même selon l'image du point de vente (ce dernier point serait à vérifier), mais certainement pas selon des critères techniques. Bien que l'on ne puisse actuellement donner un contenu satisfaisant au vocable « Assurance vie », il n'est pas impossible de mesurer son adéquation à différents types de distribution. Quand on compare le taux d'acceptation du point de vente bancaire pour y souscrire une assurance automobile ou une assurance vie, on constate un écart important selon les marchés. De plus, ces taux évoluent à des vitesses différentes. Si la banque devient de plus en plus rapidement un lieu d'achat acceptable pour l'assurance vie, elle suscite encore beaucoup de réticences pour y souscrire une assurance automobile (CAPA *Etudes* n° 226).



**ACHÈTERAIENT AUPRES D'UNE BANQUE  
(base 1 093 chefs de ménage 18-70 ans)**

|      | Une assurance automobile |        | Une assurance vie |        |
|------|--------------------------|--------|-------------------|--------|
|      | certainement             | jamais | certainement      | jamais |
| 1988 | 8 %                      | 39 %   | 14 %              | 31 %   |
| 1990 | 8 %                      | 35 %   | 20 %              | 29 %   |

Les banques auront plus de mal à établir leur crédibilité sur le marché de l'IARD que sur le marché de l'épargne pure.

**■ III - IL Y A UNE CONTRADICTION ENTRE LES OBJECTIFS A COURT TERME ET LE CONCEPT DE BANCASSURANCE**

Le premier effet espéré de la nouvelle distribution des services financiers est une réduction des coûts de distribution (vente à coût marginal, sélection des cibles sur des produits banalisés) pour répondre aux attentes des consommateurs qui ont tendance à préférer le prix au service.

N'est-il pas contradictoire de vouloir faire ainsi la bancassurance - par le bas - avec comme premiers clients les moins favorables au concept de base ?

Pour respecter ce concept (besoin global de services, unité de la gestion du patrimoine, dynamique de l'offre dans le cycle de vie), il faudrait affecter au service du client une gestion personnalisée de patrimoine, impliquant des investissements lourds en informatique et en formation. Ce n'est pas compatible avec la vente de produits banalisés, surtout si, comme le prédit Didier Négier, « les profits de l'assurance sont appelés à diminuer de la moitié dans les cinq ans » (cité par Colette Fabre, 1990).

**■ IV - LES GISEMENTS DE PRODUCTIVITE SONT SUR-ÉVALUÉS**

L'expérience des banques rencontre celle des assureurs ; sur les centaines de produits susceptibles d'être vendus à la clientèle, les points de vente n'en proposent qu'une dizaine (CAPA-Marketing N° 13). Encore, sommes-nous dans la configuration la plus favorable où chaque point de vente n'a à connaître et à distribuer que les produits de sa spécialité.

Il faudra des efforts considérables en formation, en animation commerciales (et en toilettage des gammes) pour amener les réseaux à vendre même des produits simples en dehors de leur métier d'origine.

Heureusement, entend-on dire, l'exploitation des fichiers recèle des trésors :

- gains sur la concurrence par exploitation judicieuse des fichiers,
- savoir faire en marketing direct.

Sur le premier point, on sous-estime la concurrence. Un client bancaire chez A n'a pas d'assurance dans le groupe A ; il fera l'objet d'une proposition commerciale pour souscrire une assurance. Dans le même temps, le même client assuré chez B sera identifié comme n'étant pas client bancaire dans le groupe B ! Bien sûr il

fera l'objet d'une proposition commerciale pour ouvrir un compte, obtenir un crédit, etc...

Dans notre exemple, le client reçoit deux propositions. Comme il a des chances d'être simultanément client de plusieurs banques et de plusieurs assureurs, on n'ose imaginer l'état de sa boîte à lettres !

Sur la ligne de départ de la bancassurance, combien de fois les mêmes • clients potentiels • sont-ils comptés dans les prévisions des différentes sociétés ?

Concernant le savoir-faire en marketing direct, tous ceux qui le pratiquent savent ce qu'il coûte, les limites de son efficacité malgré la sophistication des méthodes de scoring et le réservent à la vente de produits à forte valeur ajoutée (Jean-Michel Cornudet, *Economie et Finances Agricoles*, avril 1990).

Par ailleurs, l'indéniable réussite des banques dans la diffusion de l'assurance vie au cours des cinq dernières années fait illusion sur leurs capacités à vendre de l'assurance en général ; elles n'ont pas l'expérience de la vente d'assurances dommages (hormis les assurances du Crédit Mutuel (ACM)) et leur réussite en • assurance vie • s'est faite dans la collecte et la gestion de l'épargne pure • qui n'a qu'un rapport académique avec la vie, et ne représente qu'un des 3 métiers de l'assurance vie (prévoyance, épargne, crédit) • (Boshi, 1990).

En conclusion, la bancassurance existe par la volonté stratégique et l'anticipation créative de certains dirigeants. Elle n'a pas encore ses bancassurés et, finalement, c'est sans importance à court terme.

Les services qu'elle peut rendre rapidement sont de nature à attirer une part importante de la clientèle (produits simples, vente patronnée, offre diversifiée au point de vente). A ce stade, la bancassurance sera une des composantes de la distribution générale des produits financiers bien qu'elle ne puisse prétendre concerner tous les segments de clientèle (CAPA Etude N° 221).

L'évolution vers une véritable bancassurance ne sera possible qu'au prix d'un important effort de positionnement des institutions, de formation des vendeurs et par la création de produits spécifiques. Il faudra beaucoup de temps et de moyens pour créer véritablement une nouvelle organisation de l'offre des services financiers ■

## **BIBLIOGRAPHIE**

- AUBURTIN (Michel), • 1989 : an 1 de la bancassurance universelle •, *l'Argus*, n° 6141, 8 décembre 1989, p. 3211-3214.
- BENGEL (Michel), OLEJNIK (Natacha), • Banque et Assurance : vers une institution unique ? • (dossier), *la Tribune de l'assurance*, n° 30, 2 mai 1989 p 17-26.
- BOSHI (Edouard), • Propos d'un bancassureur •, *la Tribune de l'assurance*, 9 janvier 1989, p 12-14.
- BOURVEN (Monique), CAZENOVE (Josette), CORNUDET (Jean-Michel), DUCHESNE (Yann), ESPARBES (Edouard), KARAILIEV (Emile), KESSLER (Denis), POTARD (Jacques) (avec la contribution de), • Vers une industrie des services financiers • (dossier Banques/Assurances), *Economie et finances agricoles*, avril 1990, p 15-46.
- CAPA • • L'Assurance face aux services financiers ; l'approche globale des besoins du client •, *CAPA-Documents*, n° 186, janvier 1988
  - • la Bancassurance, segmentation des services et distribution •, *CAPA-Etude*, n° 221, juillet 1989
  - • Bancassurance, éléments de réflexion •, *CAPA-Marketing*, n° 13, juillet 1989
  - • le Marché de l'assurance en 1990 : Opinions-attitudes-comportements •, *CAPA-Etude*, n° 226/ *CAPA-Marketing*, n° 16, septembre 1990.

- DARDY (Pascal)
  - - Bancassurance, la concentration va se poursuivre -, *l'Argus*, n° 6166, 1 juin 1990, p 1505
  - - Crédit Mutuel, le bancassureur dommages -, *l'Argus*, 22 juin 1990, p 1781.
- DEMAZURE (Stéphane), ROZYNES (Pierre-Louis), - Jean Peyrelevade, le régulateur -, *le Journal de l'assurance*, N° 73, juin 1990, p 27-29.
- DESSAL (René), - Panorama de la distribution de l'assurance en Europe -, *Revue d'economie financière*, n° 11, décembre 1989, p 261-275.
- DILLIES (Bernard)
  - - De la finance moléculaire à la finance atomique -, *l'Assurance française*, n° 591, 1-15 septembre 1989, p 697-698
  - - Obèse, gros ou grand ? -, *l'Assurance française*, n° 605, 1-15 avril 1990, p 323-324.
- FABRE (Colette), - Bancassurance, un marketing très élaboré -, *l'Argus*, 22 juin 1990, p. 1690-1692.
- FAHYS (François), VIRARD (Marie-Paul), - Réseau et productivité, deux clés pour l'Europe -, (Interview de Jean-Yves Haberer, Président du Crédit-Lyonnais), *Option finance*, n° 61, 17 avril 1990, p 10-13.
- HUSSON (Bruno), - Analyse comparative de la fonction d'intermédiation financière des banques et des entreprises d'assurances -, *Finance*, vol 5, 2/1984, p. 285-297.
- KESSLER (Denis) - Banques et assurances : cohabitation, mariage ou fusions ? -, *Revue d'économie financière*, n° 1, 1987.
- LALLEMENT (Jacques) - La banque et l'assurance : arbitrage des consommateurs dans un marché ouvert -, exposé au dîner débat organisé par le DESS Banques et Finances de l'Université de Paris X - Nanterre, 8 décembre 1983.

# L'IMAGE DE L'ASSURANCE

## française

■ **Votre agence, qui appartient au groupe PUBLICIS, a travaillé, à la demande de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, sur les problèmes d'image de l'activité et du métier de l'assurance. Elle a aussi concouru à formuler des recommandations stratégiques de communication pour l'ensemble de la profession. Quand vous vous êtes engagé dans ce travail ? Quels sont les obstacles les plus significatifs que vous avez recensés en termes d'image ?**

Ils étaient multiples, et pour la plupart d'entre eux spontanément perçus par les professionnels. La genèse de notre travail remonte à 1988. Je le précise, parce que depuis, nombre de mutations sont intervenues dans le monde de l'assurance. Les réactions du public ne se pondéreraient sans doute plus de la façon dont nous les avons alors observées. De récents sondages prouvent même de sensibles évolutions. Mais voici cinq ans, l'assurance, en France affrontait plusieurs handicaps solidement ancrés dans les esprits. D'abord, elle était identifiée à des moments désagréables, si ce n'est dramatiques, de la vie : accidents d'automobile, incendie, maladie, décès... Le langage même des professionnels semblait s'ingénier depuis longtemps à entretenir ce pessimisme sous-jacent par des mots techniques à résonance désagréable : police, sinistre, capital, décès. Ensuite, une large part des actes d'assurances découlait, et découle encore, d'obligations légales (assurance automobile, responsabilité civile). De telles contraintes ne prédisposent guère à des relations décontractées. Enfin, l'argent remis à l'assureur (à l'exception de certains produits d'épargne ou d'assurance-vie), contrairement à celui déposé chez le banquier, était un argent dont on se sentait en quelque sorte dépossédé : soit parce que l'absence de sinistre ne justifiait pas de remboursement ; soit parce qu'en cas de sinistre, dans la majorité des cas, se manifeste le sentiment qu'on reçoit moins qu'on a payé. Ajoutons peut-être à ces sentiments négatifs fort répandus, une sorte d'image brouillée de l'activité d'assurance : elle se décline par de multiples produits, dans des branches très diversifiées (automobile, risques de particuliers, maladie, vie, risques industriels, assurance collective) et concerne des clientèles fort différentes. Un mystère opaque s'ajoutait en quelque sorte à une antipathie spontanée.

\* Consultant à l'agence - Intelligences -

■ **Aviez-vous le sentiment que ces préjugés atteignaient les professionnels ?**

Il y avait chez eux, tout à la fois une forme de résignation, un sentiment d'injustice et un désir de réagir. La résignation avait des racines historiques. A la Libération, les modifications des données économiques et monétaires avaient fortement pénalisé ceux de nos concitoyens qui avaient confié avant guerre leurs économies aux compagnies d'assurance. Celles-ci, bien malgré elles, leur avaient rendu un argent très déprécié. Le public en faisait injustement grief aux entreprises. Les professionnels connaissaient la force de ce ressentiment et en quelque sorte s'y résignaient. Cela donnait un monde de l'assurance qui était à la fois convaincu de son honnêteté fondamentale, mais pénétré d'une certaine vanité des efforts de communication. Alors que la communication et la publicité se développent de façon impressionnante dans tous les secteurs d'activités, les institutions d'assurance demeuraient discrètes, silencieuses. Elles se préoccupaient peu d'offrir une image attrayante, dynamique, moderne. Ce consensus sur le mutisme et la résignation d'une image dépréciée était assez général : il concernait aussi bien les sociétés, les institutions professionnelles que les réseaux de distribution dont le statut relève pour certains d'entre eux des professions libérales. Physiquement, cela se vérifiait dans les enseignes, les lieux de ventes, le packaging des produits. J'ajouterai que lorsqu'une communication grand public s'imposait, sous la pression d'un fait d'actualité, des médias ou des organisations de consommateurs, elle prenait facilement un caractère défensif qui contribuait à consolider les préjugés établis !

■ **Et puis un jour le monde de l'assurance a décidé de briser le cercle vicieux du silence. A votre avis, pourquoi ?**

Il n'avait pas le choix. La pression des nécessités commandait. Les dernières décennies ont été marquées par une redistribution impressionnante des parts de marché. D'abord, à l'intérieur du monde de l'assurance, entre mutuelles et compagnies classiques. Puis avec l'intrusion de distributeurs nouveaux particulièrement agressifs, en particulier les banques que l'argent de leurs clients - intéressait - de plus en plus. Confortées par leur puissance financière et les plus-values de leur patrimoine, les entreprises d'assurances ont été lentes à réagir. Puis un jour, elles ont pris conscience de l'étendue des dégâts en termes de marché. Dans le domaine de la vie et des produits d'épargne notamment.

■ **Qui doit selon vous, communiquer sur l'assurance : les sociétés ? les organisations professionnelles ? les distributeurs dans la spécificité de leur statut ?**

Il y a place pour les efforts de tous. Mais il est souhaitable que ces efforts ne se neutralisent pas dans leurs effets. Compte-tenu de la diversité des tailles d'entreprises une communication sur le métier se justifie à un niveau professionnel. Elle

se justifie aussi pour certains grands thèmes qui imposent une sorte de prise de conscience sociale : la retraite, par exemple. Mais ensuite dans une économie de marché concurrentielle, il est légitime que chaque enseigne vise à s'identifier au mieux pour son public, avec sa culture propre, ses services, ses produits. Désormais, elles ne s'en privent pas. Toutes interviennent pratiquement dans le champ publicitaire. Toutes se sont aujourd'hui dotées des directions de la communication qu'elles se refusaient hier. L'efficacité des messages voudrait cependant qu'il n'y ait pas hiatus mais confortement réciproque entre le niveau professionnel et le niveau entreprise.

■ **Lorsqu'en professionnel de la communication vous observez l'expression publicitaire de l'assurance, quels sont les thèmes qui vous paraissent dominants ?**

Impossible de répondre de façon exhaustive. Les campagnes des compagnies se sont multipliées ces dernières années. L'appel à quelques grandes familles de valeurs me semble constituer leur trait commun. Ce sont d'abord les valeurs de présence, de proximité, de convivialité, de compréhension et même de solidarité. C'est le « toujours avec nous » des AGF ou « le capital confiance » des Mutuelles du Mans ou l'idée de loyauté développée par le groupe Concorde avec ses tables de la Loi. Un discours qui entend rompre avec la technicité obscure et complexe de l'assurance pour humaniser le métier, le rapprocher des gens. Vient ensuite ce qui relève des valeurs de puissance. C'est l'UAP et son « Numéro 1 oblige ». La sécurité se confie à des institutions qui ont la solidité voulue pour l'assumer. Ce sont enfin les valeurs d'expérience : le professionnalisme, la notoriété et la reconnaissance acquises par l'antériorité. Les assureurs britanniques y insistent beaucoup dans leur communication. Même les consommateurs français créditent spontanément l'assurance anglaise de racines culturelles plus fortes.

■ **Les années récentes ont-elles fait évoluer ce corpus de valeurs ?**

La croissance des investissements du secteur de l'assurance dans la communication a été remarquable. On a pu observer le recours grandissant des assureurs au sponsoring ou au mécénat. Une telle orientation est en elle-même caractéristique d'une volonté d'ancrage plus forte dans la société civile. Sur la communication strictement publicitaire, plusieurs traits me frappent : d'abord, une certaine façon de « positiver » le risque. Hier le risque était identifié au danger ; aujourd'hui il l'est davantage à l'esprit d'entreprise. C'est le fil conducteur de la campagne du GAN : « L'énergie de tous vos projets ». Autre tendance : l'affirmation d'une assurance de partenariat. Ainsi La Mondiale qui met en scène l'assuré de façon plus active. Et puis surtout, on constate un discours nouveau sur l'argent, qui tend à se rapprocher de celui de la banque.

■ **N'est-ce pas la conséquence directe de certaines transformations structurelles de l'assurance ?**

Naturellement. L'essor des produits d'épargne et d'assurance-vie que l'on a observé ces dernières années a établi quelques convergences entre les métiers de la banque et de l'assurance. Mais il a aussi contribué à modifier l'identité de l'assureur dont je rappelais à l'instant les éléments caractéristiques et souvent répulsifs. Aujourd'hui, l'assureur ne prend plus exclusivement l'argent, de plus en plus il le place. Hier, l'assurance ça coûtait ; aujourd'hui, ça peut rapporter.

■ **Le public intègre-t-il ces évolutions ? Ses préjugés se résorbent-ils ?**

La réponse apparaît clairement dans un sondage de la SOFRES publié début 1990 et dont les organes de la presse professionnelle se sont largement faits l'écho. Il traduisait, tant pour le grand public que pour les leaders d'opinion, une perception plus positive de l'assurance, une reconnaissance du rôle essentiel qu'elle joue dans une économie et une société modernes, le lien fort qui existe entre le métier et certaines notions clairement appréhendées de risque, sécurité, responsabilité, un degré de confiance et de satisfaction très fort (78 % pour le grand public, 82 % pour les leaders d'opinion) à l'égard des professionnels de l'assurance. Je crois sincèrement que la profession et les entreprises ont rentabilisé ce qu'elles ont investi dans leur politique de communication.

■ **Est-ce à dire qu'il suffira de continuer dans l'avenir sur la même route ?**

L'avenir présente déjà un certain nombre de défis nouveaux auxquels l'assurance française va devoir répondre. J'en vois au moins trois.

C'est d'abord le défi du « grand marché ». Sur la façon de l'aborder en termes de communication les réponses diffèrent. Elles sont souvent reliées à des choix stratégiques plus larges qui sont opérés par les entreprises en fonction de leur position. Mais on peut imaginer qu'une compagnie nationale tente de se naturaliser sur les marchés étrangers qu'elle aborde avec des identités d'enseignes et de produits différenciées par secteurs ; soit au contraire qu'elle joue la puissance et la surface de l'institution dans son pays d'origine pour susciter l'intérêt et la confiance des consommateurs locaux. Le GAN, par exemple opte plutôt pour la première stratégie ; l'Allianz pour la seconde. L'existant de chaque société suggère ou interdit telle ou telle voie.

Le deuxième défi est celui qui découle de l'ébranlement du pacte de protection sociale. Les Français savent, parce que les médias ne cessent de leur répéter, que la Sécu est en crise. Et même s'ils y renâclent un peu, ils ont déjà conscience qu'à un socle de protection collective très large et presque exclusif, pour ce qui concerne la maladie ou la vieillesse, il va falloir ajouter l'effort individuel. L'assurance doit savoir clairement se positionner face à ce grand enjeu économique et social, mais aussi politique et idéologique. Elle doit se légitimer comme un



outil utile, efficace, qui, par ses techniques et ses produits, consolide le pacte de protection sociale mais ne l'agresse pas et n'entend pas s'y substituer intégralement. Le troisième défi est celui du conseil. Les effets cumulés de l'ouverture du marché européen et du redéploiement de l'assurance dans la sphère financière placent le consommateur devant des sollicitations innombrables, contradictoires, confuses, décourageantes. L'assurance va devoir répondre à des attentes très personnalisées de conseils. Les compagnies devront y préparer leurs réseaux, leurs technologies et naturellement leur communication.

■ **Vous appréhendez l'avenir sous la forme de trois défis. Aux Etats-unis, les relations des entreprises et des consommateurs sont plus violentes. Rien de semblable ne peut-il être imaginé en France ?**

Sincèrement, je ne le crois pas. Parce que le cadre juridique qui régit l'assurance américaine est sensiblement différent. Parce que les réactions psychologiques des populations concernées le sont aussi. Mais surtout parce que, nous vivons et nous continuerons largement à vivre dans un système de protection faisant cohabiter l'assurance individuelle avec un régime de solidarité collective important. Cela ne vaut pas pour le risque automobile ou la protection des biens privés, mais cela vaut pour la maladie, la vieillesse, le chômage. Cette réalité dédramatise fortement les tensions. A l'occasion de la réforme de l'assurance, le débat sur le cantonnement a été ouvert également chez nous : qu'est-ce qui relève de la garantie des droits des assurés ? qu'est-ce qui appartient au patrimoine des compagnies ? Le même débat qui a pris, dans certains Etats américains, des accents quasi révolutionnaires, est resté en France au niveau d'un débat technique. L'assurance française devra affronter de réels défis. Mais, du strict point de vue de la communication, je la sens, à la lumière de l'expérience récente, capable de les aborder efficacement ■

# Stratégie de survie de L'ASSURANCE AU JAPON\*\*

MOTS CLÉS : Assurance-vie • Capitalisation • Décès • Démographie • Japon • Marketing • Vente •

L'ASSURANCE JAPONAISE, MALGRÉ LA PUISSANCE QU'ON LUI CONNAÎT, DOIT S'ADAPTER AUX MUTATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES DE LA SOCIÉTÉ JAPONAISE. LA TRANSITION À OPÉRER EST CELLE D'UN PASSAGE DE L'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS « POUR LES AUTRES » À UNE ASSURANCE « POUR SOI ». CETTE TRANSITION SUPPOSE DES ADAPTATIONS TECHNOLOGIQUES CONSIDÉRABLES ET DE NOUVELLES TECHNIQUES DE VENTE.

Après un siècle de guerres, de destructions, de reconstructions, d'essais et d'échecs, la société japonaise entre désormais dans une nouvelle époque. Cette époque s'annonce par des changements structurels comme, le vieillissement de la population, l'intégration dans la communauté mondiale et la déréglementation économique. La démographie du Japon évolue très rapidement. Aujourd'hui, les plus de 60 ans représentent 17 % du total de la population ; ils seront 22 % en l'an 2000. Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une mutation radicale du marché du travail. Le système de l'emploi à vie qui caractérisait l'industrie japonaise disparaît par l'intensification de la concurrence et l'apparition d'une race de travailleurs qui privilégie le temps libre à la promotion. Les comportements de consommation évoluent aussi vers l'individualisme.

L'intégration de l'économie japonaise est de plus en plus importante et s'intensifie chaque mois. Il est désormais impossible à une entreprise japonaise de définir sa stratégie sans tenir compte des évolutions internationales. Ainsi, les changements dans les réglementations européennes et américaines, la construction du marché unique de 1992 ou l'ouverture de l'Europe de l'Est sont immédiatement analysés comme des données stratégiques essentielles dans de nombreux

\* Président de la Société d'assurances Nippon Life, Tokyo.

\*\* Ce texte, présenté au 26ème séminaire international des sociétés d'assurances qui s'est tenu à Paris du 8 au 12 juillet 1990, a été traduit avec l'aimable autorisation de l'ISI (International Insurance Society, inc) et de Gentaro Kawaze.

Source : Ministry of Health and Welfare

**REPARTITION PAR AGE DE LA POPULATION**  
(unité : millions d'individus)

| Age     | Années | 1988 | 1990 | 1995 | 2000 |
|---------|--------|------|------|------|------|
| ≤ 19    |        | 34.1 | 33.2 | 30.9 | 31.0 |
| 20 - 29 |        | 16.5 | 17.1 | 18.9 | 18.5 |
| 30 - 39 |        | 18.3 | 16.8 | 16.0 | 17.0 |
| 40 - 49 |        | 18.4 | 19.7 | 19.6 | 16.6 |
| 50 - 59 |        | 15.6 | 15.8 | 16.8 | 19.1 |
| ≥ 60    |        | 20.1 | 21.6 | 25.5 | 29.0 |

secteurs d'activité. Tandis que les compagnies japonaises essayent d'être de bons citoyens intégrés au marché mondial, le Japon essaye de s'adapter au nouvel ordre mondial et d'être un membre respectable de la société internationale.

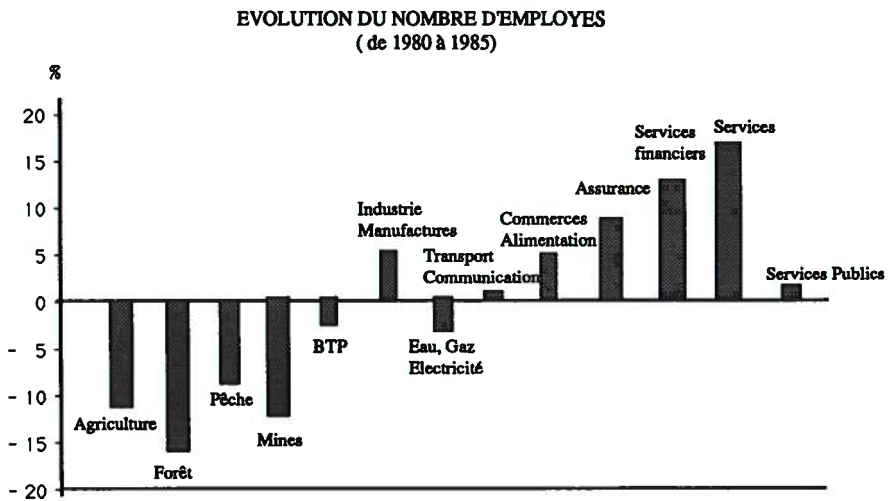
**INVESTISSEMENT EN OBLIGATIONS ETRANGERES PAR LES RESIDENTS JAPONAIS**

(unité : U. S. \$ millions)

|                           | 1970 | 1975 | 1980  | 1983   | 1984   | 1985   | 1986    | 1987   | 1988   |
|---------------------------|------|------|-------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| Augmentation nette par an | 41   | 25   | 3.941 | 13.164 | 26.823 | 54.472 | 100.072 | 89.759 | 88.805 |

• Libéralisation • est, aujourd'hui, le maître mot au Japon. La libéralisation séduit l'imagination japonaise parce qu'elle signifie une réciprocité des réglementations, une internationalisation et un décloisonnement des activités financières. Les mouvements vers la banque universelle dans la CEE et la reconsidération du Glass Steagall Act aux USA montrent que la séparation traditionnelle des activités financières est remise en cause. Aujourd'hui, banques, assurances et maisons de titres font l'objet d'un contrôle étroit du Ministère des Finances qui leur interdit d'entrer sur d'autres marchés que les leurs. Mais, le Ministre des Finances vient de demander à trois comités consultatifs de revoir le système existant. L'industrie de l'assurance vie au Japon devra se préparer, comme ailleurs, à une compétition toujours plus dure avec les banques et les autres institutions financières.

Le passage d'une économie dominée par l'industrie lourde à une économie dominée par la « soft » industrie et les services, passage qui s'accompagne d'importants progrès dans la communication et l'informatique modifie les modes de vie. Par exemple, dans l'industrie financière, l'usage des cartes de crédit prolifère. Les gens utilisent des ordinateurs familiaux pour gérer leurs portefeuilles directement avec les maisons de titres. Ils ont directement accès, par télématique, aux ordinateurs des banques. L'innovation informatique permet de nouveaux produits financiers. Il est clair que les institutions financières qui relèveront les défis du XXI<sup>e</sup> siècle seront celles qui utiliseront à fond les innovations technologiques.



Source : The National Census

#### ■ STRATÉGIES DE SURVIE DE L'INDUSTRIE JAPONAISE DE L'ASSURANCE.

Cette partie explore les stratégies de survie, du point de vue des services offerts aux clients, du nouveau cadre de la réglementation financière et de la mondialisation. Si l'on en croit un récent rapport du Research Institute of Life Insurance Welfare, la motivation principale des Japonais pour l'achat d'une police d'assurance-vie était en 1983 d'offrir une sécurité financière à leurs proches, en cas de décès. Mais, en 1988, la constitution d'épargne pour la retraite, l'éducation des enfants, le mariage ou simplement des revenus complémentaires étaient devenus les plus importantes raisons pour acheter de l'assurance vie. Le rapport montre

qu'en 1988, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à s'assurer. Cette importance de l'assurance souscrite par les femmes s'est toujours vérifiée pour les contrats à primes uniques. Ces changements dans les motivations et dans le sexe des personnes assurées traduisent les changements démographiques de la société japonaise, qui bénéficie aujourd'hui des taux d'espérance de vie les plus élevés du monde.

Lorsque l'espérance de vie n'était que de soixante années, se préparer pour une retraite, que l'on prenait dans la plupart des cas entre 50 et 60 ans, n'était pas une vraie préoccupation. Mais aujourd'hui, l'espérance de vie est d'environ quatre-vingts années, les gens commencent à s'inquiéter de la préparation de leur retraite. Se préparer pour le risque de « trop longue vie » est devenu un besoin aigu. Les besoins d'assurance vie passent d'une préparation à la mort à une préparation à la vie, et d'une assurance « pour les autres » à une assurance « pour soi-même ».

La stratégie des assureurs, pour faire face à ces changements de motivation, pourrait être de garder le marché de l'assurance décès comme activité centrale, mais d'ajuster les nouveaux produits à un marché orienté vers l'épargne, tout en faisant attention à la nouvelle donne des secteurs financiers. Inventer de nouveaux canaux de distribution et de nouveaux produits est devenu une urgence. Le système existant deviendra vite obsolète à l'ère de « l'assurance vie pour soi-même ». La concurrence va s'intensifier, non seulement entre assureurs, mais aussi avec les autres institutions financières. L'industrie de l'assurance vie est à un tournant décisif.

Le passage de produits « pour les autres », vers des produits « pour soi-même », ou de la mort à la vie, signifie que les gens recherchent des prestations pour leur vie quotidienne plutôt qu'une protection contre des accidents imprévus. Autrement dit, on attend des produits vie qu'ils couvrent les événements ordinaires aussi bien qu'extraordinaires et fournissent non seulement des prestations invisibles (protection), mais aussi tangibles (rendements financiers).

Les caractéristiques exigées des produits pour ce nouveau marché sont : l'accessibilité, la flexibilité, la liquidité, la profitabilité et un très important support technologique (fonction de l'argent électronique en particulier). S'il est difficile d'intégrer tous ces composants en une seule police, les nouveaux produits seront peut-être des composés de plusieurs polices, des produits synthétiques.

Un produit de ce type, pourrait être la combinaison d'un contrat de base assorti de plusieurs options : services de santé, aide ménagère, check-up médical, carte de crédit, service d'information et de consultation... Le montant des primes, comme les dates de paiement, pourraient être adaptés aux besoins des assurés et à leurs trésoreries. Comme support de ce produit synthétique, les compagnies d'assurance-vie ouvriront un compte intégré : le compte de service vie universel. Certaines compagnies japonaises ont déjà commencé à modifier leurs services de relation avec la clientèle. Ainsi, si le contrat était l'unité de base des fichiers, l'assuré n'apparaissant que comme occurrence de ses contrats, il est d'usage

maintenant de considérer l'assuré ou le client comme l'une unité de base et son ou ses contrats comme autant de constituants. Cette perspective est à elle seule, de nature à révolutionner les relations entre compagnies et assurés.

Mais la préparation de ce futur passe par l'émission de cartes. Elles permettront de rendre les produits d'assurance plus liquides et accessibles. Si certaines compagnies émettent déjà des « cartes » au profit de leurs clients, elles ont encore beaucoup de chemin à faire avant que ne soit atteinte dans l'assurance la densité actuelle des cartes bancaires.

Pour réaliser cette nouvelle stratégie de produits ou « stratégie de la carte », les compagnies devront procéder à d'importants investissements : des investissements en capital dans l'infrastructure nécessaire et des investissements dans la formation seront aussi essentiels pour transformer les distributeurs d'assurance en véritables conseillers financier/vie capables de maintenir un contact étroit avec la clientèle et de lui fournir des conseils sophistiqués.

Les compagnies devront aussi modifier leur communication avec leurs clients, en leur offrant de mieux participer aux prises de décision et en promouvant une organisation plus efficace du système des mutuelles. Par dessus tout, les compagnies d'assurance ont à promouvoir des systèmes d'innovation variés pour jouer un rôle actif dans l'économie et la vie nationale.

Un écrivain japonais a écrit une nouvelle sur l'assurance-vie intitulée *Une Lointaine Promesse*. Notre métier doit passer de cette « lointaine promesse » à la « relation étroite » ■

# L'ÉCOLO-MARKETING

## de l'assurance

MOTS CLÉS : *Audit entreprise • Risk management • Services financiers •*

CE TEXTE EST UN ESSAI DE PRÉSENTATION DU RISK MANAGEMENT ET DE LA DIVERSITÉ DES PRESTATIONS DE SERVICE OFFERTES PAR LES ASSUREURS AUX ENTREPRISES COMME L'ÉQUIVALENT DANS LES SERVICES FINANCIERS DE LA MODE DE L'ÉCOLOGIE QUI GAGNE LE MARKETING INDUSTRIEL. IL APPARAÎT QU'IL EST IMPOSSIBLE DE DISSOCIER LES RISQUES D'UNE ENTREPRISE ET SON ENVIRONNEMENT AU SENS LARGE : SOCIAL ET CONCURRENTIEL. L'ASSURANCE DEVIENT ALORS UNE SORTE D'ÉCOLOGIE DE L'ÉCONOMIE QUI TRANSFORME UNE ÉNERGIE, LE RISQUE EN RICHESSE.

On aurait pu croire le « virus » de l'écolo-marketing cantonné aux secteurs les plus exposés au « lobbying écologiste », ceux des produits de grande consommation, dont la fabrication, et a fortiori l'utilisation ou le rejet portent sans conteste atteinte à l'environnement. Des formes plus ou moins atténuées sont pourtant aussi observées dans les services, y compris les services financiers.

Parmi toutes les formes observables dans l'industrie, les plus « agressives » s'expriment au niveau de certaines offres-produits, dont les plus « contestées » (bataille sur les lessives avec ou sans phosphates par exemple) ont probablement fait la notoriété du concept. On constate même dans ce domaine, combien ce qui n'est pas imposé au consommateur (essence sans plomb, véhicules économes en carburants) nécessite d'efforts de marketing et d'explication, pour être adopté par les usagers, malgré des vertus écologiques certaines... Et pourtant un mouvement inéluctable des législations sur l'environnement se dessine vers les « éco-produits obligatoires » (pots catalytiques, aérosols sans CFC, etc) pour lesquels tout écolo-marketing sera superfétatoire.

\* Roland Nussbaum est Directeur Général d'AGF-Partenaires, Patrick Picard est Directeur des Produits aux AGF Vie et Président d'AGF-Partenaires.



En limitant cette analyse sommaire au comportement des firmes, qui devancent l'évolution réglementaire, trois familles de • pressions • apparaissent déterminantes dans leur • écolo-marketing • :

- le • pouvoir consommateur •, c'est-à-dire en l'espèce le poids de l'écologie dans la politique,
- les potentialités d'évolution technologique en faveur d'éco-technologies ou d'éco-produits et l'avantage concurrentiel qu'une telle innovation peut générer vis-à-vis du • pouvoir consommateur •,
- la prise en compte par la firme d'enjeux à terme, tels que les enjeux écologiques engagés par son activité ou ses produits pour la région, voire la planète.

C'est de la dynamique convergente entre les deux premiers niveaux que sont issues la plupart des formes observées. Le troisième niveau s'inscrit dans une logique de communication institutionnelle (firmes chimiques par exemple) et peut constituer, par combinaison avec les deux précédents, une incitation à la recherche-développement.

Le tableau ci-dessous résume la typologie et les exemples proposés.

|                                          | Communication                      | Offre-produit .....non contestée      |                                                                  |
|------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1<br>Pouvoir<br>consommateur      | <b>BANQUE<br/>VERTE</b>            | <b>LESSIVES av/ss<br/>PHOSPHATES</b>  | <b>PRODUITS<br/>ALLEGES</b>                                      |
| Niveau 2<br>Concurrence<br>technologique | <b>VOITURES NON<br/>POLLUANTES</b> | <b>BIOPESTICIDES<br/>PRODUITS BIO</b> |                                                                  |
| Niveau 3<br>Enjeux<br>à terme            | <b>CHIMIE</b>                      | <b>PAPIER RECYCLE</b>                 | <b>• ESSENCE SS PB</b><br><b>• PLASTIQUES<br/>BIODEGRADABLES</b> |

L'écologie, en tant que • économie de l'habitat • ou • étude des milieux où vivent les êtres vivants et des rapports de ces êtres avec le milieu • (Dict. ROBERT), s'érige en facteur commun à toutes ces démarches de marketing ou de communication. Élément constitutif de l'habitat ou plus généralement du • milieu de vie •, le produit est intégré dans une approche globale du système • Client - Produit - Fabricant • et dans la recherche d'une optimisation douce dans la satisfaction d'un besoin global du client. Ainsi l'approche globale des besoins du client devient-elle un concept central du marketing moderne et trouve une légitimité renforcée par l'écologie, science des écosystèmes et de leurs régulations.

## 1. L'APPROCHE « SYSTEME GLOBAL » EN MARKETING DE L'ASSURANCE

L'écosystème dans lequel opère l'assurance, plus communément appelé « économie du risque », peut être appréhendé par la réunion de deux sous-écosystèmes en interaction :

- l'économie du risque d'entreprise ou assurance de l'entreprise
- l'économie du risque « domestique » ou assurance du particulier.

Les interactions les plus évidentes s'effectuent au niveau des personnes physiques qui évoluent librement entre les deux sous-systèmes en leurs qualités d'entrepreneur ou de salarié...

### 1.1. Le Risk management, écologie du risque d'entreprise

Dans le système « Entreprise - Assurance », le risk management, méthode d'organisation élaborée par des praticiens de la gestion de grandes entreprises pour intégrer l'emploi de l'assurance dans une démarche logique et optimisée, tend à s'imposer dans les sphères de chargés d'assurances des entreprises. La méthode est enseignée dans un nombre croissant d'écoles de commerce et d'universités, au même titre que la gestion de trésorerie, voire dans certaines écoles d'ingénieurs, au même titre que d'autres méthodes de gestion ou techniques d'organisation.

Lorsque des assureurs se l'approprient à leur tour, le risk management satisfait aux trois critères mis en évidence ci-dessus pour caractériser un comportement de type « écolo-marketing » :

- pouvoir consommateur : les assurés industriels prennent en charge l'optimisation du financement de leurs risques,
- pression concurrentielle : compétition entre les compagnies les plus innovantes en la matière,
- prise en compte par les compagnies des enjeux à terme : elles s'en tiennent au strict rôle de régulateur de l'économie face aux aléas majeurs, en laissant la gestion des aléas mineurs à la charge des acteurs.

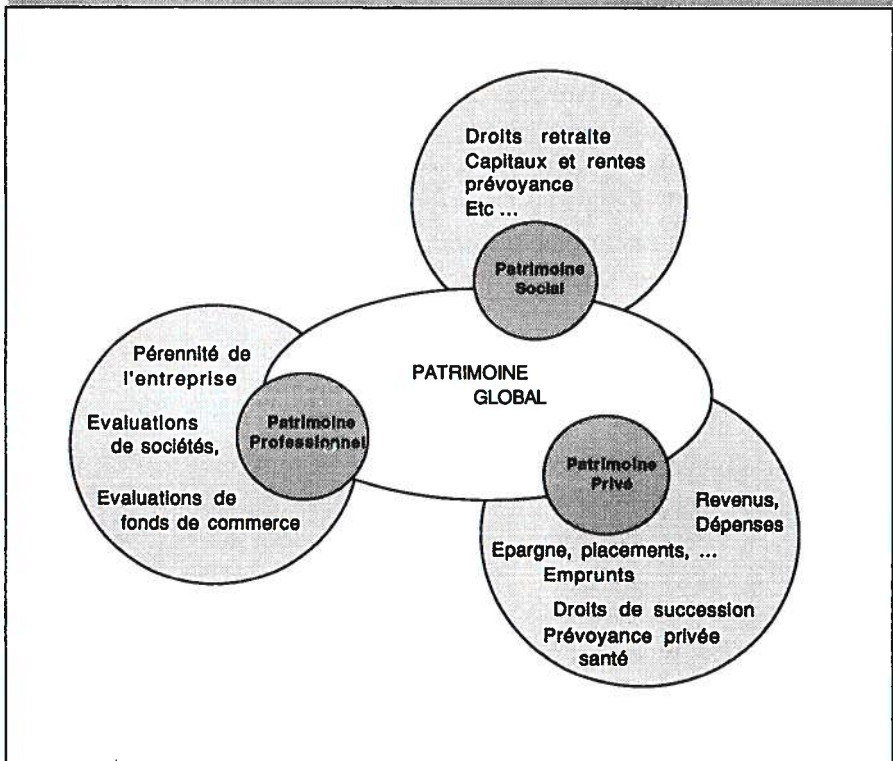
Dans l'esprit d'une majorité d'assureurs, il satisfait même aux trois critères à la fois, ce qui, selon le raisonnement précédent, en fait une offre « non contestable » a priori, de « service plus » par rapport à l'assurance.

Quant à l'approche globale du client « entreprise », elle amène l'assureur multi-branches à développer un risk management « intégral », qui permet réellement de se mettre à la place du client dans la gestion de ses enjeux, en différenciant les divers compartiments du management de l'entreprise :

- la gestion des risques liés aux activités d'exploitation, de recherche ou de travaux ou la « vigilance pour tous » (avec solutions assurances de dommages, pertes d'exploitation et responsabilité civile),
- la gestion des risques liés aux hommes ou la « vigilance des chefs » (avec solutions assurances collectives d'une part, assurances des risques intentionnels d'autre part),

- la gestion des enjeux patrimoniaux ou de savoir-faire de l'entrepreneur ou la
- vigilance de l'entrepreneur • (avec solutions assurances • homme-clé •, transmission de patrimoine, etc).

## **ECOSYSTEME "PATRIMONIAL" DE L'ASSURE**

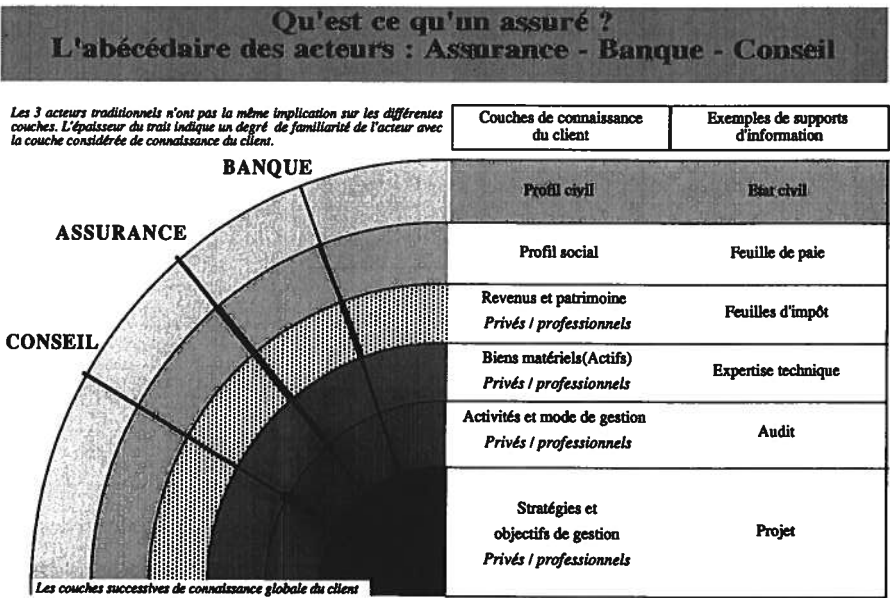


1.2. L'approche globale de l'assuré, écologie du risque de particulier

Les deux derniers compartiments permettent d'ailleurs d'établir une passerelle logique avec l'écosystème du particulier, puisqu'ils amènent respectivement à déterminer et analyser :

- le patrimoine social du salarié (droits acquis ou à acquérir en matière de retraite, prévoyance, etc), qui permet de mieux instruire une demande en matière d'assurances individuelles en retraite, prévoyance et santé,
- le patrimoine professionnel de l'entrepreneur, en tant qu'élément souvent prépondérant dans une stratégie patrimoniale.

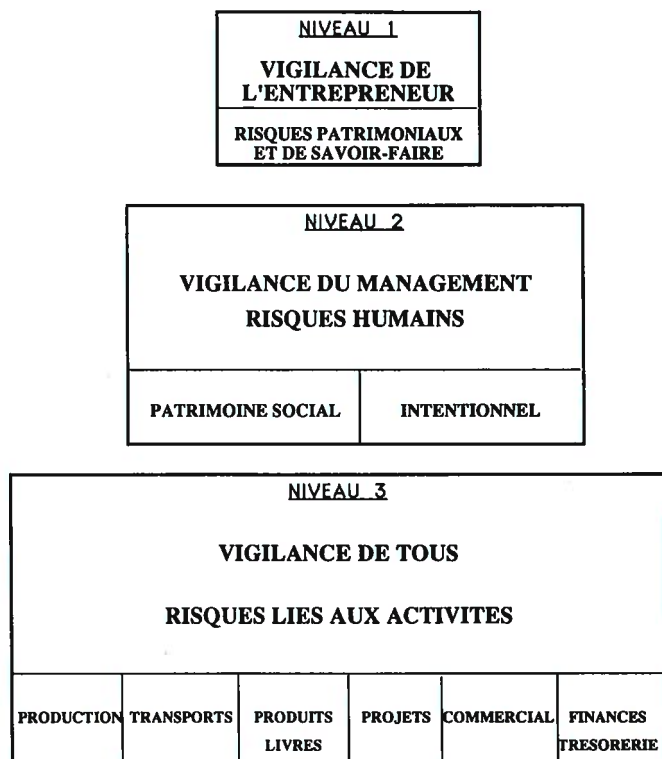
Dans l'écosystème « Particulier-Assurance », il n'y a pas encore de formalisation, de portée aussi globale que le risk management, qui soit réellement utilisée par le particulier : les arbitrages ne sont pas de la même importance, les économies d'échelle difficiles à trouver, les préoccupations de gestion plus hétérogènes...



En dépit d'un certain « conditionnement », un nombre croissant d'assurés viennent à exprimer un besoin de solutions à leurs enjeux ou projets, personnels ou professionnels : le raisonnement de type « Je suis probablement assuré pour cela » évolue au profit d'interrogations de gestion, du genre « Comment garantir la pérennité de mon patrimoine et de mes revenus ? ».

Les assureurs ayant globalement perçu cette évolution se sont appliqués à la formaliser en techniques de vente-conseil et d'approche globale de l'assuré, laquelle satisfait également aux trois critères mis en évidence ci-dessus :

- le pouvoir consommateur, amorcé par le succès croissant de médias spécialisés, a déjà été évoqué ;
- la pression concurrentielle est accentuée par la multiplicité des intervenants sur le marché de l'assurance, de l'épargne et de la gestion de patrimoine, qu'il s'agisse de fabricants traditionnels (banques et assurances), de gestionnaires traditionnels (gestionnaires de portefeuille, sociétés de bourse), de conseils traditionnels (notaires, experts-comptables, conseils en gestion de patrimoine, etc) ;
- certains enjeux à terme semblent pris en compte, au niveau de la satisfaction d'un besoin global, par une recherche d'hybridation entre les acteurs traditionnels pour globaliser l'offre (assurbanque, bancassurance, conseils et services périphériques à l'assurance et à la banque, produits financiers périphériques aux services-conseils...).



Au niveau de l'offre d'assurance, la mise en forme d'une approche globale semble d'autant plus possible que la gamme de produits est étendue et que les modes de commercialisation sont affranchis de certains compartimentages traditionnels entre branches... Il faudrait notamment que soit bien assimilée chez l'intermédiaire commercial une connaissance effective du client complet, par la mise en relation des différentes couches déterminant un profil avec les familles de besoins à satisfaire.

Etant donné le foisonnement et l'éclatement des offres concurrentes de produits et de services ou conseils, il paraît certes délicat pour l'assureur d'assister son client en gestion globale du patrimoine, en lui délivrant en amont ou en parallèle à la vente de ses produits, un conseil « désintéressé », alors même que sa rémunération est basée sur des ventes de produits. Le banquier n'échappe pas à cet usage. Certaines catégories de conseils, non liés à des fabricants de produits présentent aussi des caractéristiques similaires : rémunération à l'acte notarié ou aux forfaits de tenue de comptes, etc.

Etant donné la pluridisciplinarité et la technicité de son métier, c'est bien une opportunité pour l'assureur d'établir dans ce domaine les bases d'un partenariat opérationnel avec les conseils traditionnels, voire même de jouer le rôle, tant attendu des assurés, de fédérateur des compétences et services autour des enjeux et objectifs du client.

### **1.3. A la recherche de l'intérêt commun entre assuré et assureur**

Intérêt commun sur le plan conceptuel entre les acteurs de l'écosystème, l'enjeu prévention peut trouver des difficultés pratiques d'application entre les intérêts particuliers de chaque acteur.

En entreprise, ce sont les difficultés d'arbitrage au sein même d'un risk-management pragmatique, sur les moyens de traitement des risques, entre prévention et assurance. Le fait-même que dans la majorité des entreprises, les deux fonctions soient encore dissociées montre bien que l'état d'osmose entre les deux n'est pas atteint... Dans les groupes ou regroupements d'entreprises, c'est certainement par l'aspect économique et financier de l'enjeu que viendra la conciliation (grâce aux possibilités de l'ingénierie d'assurance, des captives de réassurance et autres montages conciliant au sein même de l'entreprise, enjeux financiers et enjeux de prévention).

Pour le particulier, la prévention n'est pas ressentie comme un enjeu économique face au coût de l'assurance ; ce ne peut être qu'un enjeu d'hygiène de vie, laissé à la libre pratique de chaque comportement... De fait, la prévention érigée en système par le jeu de la mutualisation peut être ressentie par l'individu comme une contrainte : le caractère obligatoire de certaines assurances en fait une forme de fiscalité du risque, les systèmes de bonus-malus sont vécus comme des sanctions, les contrôles médicaux en assurance accident peuvent déranger.

Du côté de l'assureur preneur de risques, c'est le dilemme fondamental entre chiffre d'affaires et rentabilité, toujours difficile à vivre au niveau d'une interface

commerciale essentiellement rémunérée en fonction du chiffre d'affaires réalisé... Dans le domaine de l'épargne et du projet successoral, une plus grande connivence d'intérêts s'est affirmée entre assuré-particulier et assureur, à la faveur des performances financières de ces dernières années et d'une fiscalité globalement avantageuse... Encore faudrait-il que les enjeux de gestion patrimoniale à l'échelle individuelle soient intégrés dans la démarche. Par rapport à d'éventuels revirements de tendance de la conjoncture boursière, voire de la fiscalité, le rôle du distributeur-conseil en assurances est donc bien de valoriser les intérêts partagés, notamment en apportant des moyens d'analyse et d'aide à la décision, indépendamment de l'offre de produits d'assurance ou financiers et des choix que son client fera sur ces derniers...

La conciliation des enjeux se trouve bien au niveau d'un comportement d'assureur-partenaire de l'assuré dans ses enjeux-risques.

## **2. LES ASSUREURS PARTENAIRES**

Après cette analyse des conditions d'émergence au plan conceptuel d'une approche « système global » en marketing de l'assurance, que peut-on observer pour illustrer ce propos, dans les comportements effectifs du secteur de l'assurance ?

### **2.1. Une action et une communication institutionnelle résolument tournées vers les enjeux à terme**

L'ensemble de la profession joue un rôle moteur dans les Institutions nationales de prévention, qu'elles soient tournées vers le grand public : *la Prévention Routière*, *l'Association pour la Prévention en Matière de Santé* (APMS), et/ou tournées vers les entreprises : *Centre National de Prévention et de Protection* (CNPP) en matière de formation professionnelle à la sécurité, *Assemblée Plénière de Sociétés d'Assurance Dommages* (APSAD) en matière d'édition et mise à jour de règles techniques de protection incendie et vol, d'agrément des matériels et systèmes de prévention-protection et de leurs installateurs, de normalisation de méthodes de diagnostic des risques notamment par les travaux ouverts aux usagers du *Club des Usagers de la Sécurité Informatique Française* (CLUSIF).

De grands assureurs ont de même développé en direction du grand public des implications d'envergure nationale ou régionale sur différentes déclinaisons de ces mêmes causes dans leur communication institutionnelle : Opérations « Drapeau Blanc » et lutte contre les feux de forêt (AGF), Association pour la Prévention (UAP), Fondation pour la sécurité domestique (MAIF), etc.



## 2.2. Des offres intégratrices de produits et services

L'exemple d'une offre de services de prévention intégrés à l'offre d'assurances a été donné par les mutuelles anglo-saxonnes spécialisées dans le risque industriel : le Factory Mutual System constitue en la matière une référence érigée au niveau de « norme » d'ingénierie de sécurité incendie dans les moeurs industrielles. La poussée vers les services étendus d'ingénierie d'assurances pour grands comptes (création/gestion de captives ou de groupes de rétention de risques) s'observe parmi les « majors » internationaux de l'assurance et du courtage qui ont constitué des « façades » risk management/marketing pour la présentation et la réalisation de ces services.

L'offre de services d'audit des risques et des assurances aux grandes et moyennes entreprises apparaît également dans la mouvance de compagnies d'assurances, en compétition avec des services analogues proposés par des cabinets de courtage ou leurs filiales, des conseils indépendants, etc. Une part de la clientèle oppose une résistance de principe à l'offre de services en gestion de risques émanant d'un assureur et une résistance économique à une prestation rémunérée hors le service d'assurance. De même, une majorité de distributeurs ne cherchent pas à favoriser ce qui tendrait à obérer leur principale source de revenus.

Paradoxalement vis-à-vis de son objet, le pool ASSURPOL ne visait qu'à constituer une capacité de mutualisation de risques lourds : les atteintes à l'environnement. Il s'avère qu'en se structurant autour de services personnalisés, l'offre d'ASSURPOL peut être perçue comme une forme d'écolo-marketing émanant du marché de l'assurance.

Dans le domaine des assurances collectives et du patrimoine social, est apparue une offre de prestation de « Bilan social individuel » particulièrement représentative d'un comportement de type écolo-marketing : la prestation de traitement et d'édition s'intègre au niveau de l'entreprise dans une logique de communication, de négociation, voire même de prévention sociale ; l'état des lieux de son patrimoine social délivré à chaque salarié lui donne la possibilité de le prendre en compte dans la démarche de gestion qu'il peut avoir à titre privé.

En ce qui concerne l'approche du particulier, un certain nombre de niches de services périphériques à l'assurance ont été occupées pour satisfaire ou anticiper des besoins de mieux-être : assistance voyages, services de protection vol et de télésurveillance, assistance aux personnes âgées ou dépendantes. D'autres services sont apparus à la faveur de dispositions réglementaires de prévention : contrôle technique automobile, etc. En termes de moyens et méthodes d'approche du client, on observe également une adaptation des assureurs aux différents critères de l'écolo-marketing.

Dans le domaine du patrimoine du particulier, cette adaptation prend les formes suivantes :

- en réponse à la pression consommateur et à la faveur d'une évolution technologique, les réseaux commerciaux ont été formés à des techniques de vente-conseil

et sont dotés d'outils informatisés d'aide à la vente, offrant gratuitement un diagnostic sommaire et la préconisation des produits les plus adaptés ;

• pour tenir compte d'enjeux à terme, une offre individualisée de prestations payantes de diagnostic et conseil patrimonial s'est constituée, utilisant des progiciels sophistiqués d'analyse patrimoniale permettant toutes simulations, pour une clientèle aisée.

Ces derniers comportements d'assureurs et de banquiers relèvent encore de tentatives expérimentales d'entrée sur les différents marchés fort disputés du conseil. La réticence tient à la crainte de paraître « juge et partie ». Cette crainte devrait pourtant tomber dès lors que les prestations sont délivrées dans la stricte déontologie du conseil...

Le tableau ci-dessous récapitule les exemples proposés :

|                                       | Communication                                                                                    | Niches produits.....Meth/Moy                                                                                        | Approche globale                                                                              |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1<br>Pouvoir consommateur      | <b>PROTECTION<br/>FEUX FORET</b>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSISTANCE VOYAGES</li> <li>• CARTE ACCREDITIVE</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• VENTE-CONSEIL</li> <li>• MARKETING DIRECT</li> </ul> |
| Niveau 2<br>Concurrence technologique |                                                                                                  | <b>SERVICES PROTECTION :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarme</li> <li>• Télésurveillance</li> </ul> | <b>TECHNOLOGIES<br/>AIDE A LA VENTE</b>                                                       |
| Niveau 3<br>Enjeux à terme            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PREVENTION ROUTIERE</li> <li>• DRAPEAU BLANC</li> </ul> | <b>CLUSIF<br/>ASSURPOL</b>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSEIL GLOBAL</li> <li>• RISK MANAGEMENT</li> </ul> |

### 3. LE HANDICAP DU SUIVEUR

Ily a peut-être certaines autres explications au caractère hésitant et laborieux des comportements de style écolo-marketing de l'assurance en France.

L'une d'entre elles semble être le rôle que joue traditionnellement la pression réglementaire en matière d'assurances.

#### 3.1. Le « Poulidor » de la prévention en entreprise

Le poids éminemment croissant de la pression réglementaire en matière de risques et de sécurité agit très en amont de l'assurance. Ainsi en Europe, l'application de la directive SEVESO implique-t-elle pour les sites industriels présentant des risques pour les populations ou l'environnement un certain nombre d'obligations d'analyse des dangers, de mise en conformité des installa-

tions et procédures aux normes de sécurité en vigueur, d'organisation préventive et protectrice des sites et de leur environnement...

Les inspecteurs des Installations Classées, désormais rattachés au Ministère de l'Environnement, et plus généralement l'ensemble des ingénieurs des DRIR (Directions Régionales de l'Industrie et de la Recherche) ont accompli en France depuis 1976 (loi sur les Installations Classées pour la Protection de l'Environnement) et encore davantage depuis 1987 (application de la directive SEVESO) un travail considérable qui érige certainement la puissance publique en « champion » de l'action en faveur de la prévention en matière d'environnement et de risques majeurs (enjeux d'ordre public).

Il n'est alors pas surprenant que, dans le référentiel des acteurs publics de la prévention des risques industriels majeurs, les assureurs soient taxés d'écolo-marketing dans leurs discours et efforts en faveur de la prévention ! La fréquentation des uns par les autres n'étant pas favorisée dans la pratique (séparation dans les grands groupes des fonctions « Sécurité - Environnement », interlocuteur des DRIR et « Assurances », interlocuteur des assureurs), le « frottement » éventuel entre champions de la prévention n'a donc pas lieu sur le terrain...

On peut cependant estimer que cette débauche d'énergies, bien nécessaire pour faire entrer dans les moeurs des concepts et des pratiques aussi importants, trouvera un terme lorsque les différentes corporations en charge de l'économie du risque à la périphérie des entreprises se seront mises d'accord, sous la pression des entreprises elles-mêmes, sur l'économie de moyens applicable à une efficace gestion économique du risque. Probablement, les entreprises elles-mêmes se seront-elles réorganisées en cette matière pour unifier et consolider leurs efforts autour de l'enjeu économique et financier. Le rôle des assureurs dans leur vocation de régulation globale de l'écosystème pourrait s'en trouver renforcé...

### **3.2. Le législateur et l'Etat, démiurges des relations entre assureur et assuré**

C'est une évidence, le code des assurances est fait pour cela, les relations assureur-assuré sont réglementées : la plupart des produits d'assurances s'appuient sur diverses dispositions réglementaires, tantôt contraignantes mais protectrices, tantôt avantageuses pour le consommateur averti.

Condamné à inscrire ses produits dans les créneaux octroyés par les « incitations fiscales » du moment, l'assureur suit la réglementation davantage qu'il ne la précède, au prix de charges marketing importantes (campagnes PER puis PEP). Les marchés de l'assurance collective et des fonds salariaux sont pour leur part entièrement soumis à l'évolution des lois fiscales ou sociales.

Comme dans le cas de la prévention en risques majeurs et environnement, le rôle que jouent certains services publics dans l'écosystème du Particulier, pourrait conduire à une compétition entre acteurs publics et assureurs au niveau de la gestion globale du patrimoine du particulier, ce qui ne semble pas souhaitable... Outre leurs confrères des administrations et services publics (Trésor, Poste)

dans la distribution d'assurance, les assureurs trouvent en effet sur leurs brisées tous les compétiteurs, traditionnels ou nouveaux, de la gestion globale du patrimoine.

Un enjeu fondamental semble clairement s'exprimer en termes de légitimité à proposer un conseil global en gestion de patrimoine. Y aura-t-il également en cette matière une évolution réglementaire dans un souci de protection du consommateur, avec tous les risques de bouleversement que cela entraînerait (voir le marché britannique de l'assurance vie) ? Précisera-t-elle les corporations d'acteurs autorisés en la matière ? Les assureurs en feront-ils partie, comme ils en montrent la capacité ?

La pratique du conseil global en gestion de patrimoine devient donc bien l'enjeu fondamental entre les compétiteurs traditionnels ou nouveaux de la trilogie ABC ( Assurance - Banque - Conseils).

#### **4. L'ASSURANCE : ECOLOGIE DE L'ECONOMIE**

Au terme de cette réflexion sur les possibilités d'application du raisonnement écologique au marketing de l'assurance, il apparaît bien que l'écolo-marketing peut être envisagé comme un comportement fondamental de la part d'une compagnie d'assurance, en tant qu'acteur économique soucieux de légitimer son rôle et son image vis-à-vis de son client...

Mais l'assurance, par son action régulatrice et transformatrice d'une énergie, le risque, en richesse collective, ne devrait-elle pas être perçue et expliquée aux usagers, pour réussir pleinement son propre écolo-marketing, comme une « écologie de l'économie » ?

Cela plaide pour un effort accru en faveur de la culture économique des différents acteurs ■

# ECONOMIE POLITIQUE\*

L'économie politique est la base de tout bon gouvernement. Les hommes les plus sages de tous les temps ont été disposés à porter sur ce sujet les... \*

Ici je fus interrompu, et averti qu'un étranger désirait me voir en bas. Je descendis sur la porte et me trouvai devant lui, et m'informai de ce qui l'amenait. Cependant, je faisais tous mes efforts pour tenir la bride serrée à mes fougueuses pensées d'économie politique, craignant de les voir prendre la fuite ou ruer dans leur harnais. En moi-même, je souhaitais que l'étranger fût à ce moment au fond du canal, avec une cargaison de blé sur la tête.

J'étais tout en fièvre. Il paraissait fort calme. Il me dit qu'il était désolé de me déranger, mais comme il passait par là, il avait remarqué que ma

maison manquait de paratonnerres. Je dis : « Parfaitement, continuez. Qu'est-ce que cela peut faire ? » Il me répondit que cela ne lui faisait rien du tout, personnellement, rien, si ce n'est qu'il aimerait à en poser quelques-uns. Je suis nouveau dans le métier de propriétaire, ayant été habitué aux hôtels et aux maisons garnies jusqu'à ce jour. Comme tout autre dans les mêmes conditions, je m'efforce d'avoir, aux yeux des gens, l'air d'un vieux propriétaire ; en conséquence, et pour me débarrasser de lui, je dis que depuis longtemps c'était en effet mon intention de faire poser six ou huit paratonnerres, mais que... L'étranger parut surpris, et me regarda attentivement. Je demeurais calme, pensant que s'il m'arrivait de commettre quelque erreur, je n'en laisserais du moins rien surprendre par mon attitude. Il me dit qu'il aimerait mieux avoir ma pratique que celle de n'importe qui dans la ville.

« Très bien », fis-je. Et je m'éloignais déjà pour reprendre ma lutte corps à corps avec mon sujet ; il me rappela. Il était indispensable de savoir exactement combien de « pointes » je voulais qu'on posât, sur quelles parties de la maison, et quelle qualité de tige me plaisait davantage. Tout cela fut lettre close pour un homme peu au courant des questions de propriété. Mais j'y allai de confiance ; il est probable qu'il n'eut pas le moindre soupçon de mon inexpérience. Je lui dis de poser huit « pointes », de les poser toutes sur le toit, et d'user de la meilleure qualité de tige. Il me dit qu'il pourrait me fournir l'article « ordinaire » à vingt centimes le pied ; « doublé en cuivre », vingt-cinq centimes ; enfin, pour trente centimes, un article « zinc plaqué à double spirale » qui arrêterait un éclair à

\* texte repris dans le livre « Contes Choisis » de Mark Twain, 1962, avec l'aimable autorisation des éditions Mercure de France.

n'importe quel moment, d'où qu'il partît, et • rendrait sa course inoffensive, et ses progrès futurs apocryphes ». Je répondis qu'• apocryphe • n'était pas un terme à dédaigner, étant donné l'étymologie, mais que toute question philologique mise à part, la • double spirale • me convenait et que je prendrais cette marque. Il dit alors qu'il *pouvait* faire avec deux cent cinquante pieds, mais que pour bien faire et avoir le meilleur ouvrage qu'il y eût dans la ville et forcer l'admiration de tous, justes ou injustes, et obliger tous les gens à avouer que de leur vie ils n'avaient vu un plus symétrique et hypothétique déploiement de paratonnerres, il pensait ne pas pouvoir réellement s'en tirer à moins de quatre cents pieds, sans d'ailleurs y mettre d'entêtement et tout prêt à essayer. Je lui répondis qu'il pouvait marcher à raison de quatre cents pieds, et qu'il fit l'ouvrage qu'il lui plairait, mais qu'il me laissât tranquille m'en retourner à mon travail. Enfin, je fus débarrassé, et me voici après une demi-heure perdue à réatteler et réaccoupler mes idées économico-politiques, prêt à continuer mon développement.

• ... plus riches trésors de leur génie, leur expérience, et leur savoir. Les hommes les plus brillants en jurisprudence commerciale, internationale confraternité, et déviation biologique, de tous les temps, de toutes les civilisations, de tous les pays, depuis Zoroastre jusqu'à M. Horace Greely, ont... » Ici, je fus interrompu de nouveau, et prié de descendre pour conférer plus avant avec l'homme des paratonnerres. Je me précipitai, bouillant et ému de pensées prodigieuses enlacées en des mots si majestueux que chacun d'eux formait à lui seul un cortège de syllabes qui aurait bien mis un quart d'heure à défiler. Une fois de plus, je me trouvai en présence de cet homme, lui si paisible et bienveillant, moi excité et frénétique. Il se tenait debout dans l'attitude du Colosse de Rhodes, un pied sur mes jeunes plants de tubéreuses, un autre sur mes pensées, les mains sur les hanches, le bord du chapeau sur les yeux, un oeil clos, l'autre dirigé d'un air d'appréciation admirative vers la principale cheminée. Il me dit alors qu'il y avait dans cette affaire un ensemble de circonstances qui devait rendre un homme heureux de vivre. • Je m'en rapporte à vous, ajouta-t-il, vîtes-vous jamais un spectacle d'un pittoresque plus délirant que huit paratonnerres ensemble sur une seule cheminée ? • Je répondis n'avoir aucun souvenir actuel d'un spectacle supérieur à celui-là. Il ajouta qu'à son avis rien au monde, si ce n'est les chutes du Niagara, ne pouvait être regardé comme plus remarquable parmi les scènes de la nature. Tout ce qu'on pouvait souhaiter maintenant, dit-il en toute sincérité, pour faire de ma maison un vrai baume pour les yeux, c'était qu'il lui fût permis de toucher légèrement à l'autre cheminée, et d'ajouter ainsi au premier coup d'oeil un peu surprenant une impression calmante d'achèvement qui atténuerait celle un peu vive produite par le précédent coup d'Etat. Je lui demandai si c'était dans un livre qu'il avait appris à parler ainsi, et si je pouvais me le procurer quelque part. Il sourit aimablement. Sa façon de parler, dit-il, ne s'apprenait pas dans les livres. Rien, sinon d'être familier avec les paratonnerres, ne pouvait rendre un homme capable de manier son style de conversation si impunément. Puis il établit un devis ; une huitaine environ de paratonnerres en plus disposés çà et là sur le toit,

feraient, pensait-il, mon affaire, il était sûr que cinq cents pieds de métal suffiraient. Il ajouta que les huit premiers paratonnerres avaient un peu pris le pas sur ses mesures, pour ainsi parler, et avaient nécessité un tant soit peu plus de métal qu'il avait calculé, une centaine de pieds environ. Je lui répondis que j'étais horriblement pressé, et que je souhaitais pouvoir établir définitivement cette affaire pour m'en retourner à mon travail. Il me dit : *« J'aurais pu prendre sur moi de poser ces huit tiges supplémentaires et continuer mon ouvrage tranquillement. Il y a des gens qui l'auraient fait volontiers. Mais non. Cet homme est un étranger pour moi, me suis-je dit, et je mourrai plutôt que de lui faire du tort. Il n'y a pas assez de paratonnerres sur cette maison. Mais je ne modifierai pas mes premiers plans pour en ajouter, ne fût-ce qu'un seul, avant d'avoir agi comme je voudrais que l'on agît à mon égard, et averti ce gentleman. Etranger, ma mission est terminée. Si le messenger récalcitrant et déphlogistique des nuages vient à frapper votre... »*

– Allons, allons, dis-je, placez les huit autres, ajoutez cinq cents pieds de tige à double spirale, faites tout et tout le nécessaire, mais calmez votre chagrin, et tâchez de garder vos sentiments en un endroit où vous puissiez toujours les trouver en consultant le dictionnaire. D'ailleurs, puisque maintenant nous sommes d'accord, je m'en retourne à mon travail. •

Je crois bien que je demeurai assis à ma table, cette fois, une bonne heure, essayant de revenir au point où j'étais lorsque la suite de mes idées fut troublée par la dernière interruption. Mais j'y parvins, me parut-il, et je pus me hasarder à continuer : *« ... mesuré leurs forces sur ce grand sujet et les plus éminents d'entre eux ont eu en lui un digne adversaire, un adversaire qui se retrouve frais et souriant après chaque étreinte. Le célèbre Confucius dit qu'il aimerait mieux être un profond économiste que le chef de la police. Cicéron affirme en plusieurs passages que l'économie politique est la plus noble nourriture dont l'esprit humain puisse se nourrir, et même notre Greely a dit, en termes vagues, mais énergiques : « L'Economie... »*

Ici, l'homme des paratonnerres m'envoya encore chercher. Je descendis dans un état d'âme voisin de l'impatience. Il me dit qu'il aurait préféré mourir que me déranger, mais que lorsqu'il était à faire un travail, et que ce travail devait être fait, on y comptait, d'une façon correcte et de main d'ouvrier, et que le travail était terminé et que la fatigue le forçait à chercher le repos et la distraction dont il avait tant besoin, et qu'il allait se reposer, et que jetant un dernier coup d'oeil, il s'apercevait que ses calculs avaient été un peu erronés, et que s'il survenait un orage, et que cette maison, à laquelle il portait maintenant un intérêt personnel, demeurât là sans rien au monde pour la protéger que seize paratonnerres... • Laissez-moi en paix, criai-je, mettez-en cent cinquante ! Mettez-en sur la cuisine ! Mettez-en douze sur la grange, deux sur la vache, un sur la cuisinière ! Semez-les sur cette maison maudite jusqu'à ce qu'elle soit pareille à un champ de cannes à sucre doublées en zinc, à double spirale, montées en argent ! Allez ! Employez tous les matériaux sur quoi vous pourrez mettre la main. Quand vous



n'aurez plus de paratonnerres, mettez des tiges de bielles, de pistons, des rampes d'escalier, n'importe quoi pouvant flatter votre lugubre appétit de décor artificiel. Mais accordez quelque répit à ma cervelle affolée, et quelque soulagement à mon coeur déchiré ! -

Tout à fait impassible - à peine eut-il un sourire aimable -, cet homme au coeur de bronze releva simplement ses manchettes avec soin, et dit - qu'il allait maintenant s'en payer une bosse -. Il y a trois heures de cela. Et je me demande encore si je suis assez calme pour disserter sur le noble sujet de l'économie politique. Je ne puis m'empêcher d'essayer. C'est le seul sujet qui me tienne au coeur. C'est, dans toute la philosophie humaine, le plus cher souci de ma pensée.

- ... *politique est le plus beau présent que le Ciel ait fait aux hommes.* - Quand Byron, ce poète dépravé mais génial, était en exil à Venise, il avoua que si jamais il pouvait lui être donné de revivre sa vie si mal employée, il consacrerait les intervalles de lucidité que lui laisserait la boisson, à composer non des vers frivoles, mais des essais d'économie politique.

- Washington aimait cette science charmante. Des noms tels que ceux de Baker, Beckwith, Judson, Smith, lui doivent un impérissable renom. Et même le divin Homère, au neuvième chant de son Iliade, s'exprime ainsi :

*Fiat justitia, ruat coelum,  
Post mortem unum, ante bellum  
Hic jacet hoc, ex parte res  
Politicum economico est*

- Les conceptions grandioses du vieux poète, jointes aux formules heureuses qui les expriment, la sublimité des images qui les revêtent, ont immortalisé cette strophe et l'ont rendue plus célèbre que toutes celles qui jamais...

- Maintenant, pas un mot, n'est-ce pas, ne prononcez pas un seul mot. - Donnez-moi votre note et disparaissez d'ici pour jamais au sein du silence éternel.

- Neuf cents dollars ? Est-ce tout ? Voici un chèque pour la somme, auquel fera honneur toute banque honorable de l'Amérique. Mais pourquoi tous ces gens attroupés dans la rue ? Quoi donc ? Ce sont les paratonnerres qu'ils regardent ? Dieu me bénisse ! On dirait qu'ils n'en ont jamais vu de leur vie ! Vous dites ? Ils n'en ont jamais vu un pareil tas sur une seule maison ? Je vais descendre et examiner d'un oeil critique ce mouvement d'ignorance populaire. -

*Trois jours après.* - Nous sommes tous à bout de forces. Pendant vingt-quatre heures notre maison, hérissée de paratonnerres, a été la fable et l'admiration de la ville. Les théâtres languissaient. Leurs plus heureuses trouvailles scéniques paraissaient usées et banales à côté de ce spectacle. Notre rue a été nuit et jour fermée à la circulation par la foule des badauds, parmi lesquels beaucoup de gens venus de la campagne. Ce fut un soulagement inespéré quand, le second jour, un orage éclata. Suivant l'expression ingénieuse de l'historien Josèphe, la foudre - travailla pour notre maison -. Elle déblaya le terrain, pour ainsi parler. En cinq minutes, il n'y eut plus un spectateur dans un rayon de cinq cents mètres. Mais toutes les maisons un peu hautes, à partir de cette limite, étaient couvertes de

curieux, fenêtres, toits, et le reste. Et rien d'étonnant à cela, car toutes les fusées et les pièces d'artifice de la fête nationale durant toute une génération, s'allumant et pleuvant ensemble du ciel en averse brillante sur un pauvre toit sans défense, auraient à peine égalé le déploiement pyrotechnique qui faisait étinceler ma demeure si superbement dans l'obscurité d'alentour. D'après un calcul fait au moment même, le tonnerre est tombé sur ma maison sept cent soixante-quatre fois en quarante minutes. Mais chaque fois, saisi au passage par un de mes fidèles paratonnerres, il glissait sur la tige à double spirale, et se déchargeait dans la terre avant d'avoir eu sûrement le temps d'être surpris de la manière dont la chose se faisait. Pendant toute la durée du bombardement, une seule ardoise du toit fut fendue, et cela parce que, pour un moment, les tiges du voisinage étaient en train de transporter toute la foudre dont elles pouvaient humainement se charger. Sûrement on ne vit rien de semblable depuis la création du monde. Tout un jour et toute une nuit, pas un membre de ma famille ne put sortir la tête par une fenêtre, sans qu'elle fût aussitôt rasée d'aussi près qu'une bille de billard. Le lecteur me croira-t-il, si j'affirme que pas un de nous ne songea à mettre une seule fois le pied dehors. Mais enfin ce siège terrible prit fin, parce qu'il ne restait plus absolument un atome d'électricité dans les nuages au-dessus de nous, à distance d'attraction de mes paratonnerres insatiables. Alors, je sortis et réunis quelques hommes courageux. Et nous ne prîmes pas un moment de repos ou une miette de nourriture, que nous n'eûmes nettoyé le dessus de ma maison de son effroyable armature. Nous ne laissâmes que trois tiges sur la maison, la cuisine et la grange. Vous pouvez voir. Elles y sont encore aujourd'hui. Et alors, seulement alors, les gens se hasardèrent à passer de nouveau par notre rue. Je dois noter, incidemment, que, durant ces moments terribles, je ne poussai pas plus avant mon essai d'économie politique. A l'heure où j'écris ces lignes, mes nerfs et mon cerveau ne sont pas encore assez calmes pour me remettre au travail.

*Avis aux Amateurs.* - A vendre : trois mille deux cent onze pieds de tige pour paratonnerre, qualité extra, plaquée en zinc, double spirale. Et seize cent trente et une pointes à bout d'argent. Le tout, en état convenable, et bien qu'un peu fatigué, pouvant être encore d'un bon usage ordinaire. Occasion avantageuse. S'adresser à l'éditeur ■

# RUBRIQUES

## Histoire

La controverse sur l'espérance morale s'est poursuivie pendant deux siècles de Bernoulli à Von Neumann. Ce texte étonnant illustre un moment de ce débat et annonce les paradoxes modernes de la théorie de l'espérance d'utilité.

## Environnement

Du Torrey Canyon à l'Exxon Valdez, les marées noires ont frappé l'opinion publique. Un armateur et un assureur décrivent les modalités de couverture de ce risque.

## Entreprises

L'accord syndical d'AXA marque sans doute le retour de l'assurance sur la scène de l'innovation sociale.

# Extrait d'un mémoire sur la THEORIE ANALYTIQUE de l'assurance\*

## PRÉSENTATION

**L**n 1818, le Gouvernement songe à libéraliser l'assurance et consulte à ce propos l'Académie des Sciences. Le mathématicien Fourier propose alors une vaste théorie de l'assurance...

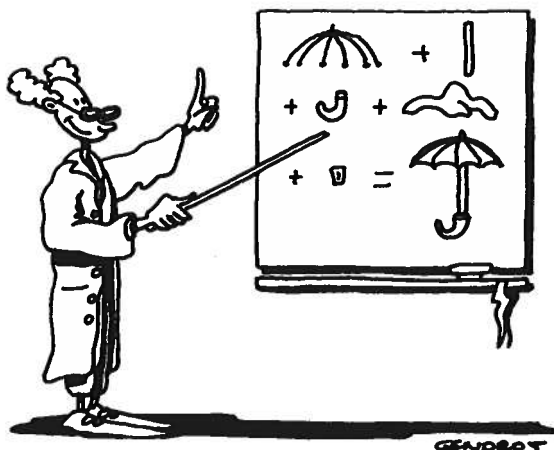
Fourier et Laplace comptent parmi les figures majeures de l'histoire des mathématiques et de la physique. La *Théorie analytique des probabilités*

de Laplace, tout comme la *Théo-*

*rie analytique de la chaleur* de Fourier ont eu une importance considérable pour la recherche en mathématique et en physique théorique. Leurs efforts conjoints pour créer une théorie analytique des assurances - méritent d'être tirés de l'oubli où ils se trouvent.

Ces efforts correspondent à un moment précis de l'histoire de l'assurance en France, celui de la première brèche faite dans l'édifice des Codes napoléoniens ne laissant aucune place pour l'assurance en dehors du domaine maritime. Brèche faite en 1818, date à laquelle il est demandé à l'Académie des Sciences de se prononcer sur divers établissements financiers que des particuliers se proposent de créer. Au delà de l'examen de ces divers projets, les commissaires de l'Académie ont cherché à déterminer des règles générales garantissant la stabilité des établissements financiers : c'est la démarche de Fourier, tandis que Laplace construit sa théorie des assurances à partir d'une extension axiomatique de la théorie des probabilités.

La théorie des assurances de Fourier est une lecture critique de l'exposé sur les assurances dans la *Théorie analytique des probabilités* de Laplace, enrichie des conclusions de l'examen de divers projets proposés au public. Fourier centre son propos sur l'assurance dommage à prime variable ou fixe, alors que Laplace avait considéré les cas de l'assurance sur la vie et de l'assurance maritime. La critique de Fourier porte sur un seul point de l'exposé de Laplace, l'adjonction d'un axiome supplémentaire à la théorie des probabilités, un « dixième principe ». Fourier énonce ce « dixième



\* Texte publié dans les - *Annales de Physique et de Chimie* - en 1819 - Tome I.

principe - dans son mémoire : - L'accroissement d'avantage résultant d'une somme infiniment petite est en raison directe de cette somme, et en raison réciproque de la fortune acquise -. Laplace reprenait une théorie de l'*emolumentum* énoncée par Daniel Bernoulli : l'introduction d'une fonction déterminée d'utilité parmi les principes premiers du calcul des probabilités permettait de tourner la difficulté connue sous la désignation de problème de Petersburg et de montrer par le calcul l'avantage qu'il y a pour un particulier à contracter assurances maritimes et assurances sur la vie. Toute la théorie des assurances de Fourier roule sur la question : comment y parvenir sans être obligé d'adjoindre un principe supplémentaire à la théorie des probabilités comme y avait été conduit Laplace. Pour cela, Fourier, au lieu d'une introduction dès les premiers principes d'une fonction déterminée d'utilité, propose une discussion selon des conditions remplies par de vastes ensembles de fonctions quelconques. Fourier propose également d'examiner des fonctions d'utilité qui - répondent à quelques situations singulières -, puis passe à une théorie de l'assurance dommage d'abord basée sur les effets de - l'association mutuelle -.

C'est sur cette dimension de convention collective que Fourier insiste le plus : c'est effectivement une dimension nouvelle et supplémentaire par rapport à l'exposé de Laplace. Dans son exposé sur l'assurance, Laplace n'envisageait comme association mutuelle que le cas classique du contrat social unissant l'ensemble de la collectivité face aux dangers. Cette dimension de collectif, intermédiaire entre celle de l'individu et celle de l'ensemble de la collectivité était également absente de l'édifice juridique des Codes napoléoniens. L'exposé de Fourier centré sur l'assurance dommage en fait un prototype des nouvelles formes de convention entre les individus, nécessaires pour le développement de l'économie, de l'industrie et de toutes les - propriétés chanceuses -, peu prises en compte par les contrats juridiques consacrés dans les Codes napoléoniens..

L' - Extrait d'un mémoire sur la théorie analytique des assurances - a été le seul fragment publié du travail de Fourier sur l'assurance, dans les *Annales de Physique et de Chimie* en 1819. Cependant, ce fragment semble bien refléter le contenu d'un écrit plus important sur les probabilités que Fourier projetait. Cet ouvrage ne verra jamais le jour. Fourier réaffirmera ses réserves sur le - dixième principe -, à la mort de Laplace, dans l'éloge académique de ce dernier mais disparaît à son tour quelques temps après. Aussi, ce premier débat sur l'économie de l'assurance restera sans grand prolongement direct et lié à des circonstances historiques bien précises, la libéralisation partielle de l'assurance en 1818 ■

**Stéphane Callens**

### **(LU À L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 18 JANVIER 1819)**



n s'est proposé d'examiner, dans ce Mémoire, les conditions mathématiques de l'assurance mutuelle, c'est-à-dire, de cette association qui consiste à supporter en commun les pertes fortuites, au moyen d'une répartition proportionnelle de ces pertes entre tous les propriétaires. On suppose que divers particuliers possèdent chacun une propriété dont la perte peut être occasionnée par un événement fortuit, par exemple, l'intempérie des saisons ou l'incendie. Au lieu de demeurer exposés isolément à l'incertitude qui résulte de la nature même de leurs propriétés, il s'unissent entre eux, et conviennent d'acquitter en commun le montant des pertes annuelles. Les biens qui font l'objet de ce contrat ont des valeurs inégales ; ils diffèrent aussi par rapport aux chances de l'événement qui occasionnerait la perte. La question consiste à déterminer, par un calcul exact, quelles doivent être les

parts contributives de chaque associé, quels sont les avantages que procurent de semblables traités, et comment ces avantages varient avec le nombre et la valeur des propriétés garanties. Nous allons exposer les principes qui nous ont donné la solution générale de cette question ; ils conviennent aussi à plusieurs autres problèmes d'arithmétique politique, et serviront à multiplier les applications importantes de l'analyse des probabilités.

On reconnaît d'abord que l'acte d'association change totalement la situation personnelle des contractants. Chacun d'eux, avant que le traité n'eût lieu, courait le risque de perdre sa propriété entière ; mais après que l'association est formée, ils sont fondés à regarder comme impossible la perte totale, ou même une perte partielle de quelque étendue ; car il faudrait que le même événement comprit une masse énorme de propriétés.

C'est le sentiment de cet avantage qui a suggéré les combinaisons ingénieuses des assurances ; mais il n'y a qu'une théorie exacte qui puisse donner la mesure des résultats, qui fasse bien connaître les éléments dont ils sont formés, et apprenne à distinguer les conditions vraiment utiles de celles qui sont incertaines ou abusives. Il faut remarquer que l'effet de l'association est seulement de changer la distribution des chances. Elle réduit à une valeur extrêmement petite, et supprime en quelque sorte la chance d'une grande perte ; mais elle la remplace par les chances d'une perte très petite, qui deviennent plus nombreuses et plus probables qu'elles n'étaient auparavant. Il s'établit ici une compensation nécessaire que l'on exprime, comme on va le voir, par les principes ordinaires du calcul des probabilités.

Pour évaluer une somme éventuelle, c'est-à-dire celle que l'on doit recevoir si un certain événement a lieu, il faut multiplier la valeur entière de la somme par la fraction qui mesure la probabilité de cet événement. On ne s'arrêtera point ici à exposer le vrai sens de cette règle. On se borne à remarquer qu'elle n'a point pour objet d'assigner une valeur déterminée dont la possession certaine soit toujours équivalente à la possession éventuelle d'une quantité plus grande ; ce qui, en général, ne peut avoir lieu. La règle consiste à exprimer la valeur moyenne qui résulterait certainement de la répétition indéfinie d'événements du même genre.

On peut, d'après cela, comparer la situation d'un des propriétaires avant la garantie à ce que devient cette situation par l'effet du traité, et l'on trouve que l'expression absolue de sa fortune n'a subi aucun changement. Quels que soient la distribution et le déplacement des chances, la valeur moyenne la plus probable, ou la somme des produits de chaque valeur possible par la probabilité de la recevoir, est une quantité constante qui ne dépend ni du nombre des associés, ni même de l'existence du traité.

Pour découvrir l'origine de l'avantage que procurent les garanties mutuelles, et pour mesurer cet avantage, il ne suffit donc point de connaître la valeur moyenne la plus probable des sommes éventuelles, il faut aussi avoir égard à la situation personnelle du possesseur. On peut juger, a priori, que cette considération est nécessaire ; car il est évident que l'avantage cherché dépend de la fortune actuelle



de chacun des contractants. Il n'y en a aucun à qui un pareil traité ne soit favorable ; mais il le serait beaucoup plus, toutes choses d'ailleurs égales, pour celui qui ne posséderait aucun autre bien, et dont toute la fortune se trouverait ainsi garantie par une association très nombreuse.

L'avantage que l'on retire d'une valeur ajoutée à sa fortune n'est pas toujours mesuré par la grandeur absolue de la valeur que l'on acquiert ; l'avantage est plus grand ou moins grand, selon la situation actuelle de la personne qui doit le recevoir. Cet avantage reçu est une quantité subsistante qui se forme d'une multitude d'éléments inassignables, qui peut varier avec le temps et qui est propre à chaque personne. Cette quantité est la mesure du prix que chacun met à la valeur proposée. Daniel Bernoulli a le premier introduit cette notion dans les questions d'analyse des probabilités. Il considérait que si diverses personnes reçoivent une même somme infiniment petite, elles en retirent des avantages très inégaux, et que cet accroissement de bien qu'il appelle *emolumentum* est deux fois moindre pour celui dont la fortune est double, et qu'en général l'avantage est en raison réciproque de la fortune précédemment acquise.

L'auteur de la théorie analytique des probabilités<sup>1</sup> a conservé ce principe, non comme donnant une mesure exacte et universelle de l'avantage relatif, mais comme offrant une estimation judicieuse et plausible à laquelle l'analyse s'applique facilement, et qui est en quelque sorte moyenne entre toutes celles que l'on peut concevoir. La solution générale de la question des assurances mutuelles pourra servir à confirmer de plus en plus le sentiment de ces deux grands géomètres. Elle montre clairement la vérité des conséquences que l'on a déduites de ce même principe. Nous allons maintenant indiquer en quoi la marche de notre solution diffère de celle que l'on pourrait fonder sur l'analyse de Daniel Bernoulli. Si l'on suppose que l'accroissement d'avantage résultant d'une somme infiniment petite est en raison directe de la valeur de cette somme, et en raison réciproque de la fortune acquise, l'avantage que l'on retire d'une somme ajoutée à sa fortune sera représenté par l'ordonnée d'une courbe logarithmique, l'accroissement de l'abscisse désignant l'accroissement de la fortune ou la valeur reçue ; mais il est préférable de ne point déterminer la nature de cette ligne. On conclut sans aucun doute de l'expérience commune, que l'accroissement d'avantage résultant d'une somme reçue est, en général, d'autant plus grand, que cette somme est dans un plus grand rapport avec la fortune actuelle de celui à qui on l'offre. Mais on peut contester que cet accroissement d'avantage soit précisément en raison inverse de la fortune acquise. La fonction qui exprime l'*avantage relatif* peut n'être point exponentielle. La ligne dont l'ordonnée représente cette fonction est différente pour chaque personne ; et non-seulement elle est variable de position, mais elle change aussi de nature, ou avec le temps, ou selon la condition des personnes. Elle n'existe réellement que pour des valeurs moyennes assez peu différentes de celles que l'on possède et dans les applications les

1. J. Fourier fait ici référence à Laplace qui, dans sa - *Théorie analytique des probabilités* - a fait de l'espérance morale de Daniel Bernoulli un - *Dixième principe* -. On en trouvera le texte en annexe.



plus importantes de ces principes, il est inutile de considérer la nature de la courbe pour des intervalles éloignés. Nous supposerons donc seulement que la valeur donnée augmentant par degrés égaux, l'avantage relatif que l'on en retire augmente de moins en moins. Ainsi, la ligne dont l'ordonnée exprime cet avantage tourne sa concavité vers l'axe des abscisses, comme la courbe logarithmique ; mais elle peut d'ailleurs différer de cette courbe autant qu'on le voudra. On supposera aussi, et d'après les mêmes motifs, que la fonction dont il s'agit n'est point la même pour différentes personnes, mais qu'elle change, à cet égard, de situation et d'espèce, en conservant toutefois sa forme concave. On peut enfin concevoir des cas extraordinaires où la figure de cette ligne différerait beaucoup de celle que l'on vient d'indiquer. Ces circonstances spéciales sont elles-mêmes comprises dans notre analyse ; elles ne changent point les conséquences communes à tous les autres cas : elles répondent à quelques situations singulières qui ne permettent point de retirer d'avantage des établissements les plus généralement utiles. Nous passons à l'exposé des résultats principaux de la solution. On conçoit que cette recherche exigeait un examen très attentif, et une forme particulière d'analyse qui permit de découvrir les conséquences générales sans déterminer les fonctions relatives à la situation personnelle des contractants. L'énumération suivante contient les remarques principales auxquelles donne lieu l'examen de la question, et les conséquences que l'on peut déduire de la solution.

La valeur moyenne la plus probable d'une propriété qu'un événement fortuit peut anéantir, est le produit de la valeur entière par la probabilité que l'on a de la conserver. L'objet des garanties réciproques est de substituer à une propriété vague et incertaine la possession assurée de la valeur moyenne et fixe que l'on détermine par la règle précédente.

Cette valeur moyenne et réduite, un peu moindre que la valeur entière, donne l'estimation exacte de la propriété. La différence ne peut être considérée comme une perte. On ne possédait point cette différence ; elle représente la part du sort qui doit être retranchée.

Le produit de chaque valeur par la probabilité de la conserver, ou la valeur moyenne et fixe, est, à proprement parler, la mise de chaque sociétaire. C'est proportionnellement à ces mises, et non proportionnellement aux valeurs engagées, que doivent être répartis les avantages ou les frais de l'association.

Les particuliers qui ne se réunissent pas pour se garantir mutuellement, ou qui ne cèdent pas une très petite partie de leur propriété, pour conserver le reste avec une entière certitude, retirent de leur possession un avantage relatif sensiblement moindre que celui qui résulterait de la valeur moyenne. L'analyse de la question et la construction qui représente les résultats démontrent la vérité de cette remarque. On voit très distinctement que le défaut d'association ou d'assurance occasionne une perte réelle. On peut mesurer même l'étendue de cette perte ; mais on ne doit point en faire une évaluation commune ; car elle ne dépend pas seulement des éléments généraux du traité, elle dépend aussi de la situation

propre du contractant. Dès que l'association est formée, l'avantage relatif attaché à la possession augmente ; il est d'autant plus grand que l'association est plus nombreuse. A mesure que l'on augmente le nombre et la masse des propriétés garanties, la valeur effective de chaque propriété croît et s'approche de plus en plus de cette valeur fixe qui constitue la mise, et qui résulte de l'estimation mathématique de la probabilité. Il n'y a que des associations de ce genre ou des assurances fixes qui puissent donner ainsi aux propriétés chanceuses une valeur déterminée et commerciale totalement indépendante de la fortune et de la condition du possesseur. On peut démontrer les propositions précédentes en employant le principe proposé par Daniel Bernoulli. On les démontre aussi sans déterminer la nature de la fonction qui exprime l'avantage relatif. Il suffit de considérer que l'avantage résultant d'une somme reçue est, en général, d'autant moindre que cette somme est une moindre partie de la fortune de celui qui la reçoit. Indépendamment de cette considération, et quelle que puisse être la situation personnelle de celui qui possède une valeur incertaine, on prouve que l'effet d'une association très nombreuse est de donner à cette quantité une valeur fixe et conforme au calcul mathématique de la probabilité.

L'association qui ne serait point assez nombreuse aurait l'inconvénient de laisser quelque incertitude sur le montant éventuel des parts contributives. Dans ce cas, l'assurance fixe serait plus avantageuse. En général, les garanties mutuelles contractées par un très grand nombre d'associés sont préférables, parce que les particuliers s'assurent eux-mêmes, et ne cèdent à personne le bénéfice nécessaire de l'assurance.

Il serait peut être superflu d'énoncer diverses autres conséquences de la solution générale. L'analyse mathématique comprend dans une seule formule tous les éléments de ces traités, et les rapports que ces éléments ont entre eux. Elle donne la mesure des avantages, et montre clairement comment ils varient avec le nombre des associés, les valeurs garanties, la chance de l'événement qui en causerait la perte, et la fortune actuelle des possesseurs. Elle détermine, par un calcul exact, la probabilité et l'étendue des charges de l'association.

Nous avons supposé que les chances de perte sont toutes inégales, afin de résoudre la question de la manière la plus générale. Communément on divise les propriétés engagées en différentes classes, en estimant d'une manière approchée et d'après l'expérience la probabilité qui convient aux valeurs d'une même classe ; cette détermination est sujette à une incertitude inévitable ; mais on doit faire, à cet égard, les remarques suivantes :

- Premièrement, il est nécessaire sans doute de prévenir des erreurs dans la fixation des parts contributives. Si toutefois ces erreurs ne sont pas graves, elles n'empêchent pas que chacun des contractants ne retire beaucoup de profit de l'association ; mais elles altèrent la juste distribution des avantages.
- Secondement, les personnes qui ont eu l'occasion de bien connaître les registres des administrations publiques savent que l'on peut y puiser des éléments assez exacts, recueillis depuis un grand nombre d'années, et qui

procureraient une approximation suffisante. Il faut ajouter que la théorie connue des probabilités peut seule diriger l'usage de ces documents et en déterminer la précision.

– Enfin, cette première estimation serait rectifiée par l'association elle-même. L'expérience de chaque année ajouterait aux documents primitifs un nouveau degré de précision. Il suffirait donc que le traité existât pour que l'application tendît d'elle-même à devenir plus parfaite.

Il resterait à indiquer plusieurs autres conditions qui doivent être soigneusement observées dans les entreprises de ce genre ; mais notre objet principal n'est point d'envisager cette question dans ses rapports avec l'administration publique : ce qui exigerait une discussion d'un autre genre. Il consiste surtout à en exposer les éléments mathématiques et fondamentaux, tels qu'ils sont donnés par l'analyse des probabilités. Cette théorie difficile, créée en France par Pascal et Fermat, dont les premiers germes furent développés par Huygens, et dont Jacques Bernoulli posa les principes fondamentaux, a fait en Angleterre les plus heureux progrès. C'est dans ce pays surtout que, loin de se borner à des vérités spéculatives seulement propres à intéresser l'esprit, elle s'est élevée jusqu'au rang des connaissances positives immédiatement applicables aux premiers intérêts de la société civile. Portée enfin à un très haut degré de perfection et d'étendue par l'auteur de la théorie analytique des probabilités, et devenue en quelque sorte, dans ce grand ouvrage, une science nouvelle, elle éclaire aujourd'hui la plupart des recherches de l'arithmétique politique et de la philosophie naturelle. Indépendamment de ses applications et considérée en elle-même, elle appartient aux théories logiques, dont les premières notions se trouvent dans les Traités d'Aristote. Elle ne peut tarder à être comprise dans l'enseignement public des éléments de la philosophie.

La question qui est l'objet spécial de ce Mémoire est un nouvel exemple de l'utilité que l'on peut retirer de cette théorie. Le principe dont nous nous sommes servis pour la résoudre s'applique de lui-même à toutes les questions où l'on ne doit pas seulement considérer les valeurs absolues, mais encore les avantages relatifs qu'elles procurent. On parvient ainsi à l'analyse exacte des contrats qui ont pour objet de rendre la possession plus assurée.

Cette explication met en évidence la perte réelle attachée au jeu de hasard le plus égal, et à plus forte raison à ceux dont les chances ne seraient point équitables ; elle fait mieux connaître combien il est préférable de diviser le plus possible les risques que l'on ne peut éviter, au lieu de commettre au hasard tout à la fois des valeurs considérables.

On en conclut, par exemple, que les actes d'assurance fixe ou d'annuités éventuelles sont favorables à tous les contractants. Il faut que le gain de l'entreprise soit assuré, et même considérable ; il faut aussi que la situation de chaque particulier qui traite avec l'établissement soit rendue beaucoup meilleure : or, ces deux conditions ne sont point opposées, et loin de s'exclure, elles se concilient, et même elles subsistent l'une par l'autre. Les contrats de ce genre sont, à

proprement parler, des échanges qui ne s'accomplissent que parce qu'ils sont profitables aux deux parties.

Cette dernière conséquence devient l'objet d'un calcul exact ; car on peut exprimer, par l'analyse mathématique, les propriétés du contrat d'échange ; acte fondamental qui se reproduit sous tant de formes diverses dans toutes nos relations civiles ; les constructions rendent plusieurs de ces propriétés très sensibles : mais nous ne pourrions point exposer ici les résultats de cette recherche qui est entièrement nouvelle.

La raison commune et les conseils de l'expérience suggèrent les vérités que l'on vient d'énoncer ; mais l'analyse mathématique leur prête toute sa lumière. Elle donne l'estimation précise des avantages que l'on avait pressentis ; elle confirme et sanctionne les décisions de la prudence humaine ; et plus on approfondit cette étude, plus on découvre de nouveaux motifs d'entretenir l'esprit d'association, et d'honorer les institutions civiles qui en sont le fruit.

Nous ferons remarquer, en terminant cet extrait, que l'élément principal de l'analyse des probabilités est une intégrale définie exponentielle qui s'est présentée dans plusieurs théories mathématiques très différentes. Les géomètres ont considéré cette fonction d'une manière abstraite et comme un élément d'analyse générale, ainsi qu'on le voit dans les ouvrages d'Euler, et dans les belles recherches qu'un membre de cette Académie a publiées récemment sur le calcul intégral. Cette même fonction appartient à la physique générale. Elle est nécessaire pour exprimer les mouvements de la lumière dans les milieux aëriiformes. Nous avons découvert, dans ces dernières années, qu'elle représente aussi la diffusion de la chaleur dans l'intérieur des substances solides. Enfin, elle détermine la probabilité des erreurs des mesures et les résultats moyens des observations nombreuses ; elle se reproduit dans la question des assurances, et dans toutes les applications difficiles de la science des probabilités.

Ainsi l'analyse mathématique rapprochant les effets les plus divers, y découvre des propriétés communes. Son objet n'a rien de contingent et de fortuit. Empreint dans toute la nature, il est un élément préexistant de l'ordre universel. Cette science a des rapports nécessaires avec toutes les causes physiques et avec la plupart des combinaisons de l'esprit. Elle ne conserve que les méthodes qui peuvent devenir en même temps plus étendues et plus simples ; et ses véritables progrès la ramènent toujours à deux points fondamentaux, l'utilité publique et l'étude de la nature.

## ANNEXE

■ Dixième principe<sup>2</sup>

La valeur relative d'une somme infiniment petite est égale à sa valeur absolue divisée par le bien total de la personne intéressée. Cela suppose que tout homme a un bien quelconque dont la valeur ne peut jamais être supposée nulle. En effet, celui même qui ne possède rien, donne toujours au produit de son travail et à ses espérances une valeur au moins égale à ce qui lui est rigoureusement nécessaire pour vivre.

Si l'on applique l'analyse au principe que nous venons d'exposer, on obtient la règle suivante.

En désignant par l'unité, la partie de la fortune d'un individu, indépendante de ses expectatives ; si l'on détermine les diverses valeurs que cette fortune peut recevoir en vertu de ces expectatives, et leurs probabilités, le produit de ces valeurs élevées respectivement aux puissances indiquées par ces probabilités, sera la fortune physique qui procurerait à l'individu le même avantage moral qu'il reçoit de la partie de sa fortune, prise pour unité, et de ses expectatives ; en retranchant donc l'unité de ce produit, la différence sera l'accroissement de la fortune physique, dû aux expectatives : nous nommerons cet accroissement, *espérance morale*. Il est facile de voir qu'elle coïncide avec l'espérance mathématique, lorsque la fortune prise pour unité devient infinie par rapport aux variations qu'elle reçoit des expectatives. Mais lorsque ces variations sont une partie sensible de cette unité, les deux espérances peuvent différer très sensiblement entre elles.

Cette règle conduit à des résultats conformes aux indications du sens commun, que l'on peut par ce moyen apprécier avec quelque exactitude. Ainsi, dans la question précédente on trouve que si la fortune de Paul est de deux cents francs, il ne doit pas raisonnablement mettre au jeu plus de neuf francs. La même règle conduit encore à répartir le danger sur plusieurs parties d'un bien que l'on attend, plutôt que d'exposer ce bien tout entier au même danger. Il en résulte pareillement qu'au jeu le plus égal, la perte est toujours relativement plus grande que le gain. En supposant, par exemple, qu'un joueur ayant une fortune de cent francs, en expose cinquante au jeu de *croix ou pile*, sa fortune après sa mise au jeu sera réduite à quatre-vingt-sept francs, c'est-à-dire que cette dernière somme procurerait au joueur le même avantage moral, que l'état de sa fortune après sa mise. Le jeu est donc désavantageux, dans le cas même où la mise est égale au produit de la somme espérée par sa probabilité. On peut juger par là de l'immoralité des jeux dans lesquels la somme espérée est au-dessous de ce produit. Ils ne subsistent que par les faux raisonnements et par la cupidité qu'ils fomentent, et qui, portant le peuple à sacrifier son nécessaire à des espérances chimériques, dont il est hors d'état d'apprécier l'in vraisemblance, sont la source d'une infinité de maux.

2. LAPLACE (Pierre-Simon), *Essai philosophique sur les probabilités*, 1795, Editions Christian Bourgois, 1986

Le désavantage des jeux, l'avantage de ne pas exposer au même danger tout le bien qu'on attend, et tous les résultats semblables indiqués par le bon sens, subsistent, quelle que soit la fonction de la fortune physique qui, pour chaque individu, exprime sa fortune morale. Il suffit que le rapport de l'accroissement de cette fonction à l'accroissement de la fortune physique diminue, à mesure que celle-ci augmente ■

# Pollution maritime par les HYDROCARBURES

## INDEMNISATION DES PERTES ET DOMMAGES SUBIS

**MOTS CLÉS :** Assurance maritime. Assistance. Catastrophe. Conventions internationales.  
• Environnement. Hydrocarbures. Indemnisation. Pollution. Responsabilité.

**L**A POLLUTION DES MERS PAR LES HYDROCARBURES EST DEVENUE UN PHÉNOMÈNE CONSTANT. POUR Y FAIRE FACE GOUVERNEMENTS ET ARMATEURS ONT MIS AU POINT DIVERSES CONVENTIONS PORTANT SUR LA RESPONSABILITÉ, L'INDEMNISATION DES DOMMAGES ET L'ASSISTANCE MARITIME.

À l'occasion des cérémonies destinées à célébrer le 125ème anniversaire de la création de « DET NORSKE VERITAS », la Société norvégienne de classification des navires, son Président, Mr. Sven ULLRING, s'exprima dans ces termes : « In 1864, we had to use technology to protect man against the environment. Today, we have to protect the environment against man. »

La pollution des mers par les hydrocarbures transportés illustre de façon pertinente et dramatique cette constatation. A vrai dire, le phénomène est relativement récent, il a révélé à la fois l'imprévision et l'impréparation des Etats, des collectivités, des professionnels (transporteurs et industriels), des juristes et des assureurs. La première catastrophe marquante date en effet du 18 mars 1967 lorsque le pétrolier « TORREY CANYON » s'échoua sur le récif des Seven Stones, situé au large de la Cornouaille anglaise, entraînant à la suite de cet événement de mer, une importante pollution des côtes britanniques et françaises.

Depuis lors, les événements se sont succédés en s'aggravant, le plus récent étant celui de l'échouement de l'« EXXON VALDEZ » survenu près de la Côte de l'Alaska en Mars 1989. Le présent article fera le point sur la situation créée par de tels accidents en examinant successivement les faits (1), les dispositions d'ordre

\* P. Latron : Conseiller juridique du Syndicat français de l'assurance maritime et transports.  
F. Bernier : Secrétaire Général de France Shipmanagement.



juridique et législatif prises tant au plan international que national (II), le financement et les modalités de l'indemnisation par le canal de l'assurance (III).

## ■ I - LES FAITS

L'échouement du pétrolier • TORREY CANYON • transportant une pleine cargaison de pétrole brut à destination d'une raffinerie britannique était au départ un événement de mer banal.

L'échouement d'un navire, qui est souvent le résultat d'une erreur ou d'une négligence commise dans la conduite nautique du navire, n'avait jusqu'alors vraiment intéressé que les seuls propriétaires des biens engagés dans l'expédition maritime, savoir le navire lui-même et sa cargaison.

L'événement du • TORREY CANYON • allait subitement révéler que l'échouement pouvait aussi, dans ses conséquences dommageables, concerner de façon dramatique un intérêt extérieur à l'expédition, savoir l'environnement maritime. De plus, l'intervention de l'homme, se comportant en véritable apprenti sorcier, transforma l'échouement du navire en une authentique catastrophe écologique. Que s'était-il en effet passé ? Après l'échouement du navire sur les récifs, quelques citernes de cargaison se sont trouvées ouvertes à la mer, perdant leur contenu qui se répandit à la surface de la mer.

Les techniques de l'époque ne permettaient pas de réaliser sans risques l'allègement d'un pétrolier par transbordement de la cargaison sur un autre navire, solution à laquelle on peut aujourd'hui recourir plus sûrement.

On imagina puis on réalisa le bombardement du navire par les avions de la • Royal Air Force • dans l'espoir de mettre à feu la cargaison et d'empêcher ainsi son déversement dans la mer. On dut rapidement constater que plus le navire pétrolier était bombardé, plus le produit se déversait dans la mer et moins il prenait feu ! L'homme, par son action, transforma ainsi l'événement de mer en une catastrophe maritime.

Il fallut se rendre à l'évidence, puis nettoyer le plan d'eau depuis l'Angleterre jusqu'aux côtes françaises. La leçon fut rude. Mais l'homme, prenant conscience de son intervention improvisée et maladroite, réagit rapidement. Sous la pression de l'opinion publique des deux côtés de la Manche, les Gouvernements anglais et français ont mis en place, avec le concours de l'Organisation Maritime de Coopération Intergouvernementale (OMCI), les mécanismes juridiques et techniques de prévention et d'indemnisation des dommages par pollution. Cette commission spécialisée des Nations Unies fonctionnera plus tard sous le nom d'Organisation Maritime Internationale (OMI).

Mais, avant de les examiner, il n'est pas sans intérêt de souligner l'accumulation des événements de mer dont l'environnement a été la victime.

Dans l'ordre chronologique, relevons d'abord la catastrophe écologique résultant de l'échouement, en Mars 1978, de l'• AMOCO CADIZ • à Portsall qui entraîna le déversement de quelque 230.000 tonnes de produits pétroliers le long des

Côtes bretonnes. Par son ampleur, par ses résonances politiques, financières et sociales, un tel naufrage reste gravé dans les mémoires.

Par contre, sont moins connus, même ignorés du public, de nombreux accidents qui n'en ont pas moins entraîné des frais, des dépenses et des réparations au profit des victimes. C'est ainsi que le « Fonds International d'Indemnisation pour les Dommages dus à la Pollution » (FIPOI) indiquait qu'au 31 Décembre 1988 il gérait 37 dossiers de pollution maritime intéressant la Communauté internationale (voir annexe I).

Le scénario est répétitif : un navire, une cargaison de produits pétroliers, un événement de mer. L'échouement vient en tête, puis l'abordage -c'est-à-dire la rencontre fortuite et accidentelle entre navires de mer ou bateaux de navigation intérieure-, le déversement d'hydrocarbures par suite d'erreurs de manutention. La négligence et la faute dans la conduite du navire sont le plus souvent à l'origine de l'événement entraînant le dommage.

## ■ II - LES MÉCANISMES JURIDIQUES

Il fallait combler le vide juridique. Deux séries d'initiatives ont été prises.

L'une se situe au niveau des Gouvernements et des Institutions internationales, l'autre est d'origine privée, elle est le fait des grandes compagnies pétrolières internationales. Il importe de les examiner successivement.

### 1 - Les Conventions internationales de 1969 et de 1971

Au niveau des Institutions intergouvernementales, la tâche revint à l'Organisation Maritime Consultative Intergouvernementale. Son comité juridique fut chargé d'élaborer un projet de convention internationale fixant des règles de responsabilité et d'indemnisation des dommages subis.

On hésita un instant sur la personne responsable : serait-ce le propriétaire du navire ou celui de la cargaison ?

La tradition du droit maritime privé militait en faveur de la responsabilité du propriétaire de navire. Certes, il n'est pas lui-même le pollueur, mais il a la maîtrise du moyen de transport à bord duquel le produit est chargé. C'est donc sur lui que doit peser la responsabilité et la réparation, bien que le dommage et son intensité tiennent moins au fait du transporteur qu'à la nature nuisible du produit qui en est la cause directe.

■ 1.1. - Avec le concours technique et juridique du Comité Maritime International, l'OMCI prépara le texte d'une convention internationale qui fut signée à Bruxelles le 29 Novembre 1969, à l'issue d'une conférence diplomatique réunie à l'initiative du gouvernement belge. La Convention est souvent désignée sous le sigle : CLC 1969.

Cette Convention, aujourd'hui ratifiée par près de 70 Etats dont la France, est entrée en vigueur le 19 juin 1975. Elle fait peser sur le propriétaire du navire pétrolier une responsabilité objective lui imposant d'indemniser les victimes de tout dommage par pollution qui résulte d'une fuite ou de rejet d'hydrocarbures

de son navire ». Cette obligation existe même en l'absence de toute faute imputable au navire. Elle reste canalisée sur lui. (Annexe II)

La Convention dispose cependant que le propriétaire n'est pas responsable s'il prouve que le dommage résulte :

- d'un acte de guerre ou d'un phénomène naturel de caractère exceptionnel, inévitable et irrésistible ;
- en totalité du fait d'un tiers ayant agi délibérément dans l'intention de causer le dommage ;
- en totalité de la négligence des autorités chargées de l'entretien des aides à la navigation.

Reprenant à son compte le système juridique de la limitation de la responsabilité bien connu des juristes maritimes, la Convention autorise le propriétaire du navire à limiter sa responsabilité à un montant fixé, par événement, et proportionnellement à la capacité de chargement du navire.

Les limitations étaient, à l'origine, fixées en francs Poincaré ; elles ont été depuis lors sensiblement majorées et sont aujourd'hui libellées en DTS. Les montants actuellement retenus seront énoncés plus loin.

Il faut souligner que si l'événement est causé par une faute personnelle du propriétaire, ce dernier n'est plus recevable à se prévaloir de la limitation.

La Convention demande au propriétaire de souscrire obligatoirement une assurance ou de fournir une garantie financière garantissant le paiement de l'indemnisation due aux victimes. Celles-ci bénéficient d'ailleurs d'une action directe contre l'assureur ou le garant financier couvrant la responsabilité du propriétaire pour les dommages causés par la pollution. Un certificat d'assurance ou de garantie doit être délivré et remis au navire.

Grâce à ces dispositions, un progrès important se trouvait réalisé en permettant aux victimes de dommages par pollution d'être les bénéficiaires d'une indemnisation spécifique et autonome, elle-même garantie par une assurance obligatoire. La Convention de 1969 a fait l'objet d'un protocole additionnel signé à Londres le 25 mai 1984. Il n'est pas encore entré en vigueur. Il tend à améliorer l'indemnisation des victimes en élargissant la notion de « dommage par pollution » et en étendant aux soutes du navire la notion « d'hydrocarbures » auteurs de la pollution. Le protocole a également sensiblement majoré les limitations de la responsabilité du propriétaire de navire en fixant le plafond à 59,7 millions de DTS, soit environ USD 80 millions, par événement et par navire transporteur.<sup>1</sup>

■ **1.2.** - Mais, les négociateurs de 1969 avaient pris conscience de l'insuffisance dont le montant de la limitation de responsabilité pourrait souffrir dans l'hypothèse d'une catastrophe écologique, rendant l'indemnisation faible.

C'est pourquoi ils adoptèrent, en même temps que la Convention elle-même, une résolution tendant à la création d'un fonds international d'indemnisation dont l'objet serait de compléter et de parfaire de façon pleinement satisfaisante

<sup>1</sup>. convertis sur la base 1 DTS = 1,38 USD (au 1er Sept 1990)

l'indemnisation réglée par le propriétaire du navire au titre de la Convention qui venait d'être signée.

Les négociations furent rapidement engagées et permirent de soumettre aux Gouvernements une seconde convention internationale qui fut signée à Bruxelles le 18 Décembre 1971. Elle portait sur la - création d'un fonds international d'indemnisation pour les dommages dus à la pollution par les hydrocarbures - ainsi que celle d'une organisation internationale chargée d'administrer et de gérer le régime d'indemnisation mis en place.

La Convention de 1971 entra en vigueur le 16 octobre 1978. Elle est aujourd'hui ratifiée par près de 45 Etats (voir annexe III).

L'objectif imposé au fonds -couramment désigné sous le sigle FIPOL- est de fournir une indemnisation complémentaire aux victimes qui n'ont pu recevoir, en vertu de la Convention de 1969, une indemnisation équitable de leur préjudice. Il supporte également une partie de la charge qui incombe aux propriétaires de navires dont il prend ainsi partiellement le relais. Le FIPOL a son siège administratif à Londres, près de l'OMI, sur les berges de la Tamise.

L'indemnisation complémentaire versée aux victimes par le fonds est acquise dans les hypothèses suivantes :

- lorsque la Convention de 1969 ne crée aucune responsabilité pour les dommages à la charge du propriétaire du navire ;
- lorsque ce propriétaire est financièrement incapable de remplir ses obligations ;
- lorsque les dommages dépassent le montant de la responsabilité du propriétaire de navire.

Le FIPOL intervient principalement dans cette dernière hypothèse, c'est-à-dire en excédent des montants mis à la charge des propriétaires de navires par la Convention de 1969. Dès son origine, la Convention de 1971 a comporté une limite d'indemnisation par événement. Le montant était de 30 millions de DTS. Il a été relevé par étapes successives. Le plafond est aujourd'hui, depuis le protocole du 25 mai 1984, fixé à 135 millions de DTS ou USD 185 millions, montant susceptible d'être porté à 200 millions de DTS ou USD 270 millions dans une phase ultérieure.

Il est essentiel de souligner que le fonds est de nature étatique : il est alimenté par les Etats ayant ratifié la Convention de 1971. Il ne s'agit donc pas d'une assurance. Il s'apparente à un fonds de garantie, fonctionnant au niveau international.

En effet, le financement du FIPOL est réalisé au moyen de contributions perçues par les Etats adhérents auprès des importateurs de produits pétroliers. Le montant de ces contributions ayant ainsi le caractère d'une taxe parafiscale est versé au FIPOL chaque année par les Etats collecteurs. Ce sont donc les compagnies pétrolières qui supportent le financement de ce fonds.

Le montant des contributions varie selon les années en fonction des versements d'indemnités. Il est intéressant de souligner que le plus important - contribua-

ble - est le Japon qui alimente le FIPOL à hauteur d'environ 30 %. La France contribue pour environ 12 % (voir annexe IV).

Le fonds est chargé de recevoir les demandes d'indemnisation, de les négocier et de les régler. Il s'efforce d'agir rapidement, permettant ainsi aux victimes de recevoir l'indemnisation attendue dans les délais les plus raisonnables, après discussions amiables avec les intéressés. Parmi les plus importantes demandes, il convient de mentionner le sinistre du pétrolier - TANIO - survenu en mars 1980 au large des côtes françaises de la Manche, celui de l' - ANTONIO GRAMSCI - survenu en février 1979 au large de Ventspils (Mer Baltique). Ces deux dossiers d'indemnisation sont aujourd'hui réglés.

Par contre, le FIPOL n'est pas intervenu dans le sinistre de l' - AMOCO CADIZ -, une longue et coûteuse procédure judiciaire d'indemnisation ayant été engagée aux Etats-Unis, pays non signataire des deux conventions de 1969 et de 1971. Elle n'est pas encore parvenue à son terme, plus de douze années après l'événement.

## **2 - Les accords volontaires TOVALOP et CRISTAL**

Parallèlement à la mise en place des conventions internationales de 1969 et 1971, les transporteurs maritimes et l'industrie pétrolière ont simultanément adopté un système d'indemnisation volontaire et consensuel. Il importe d'en faire l'analyse.

■ **2.1.** - Tandis que les gouvernements, sous l'égide de l'OMCI, négociaient les deux conventions internationales, les grands transporteurs de produits pétroliers, notamment BP, SHELL, ESSO, se réunissaient en vue de mettre en place une organisation volontaire pour l'indemnisation des victimes de pollution. Leur préoccupation, après le sinistre du - TORREY CANYON -, était à la fois de rassurer les gouvernements et l'opinion publique et de montrer qu'ils pouvaient spontanément organiser un système de protection et d'indemnisation dont la mise en place pourrait se traduire par des règlements rapides en faveur des victimes.

Ainsi, va naître le protocole TOVALOP signé à Londres en 1968. Il a pris effet le 6 octobre 1969. Ce sigle est la contraction de - The Tanker Owners Voluntary Agreement concerning Liability for Oil Pollution -.

Cet accord, qui a fait l'objet de modifications successives, lie aujourd'hui les armateurs pétroliers du monde entier, quel que soit le pavillon sous lequel le navire est exploité. La flotte soviétique y a notamment adhéré. Peuvent y être affiliés les propriétaires de navires pétroliers comme les affrêteurs - coque nue -, que le navire transporte effectivement ou non des hydrocarbures. L'accord concerne aussi bien le dommage par pollution que la menace d'un tel dommage, même si aucun déversement ne s'est produit. Il garantit alors les mesures préventives qui ont été prises en vue d'éviter le sinistre.

Enfin, TOVALOP encourage le nettoyage volontaire par le propriétaire ou l'affrètement, sans égard à leur responsabilité.

Grâce à son adhésion à TOVALOP, le propriétaire ou l'affrètement du navire en cause bénéficie de deux sources de garantie :

- dans la mesure où sa responsabilité est recherchée - dans le cadre de la Convention de 1969 ou autrement -, par suite de déversements d'hydrocarbures

ayant entraîné une pollution du rivage et des côtes, les montants raisonnablement dépensés pour le nettoyage seront pris en charge par l'accord dans la limite financière qui sera mentionnée plus loin.

- En outre, TOVALOP permet au propriétaire de navire ou à l'affrètement d'être remboursé de toutes dépenses raisonnablement exposées par lui pour prévenir ou limiter le dommage.

Depuis le début de la présente année, l'engagement financier maximum pour un même événement et pour un navire déterminé s'élève à USD 160 par tonneau de jauge, la garantie ne pouvant pas dépasser USD 16,8 millions.

La mise en oeuvre d'un tel accord a impliqué la création d'une fédération qui est l'organisme chargé de l'administration et de la gestion du plan TOVALOP et d'une société mutuelle d'assurances constituée sur le même type que celui des Protecting and Indemnity Clubs britanniques et appelée « The International Tanker Indemnity Association ». La Fédération se compose actuellement de 3 200 membres qui gèrent eux-mêmes quelques 6 000 pétroliers.

C'est ce Club ou celui auquel le navire est traditionnellement affilié qui reçoit les cotisations, examine, négocie et règle les indemnités.

Ainsi TOVALOP et le P. & I. Club protègent le navire et répondent, en son lieu et place, aux demandes qui sont présentées.

Il est essentiel de souligner ici que l'accord TOVALOP intervient indépendamment de la Convention de 1969. Dans le souci de protéger complètement le propriétaire du navire pétrolier, les P. & I. Clubs avec le concours de la réassurance mondiale ont permis d'organiser sur le plan financier des tranches successives d'indemnisations. Elles seront examinées plus loin dans le détail.

Relevons, enfin, qu'il existe un plan complémentaire TOVALOP qui complète le précédent. Il parait depuis 1987, à hauteur de USD 70 millions par navire et par événement, l'indemnisation des victimes.

■ **2.2.** - De même que la Convention de 1971 est alimentée par l'industrie pétrolière, singulièrement les raffineurs importateurs de produits, ces mêmes industriels ont, à l'image de TOVALOP, conçu et mis en place un plan complémentaire d'indemnisation, connu sous le nom de CRISTAL (contraction pour « Contract Regarding an Interim Supplement to Tanker Liability for Oil Pollution »). Ce plan volontaire, alimenté par les sociétés pétrolières, complète l'accord TOVALOP. Il est entré en vigueur le 1er Avril 1971 et a fait l'objet de plusieurs modifications. Il couvre la quasi-totalité du pétrole brut transporté par mer. Il intervient au-delà des indemnités réglées au titre du plan TOVALOP, son objet étant de compléter l'indemnisation de TOVALOP au bénéfice des victimes de dommages de pollution. Il peut régler aujourd'hui jusqu'à USD 135 millions par événement.

### **3 - La Convention sur l'assistance maritime de 1989**

Comme l'événement du « TORREY CANYON » avait été à l'origine des conventions de 1969 et de 1971 ainsi que des accords TOVALOP et CRISTAL, de même l'événement de l'« AMOCO CADIZ » aura été le point de départ de l'importante



révision de la Convention de Bruxelles datée de 1910, relative à l'assistance maritime. Une telle révision a abouti à la nouvelle Convention de Londres du 28 avril 1989. Les faits ont une nouvelle fois précédé le droit.

L'assistance maritime est une institution très ancienne. Elle implique l'existence d'un navire de mer en danger auquel un autre navire vient porter secours et assistance. Réglementée pour la première fois par la Convention de Bruxelles de 1910, elle obéit aujourd'hui à des règles universelles, cette Convention ayant été très largement ratifiée, même par les Etats-Unis d'Amérique qui n'ont pourtant pas coutume d'adhérer à de tels accords internationaux.

L'intervention de l'assistant implique qu'un navire et sa cargaison soient en danger de se perdre.

La Convention pose le principe que « tout fait d'assistance ayant eu un résultat utile donne lieu à une équitable rémunération. Aucune rémunération n'est due si le secours prêté reste sans résultat utile. En aucun cas, la somme à payer ne peut dépasser la valeur des choses sauvées ».

Ces principes qui régissent la matière sont inclus dans l'expression anglaise de « No cure, no pay ». Elle signifie que sans résultat utile, l'assistant ne peut prétendre à aucune rémunération.

La même Convention a pris soin d'énumérer les éléments que le juge ou l'arbitre doit prendre en compte pour fixer le montant de la rémunération d'assistance. Parmi ceux-ci est notamment énoncée la valeur des biens sauvés. Il est, en outre, mentionné que cette indemnité doit être supportée par les biens sauvés - le navire et la cargaison - en proportion de leur valeur respective.

L'institution ainsi décrite a parfaitement fonctionné grâce au mécanisme de rémunération mis en place. Se sont créées d'importantes entreprises de remorquage et d'assistance maritime exploitant des unités de mer (principalement des remorqueurs) parfaitement appropriées aux opérations d'assistance. De leur côté, les navires de commerce et les cargaisons qu'ils transportent ont trouvé auprès de ces sociétés d'assistance en haute mer les moyens techniques de protection et de sauvetage sur lesquels ils peuvent compter en cas de danger.

La pollution des mers par les hydrocarbures transportés allait donner à l'assistance maritime une dimension nouvelle.

Jusqu'alors, comme il a déjà été souligné, l'assistance maritime ne concernait que le seul navire en danger et sa propre cargaison. Aucun élément qui leur fut extérieur ne se trouvait impliqué dans l'acte d'assistance.

Dans une chronique publiée au Dalloz en 1969, le doyen CHAUVÉAU écrivait avec l'humour que sa plume distillait :

« Si les cuves du «TORREY CANYON» avaient été chargées de vin ou de whisky, il n'en serait pas résulté de dommage particulier, mise à part peut-être une euphorie alcoolique passagère de la gent poissonneuse et le nom de ce navire ne serait pas devenu tristement célèbre ».

Mais les citernes de ce pétrolier transportaient du pétrole brut qui pollua l'environnement maritime. Cette circonstance faisait toute la différence.



Autrement dit, si la Convention de 1910 n'avait pris en considération que le seul navire et son chargement, en tant que biens exposés au danger, l'échouement de l'« AMOCO CADIZ » en 1978 révéla l'existence d'un bien autre que les précédents, lui-même exposé au danger, savoir cet environnement dont il fallait maintenant assurer la défense.

C'est le Comité Maritime International (CMI) qui se saisit le premier du problème. Lors d'une Conférence en 1981, il élaborait un projet de texte tendant à modifier la Convention de 1910, connu sous le nom de « compromis de Montréal ». L'événement de l'« AMOCO CADIZ » avait, en effet, mis en évidence certaines lenteurs dans l'intervention du remorqueur, des tergiversations abusives entre la société propriétaire du navire et l'entreprise qui exploitait le remorqueur. Des retards accumulés étaient sans doute la cause de l'échouement du navire sur la côte bretonne et du déversement d'hydrocarbures qui s'ensuivit. Il fallait, dorénavant, inciter les assistants à intervenir rapidement dans le souci de sauver non seulement le navire et son chargement, mais aussi de protéger l'environnement. Autrement dit, la rémunération du sauveteur ne devait plus seulement prendre en compte la situation de danger et la valeur des biens sauvés, mais encore récompenser les efforts des assistants pour prévenir ou limiter les dommages à l'environnement.

Le projet du CMI mûrit lentement. Il fut transmis au comité juridique de l'OMI qui le reprit à son compte et l'adopta. Une nouvelle Convention fut élaborée et signée à Londres le 28 Avril 1989. Elle remplacera celle de 1910 dans les années à venir lorsque les instruments de ratification auront été déposés en nombre suffisant (15). Deux idées nouvelles ont été introduites. Il fallait d'abord inciter les sauveteurs à protéger l'environnement contre une éventuelle pollution et tenir compte de leur habileté et de leurs efforts pour prévenir ou limiter les dommages à cet environnement. La rémunération d'assistance y pourvoira dorénavant : elle pourra être majorée dans une proportion que le juge ou l'arbitre pourra apprécier de façon discrétionnaire, sans avoir à justifier la majoration accordée. Il fallait ensuite inciter le même sauveteur à poursuivre les opérations d'assistance aussi longtemps que possible, même dans la situation où il n'est pas à même d'obtenir une rémunération d'assistance. Dans ce cas, il aura droit de recevoir une indemnité spéciale équivalant au moins au montant des dépenses qu'il a exposées, pouvant même être doublée si le juge l'estime « équitable et juste ».

On aperçoit que, grâce à ces nouvelles dispositions, la Convention de 1989 prend en compte, dans le cadre d'une opération d'assistance maritime, l'environnement et sa protection. Certes elle conduit à une majoration de l'indemnité d'assistance. Elle introduit aussi une brèche dans le vieux principe du « No cure, no pay » en permettant au sauveteur de recevoir une indemnité spéciale en l'absence d'un résultat utile. Mais la nécessité de défendre et de protéger l'environnement passait par cette double transformation de la vieille Convention de 1910.

En présence d'un tel arsenal juridique, il est intéressant de mentionner l'attitude des assureurs maritimes des grands marchés traditionnels. Leur première réac-

tion, après l'événement du « TORREY CANYON » a consisté à exclure de leurs garanties habituelles, le risque de pollution maritime. Le marché britannique, puis le marché français ont, en effet, décidé, dès le début des années 1970, d'exclure expressément des garanties des polices d'assurance sur corps de navire de mer « tous recours exercés contre le navire assuré pour dommages ou préjudices consécutifs à la perte, au jet ou au déversement de tout ou partie du chargement ou des soutes. » Les réassureurs excluaient également ces risques de leurs traités. Les propriétaires de navires pétroliers se sont trouvés dans l'obligation d'organiser et de gérer eux-mêmes leur protection, en mettant en oeuvre, avec le concours de leurs P. & I. Clubs, les couvertures adéquates.

### ■ III - L'ASSURANCE : FINANCEMENT ET MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

#### 1 - L'assurance offerte par les Mutuelles d'Armateurs (P & I Clubs)

Nous venons de le voir, jusqu'en 1969, à l'entrée en vigueur de TOVALOP, aucune disposition particulière ne régissait la responsabilité de l'armateur pétrolier en cas de pollution. Ce risque spécifique n'était pas isolé des autres, et se trouvait inclus dans l'ensemble des responsabilités du propriétaire de navire, donnant droit à limitation selon la Convention de Bruxelles de 1957.

Les Protecting and Indemnity Clubs, qui couvrent l'ensemble des responsabilités de l'armateur, sans limite de capitaux, incluaient donc aussi le risque de pollution, sans limite puisqu'il était compris dans l'ensemble des responsabilités contractuelles et quasi délictuelles de l'armateur.

A partir de 1969, il fallut bien trouver des couvertures adaptées aux engagements TOVALOP qui étaient alors de 100 USD / tonne avec un maximum de USD 10 millions par navire et par événement.

Les armateurs se sont tout naturellement tournés vers leurs P & I Clubs pour couvrir ce risque devenu spécifique, devant l'attitude hésitante des marchés traditionnels de l'assurance maritime.

De plus, en 1971, les USA décidèrent unilatéralement, d'imposer une limite séparée pour la pollution par hydrocarbures égale à la limite générale de la Convention de 1957, qui se trouvait ainsi doublée en cas d'accidents de cette sorte. La législation fédérale instituait également le principe de la responsabilité objective, sans recherche de faute, et imposait à l'armateur une obligation d'assurance.

De surcroît, au delà de ce système fédéral, chaque Etat des USA pouvait séparément instituer d'autres obligations qui viendraient s'y ajouter.

Les P & I Clubs ne pouvaient plus faire face. En 1972, le groupe international des P & I Clubs fut contraint de limiter la couverture pollution à USD 14, 4 millions par accident et par navire. Depuis, et devant la pression des événements et l'ampleur des catastrophes successives, cette capacité de couverture n'a cessé d'augmenter jusqu'à USD 500 millions aujourd'hui (depuis le 20/02/1990).

A l'intérieur de cette somme, chaque P & I Club du Groupe International a une

rétenction propre de USD 1,6 million par événement. Puis les USD 10,4 millions suivants sont mis en pool à l'intérieur du Groupe International, la part de chaque club étant fonction du tonnage affilié. Ensuite, de USD 12 à 500 millions, le Groupe International fait appel à la réassurance sur les marchés internationaux, l'apérition se trouvant à Londres auprès des Lloyd's. Environ 75 % du volume de ces traités de réassurances sont souscrits auprès des syndicats des Lloyd's et des compagnies membres de l'Institute of London Underwriters. Tous les marchés mondiaux présentant une sécurité suffisante aux yeux du groupe international des P & I Clubs y participent également, dont le marché français.

Depuis le 20 février 1990, les P & I Clubs ont également négocié l'achat auprès des marchés (Lloyd's 90 %, Institute of London Underwriters 9, 5 %, USA 0,5 %). d'une ligne supplémentaire de USD 200 millions offerte aux armateurs qui le souhaitent. Beaucoup d'entre eux ont souscrit ce supplément qui est d'ailleurs exigé désormais par les affréteurs dans de nombreuses chartes parties.

Ainsi, l'armateur peut aujourd'hui bénéficier par l'intermédiaire de son P & I Club d'une couverture de USD 700 millions par navire pétrolier et par événement, dont seulement USD 12 millions sont mutualisés, constituant la rétenction propre de chaque Club et celle du Groupe International ; la différence, soit USD 688 millions est donc couverte sur les marchés de l'assurance et de la réassurance au niveau mondial.

## **2 - Le coût de cette assurance pour l'armateur**

Il est très difficile de déterminer, à l'intérieur de la cotisation globale versée au P & I Club la part correspondant au seul risque pollution, d'autant plus que celle-ci varie individuellement pour chaque navire, en fonction de son triple rapport sinistres/primes/risques et du coût variable de la réassurance des P & I Clubs auprès des marchés.

On peut toutefois considérer que dans les running costs d'un pétrolier de 140 000 tonnes, le coût de cette couverture est en moyenne de l'ordre de USD 80 par jour et correspond à environ 15 % des dépenses totales d'assurances de l'armateur, et 50 % de l'assurance de l'ensemble de ses responsabilités à l'égard des tiers et de la cargaison.

C'est une proportion très importante quand on considère l'étendue des autres responsabilités auxquelles l'armateur doit faire face : abordage, heurt, dommages matériels et corporels de tous ordres, avaries et perte de cargaisons notamment. Il ne fait pas de doute que pour l'armateur pétrolier, la couverture du risque pollution est devenue la plus coûteuse.

## **3 - Le mécanisme du règlement de l'indemnisation des victimes. (voir tableaux en annexe V et VI).**

Dans le cadre des 4 régimes existants, c'est auprès de l'armateur que les victimes (Etats, collectivités publiques ou privées) présenteront utilement leurs réclamations. Ces dernières seront canalisées vers le P & I Club du navire qui pilotera la gestion du dossier, en étroite collaboration avec la Fédération ITOPF (Internation-

tional Tankers Owners Pollution Federation Limited)), organisme technique, basé à Londres, qui gère non seulement TOVALOP pour lequel il a été créé, mais qui intervient aussi dans la préparation des dossiers impliquant CRISTAL, FIPOL et la Convention CLC.

La procédure peut se dérouler comme suit :

- On examinera d'abord si la Convention CLC 1969 est applicable dans les eaux où s'est produit l'accident, et si la nature de ce dernier répond aux conditions d'application de la Convention. Si la réponse est positive, l'indemnisation pourra être négociée amiablement ou décidée judiciairement jusqu'au plafond de USD 19,1 millions (jusqu'à l'entrée en vigueur du protocole de 1984 dont le plafond est fixé à 59,7 millions de DTS, soit environ USD 82 millions).
- Si cette somme est insuffisante, il sera fait appel pour le complément au Fonds international de la Convention de 1971 (FIPOL) si l'Etat pollué a ratifié cette Convention, dans la limite de USD 82 millions (jusqu'à l'entrée en vigueur du protocole de 1984 dont le plafond est fixé à 135 millions de DTS, soit USD 185 millions, si les plus gros pays importateurs ratifient le protocole ; notamment les USA).
- Si la Convention CLC 1969 n'est pas applicable, c'est TOVALOP qui couvrira le sinistre jusqu'à USD 16,8 millions.
- Si cette somme est insuffisante et si la cargaison est affiliée à CRISTAL, c'est le plan complémentaire TOVALOP qui fera l'appoint jusqu'à USD 70 millions.
- Si cette limite est insuffisante c'est CRISTAL qui prendra le relais jusqu'à USD 135 millions.

On perçoit bien dans ce mécanisme, à la fois l'imbrication des 4 régimes successifs et complémentaires, et les cas nombreux où l'indemnisation risque d'être insuffisante ; c'est pourquoi, par le biais de l'assurance, l'armateur s'est couvert bien au delà de ces limites institutionnelles pour faire face aux demandes d'indemnisation qui seraient présentées en dehors de ces régimes.

## ■ CONCLUSION

Une couverture de USD 700 millions par événement, c'est beaucoup plus que le plus élevé des plafonds des différents régimes qui viennent d'être décrits. En effet, le plan CRISTAL, nous venons de le voir, ne va pas au delà de USD 135 millions. Pourquoi les armateurs et leurs P & I Clubs ont-ils cherché à se couvrir davantage ?

C'est d'une part, à cause de la complexité et de l'enchevêtrement des 4 régimes d'indemnisation existants (CLC 1969 - Fonds International 1971 - TOVALOP - CRISTAL) et d'autre part, à cause de l'incertitude de l'armateur quant à l'ampleur de ses responsabilités possibles au cas où aucun de ces mécanismes ne pourrait être utilement invoqué pour limiter l'indemnisation. Notamment en cas de catastrophe écologique dans un pays n'ayant adhéré à aucune des conventions internationales ou ne se considérant lié par aucun des quatre régimes.

Il ne s'agit pas d'une hypothèse d'école, puisque les USA, pour ne citer qu'eux, se trouvent dans ce cas et que leur législation fédérale est actuellement en pleine évolution, laissant craindre des mesures pouvant entraîner une responsabilité illimitée de l'armateur et l'obligation pour les navires fréquentant les ports américains d'être équipés de doubles fonds ou même de doubles coques. Les positions du Sénat américain semblent cependant plus nuancées que celles de la Chambre des Représentants et l'on peut espérer que les nouveaux textes fédéraux ne s'éloigneront pas trop des solutions du Droit international (Protocole de 1984) en ce qui concerne les limites d'indemnisation et n'imposeront que très progressivement aux armateurs d'adapter leurs flottes de tankers. Si l'on ajoute à cela la possibilité pour chaque Etat des USA de légiférer librement lorsque ses intérêts propres l'exigent, la situation pourrait devenir inextricable entre les mesures fédérales et celles de certains Etats.

Il est certain, en tout cas, que ces projets américains tireront vers le haut les niveaux d'indemnisation avec des conséquences importantes sur les conditions et les coûts d'assurances, et amèneront une accélération des transformations techniques des navires et du renouvellement des flottes pétrolières.

Devant de tels exemples, on voit clairement que l'armateur ne peut s'appuyer exclusivement sur le droit international pour mesurer ses risques. C'est pourquoi il a dû mettre en place, avec les P & I Clubs, cette couverture de USD 700 millions. On peut même se demander si elle est d'ores et déjà suffisante, et si les capacités mondiales des marchés d'assurances permettront d'aller beaucoup plus loin à un coût supportable.

C'est là que réside la véritable difficulté pour l'armateur et elle n'est pas aujourd'hui surmontée : le risque est-il vraiment mesurable et assurable ? ■

**L**e présent article a été rédigé au printemps 1990. Depuis lors, les Etats-Unis se sont dotés d'une législation entièrement nouvelle qui tient compte des enseignements recueillis après le dramatique échouement de l'EXXON VALDEZ.

La loi fédérale a été signée par le Président BUSH le 19 Août, sous le vocable « OIL POLLUTION ACT OF 1990 ». Elle couvre plusieurs sphères d'activités : exploitation et maintenance des navires pétroliers, standards de construction, prévention et nettoyage de la pollution, recherche en matière de pollution.

En ce qui concerne la responsabilité du fait des dommages de pollution, les propriétaires de navires pétroliers, les opérateurs et les affréteurs « coque nue » se voient imposer une « strict liability » pour les dommages de pollution, dans la limite de USD 1 200 par ton « brute » et au maximum de USD 10 millions. Une responsabilité illimitée peut être retenue en cas de faute volontaire ou de faute lourde. Une responsabilité pénale peut également être mise en oeuvre.

La nouvelle loi fédérale autorise la mise en place d'un fonds d'un milliard de dollars destiné à régler les victimes qui n'ont pu être indemnisées par ailleurs.

Il est permis aux Etats de promulguer des lois prévoyant une responsabilité plus élevée pour pollution dans leurs eaux intérieures. Le Parlement de Californie a déjà adopté une loi instituant une responsabilité illimitée. Une taxe de 25 cents par baril déchargé en Californie est destinée au financement d'un fonds de garantie prévu à cet effet.

La loi fédérale contient également certaines dispositions relatives à la prévention et au nettoyage. Elles sont très variables.

Citons la possibilité de contrôler le taux d'alcoolémie chez les officiers et l'usage de la drogue, ainsi que des mesures destinées à permettre aux autorités américaines de vérifier le respect par les navires pétroliers étrangers des « standards » en matière d'entretien du navire et de qualification de l'équipage.

Une nouvelle réglementation sera mise au point concernant les moyens de détection de surcharge de cargaison dans les citernes du navire et de contrôle de la pression à l'intérieur de celles-ci.

Des dispositions relatives à la mise en place de doubles coques pour tous les pétroliers après le 1er janvier 2015 seront étudiées.

Quant aux mesures de prévention, la loi demande que les navires pétroliers étudient un plan couvrant l'hypothèse d'un déversement maximum d'hydrocarbures. Ce plan prévoit dans le détail les mesures à prendre pour l'avenir. De même, les navires transportant du pétrole ou des matières dangereuses en vrac devront être équipés d'installations appropriées pour le retrait des produits polluants.

Ainsi les Etats-Unis se sont dotés d'un arsenal exhaustif, législatif et réglementaire destiné à prévenir et à réduire les dommages de pollution. Sa mise en place s'étalera sur de nombreuses années ■

ANNEXE I

Résumé des sinistres  
(31 décembre 1988)

| Navire (Etat du pavillon)                       | Jauge brute (Responsabilité du propriétaire) | Date et lieu du sinistre                              | Cause du sinistre et quantité d'hydrocarbures déversés (tonnes)    | Demandes d'indemnisation et de prises en charge financières |              | Observations                                                                                 |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANTONIO GRAMSCI</b><br>(URSS)                | 27 694 tjb<br>Rb62 431 584                   | 27.2.79<br>au large de<br>Ventspils,<br>URSS          | Echouement<br>(5 500)                                              | Opérations de nettoyage                                     |              |                                                                                              |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | des autorités suédoises                                     | SK89 057 717 | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Intérêt                                                     | 6 649 440    | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Total                                                       | SK95 707 157 |                                                                                              |
| <b>MIYA MARU</b><br><b>N°8</b><br>(Japon)       | 997 tjb<br>¥37 710 340                       | 22.3.79<br>Bisan Sato,<br>Japon                       | Abordage<br>(540)                                                  | Opérations de nettoyage                                     | ¥108 589 104 | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Dommages causés aux pêcheries                               | 31 521 478   | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Prise en charge financière                                  | 9 427 585    | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Total                                                       | ¥149 538 167 | voies de recours                                                                             |
| <b>TARPENBEK</b><br>(RFA)                       | 999 tjb<br>£64 356                           | 21.6.79<br>au large de<br>Selkay Bill,<br>Royaume-Uni | Abordage<br>(chiffre non<br>connu)                                 | Gouvernement du Royaume-Uni                                 | £175 000     | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Nature Conservancy Council                                  | 1 400        | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Autorités locales                                           | 7 150        | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Opérations de nettoyage                                     | 180 000      | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Total                                                       | £363 550     |                                                                                              |
| <b>MEBARUZAKI</b><br><b>MARU N°5</b><br>(Japon) | 19 tjb<br>¥845 480                           | 8.12.79<br>Port de Mebaru,<br>Japon                   | Enfoncement<br>(10)                                                | Opérations de nettoyage                                     | ¥7 477 481   | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Dommages causés aux pêcheries                               | 2 710 854    | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Prise en charge financière                                  | 211 370      | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Total                                                       | ¥10 399 705  |                                                                                              |
| <b>SHOWA MARU</b><br>(Japon)                    | 199 tjb<br>¥8 123 140                        | 9.1.80<br>Déroit de<br>Naruto,<br>Japon               | Abordage<br>(100)                                                  | Opérations de nettoyage                                     | ¥10 408 369  | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Dommages causés aux pêcheries                               | 92 696 505   | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Prise en charge financière                                  | 2 030 785    | versé                                                                                        |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    | Total                                                       | ¥105 135 659 | voies de recours                                                                             |
| <b>UNSEI MARU</b><br>(Japon)                    | 99 tjb<br>¥3 143 180                         | 9.1.80<br>au large de<br>Port Akune,<br>Japon         | Abordage (pas de<br>renseignements<br>mais moins de<br>140 tonnes) | Opérations de nettoyage<br>du propriétaire                  | ¥6 903 461   | évaluation                                                                                   |
|                                                 |                                              |                                                       |                                                                    |                                                             |              | A cause du recours contre<br>le même assureur, pas<br>d'indemnisation versée par<br>le FIPOI |



|                                     |                                                    |                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TANIO</b><br>(Madagascar)        | 18 048 11b<br>FF11 833 718                         | 7 3 80<br>au large de la<br>côte bretonne,<br>France | Rupture<br>(13 500)                                                                   | Gouvernement français<br>Autorités locales françaises<br>Demandeurs privés<br>Port Autonome du Havre<br>United Kingdom P & I Club<br>Total                                                                                         | FF208 736 142<br>5 689 025<br>2 961 290<br>74 444<br>4 679 742<br>FF222 140 643            | versé<br>versé<br>versé<br>versé<br>versé<br>versé | US\$17 480 028<br>récupérés par voie de recours;<br>versement total égale la limite<br>de l'indemnisation disponible<br>en vertu de la Convention<br>portant création du Fonds.                                                   |
| <b>FURENAS</b><br>(Suède)           | 999 11b<br>SKr12 443                               | 3 6 80<br>Oresund,<br>Suède                          | Abordage<br>(200)                                                                     | Opérations de nettoyage:<br>- Autorités suédoises<br>- Demandeurs suédois privés<br>Total partiel<br>Opérations de nettoyage:<br>- Autorités danoises<br>- Demandeurs danois privés<br>Total partiel<br>Prise en charge financière | SKr2 911 637<br>276 050<br>SKr3 187 687<br>DKr408 633<br>9 956<br>DKr418 589<br>SKr153 111 | versé<br>versé<br>versé<br>versé<br>versé<br>versé | SKr449 961<br>récupérés par<br>voie de recours                                                                                                                                                                                    |
| <b>HOSEI MARU</b><br>(Japon)        | 983 11b<br>¥35 765 920                             | 21 8 80<br>au large du<br>Miyagi,<br>Japon           | Abordage<br>(270)                                                                     | Opérations de nettoyage<br>- Autorités suédoises<br>- Demandeurs suédois privés<br>Total<br>Prise en charge financière                                                                                                             | ¥163 051 598<br>50 271 267<br>8 941 480<br>¥222 264 345                                    | versé<br>versé<br>versé<br>versé                   | ¥18 221 905<br>récupérés par<br>voie de recours                                                                                                                                                                                   |
| <b>JOSE MARTI</b><br>(URSS)         | 27 706 11b<br>SKr23 844 593                        | 7 1 81<br>au large de<br>Dolara,<br>Suède            | Echouement<br>(1 000)                                                                 | Opérations de nettoyage des<br>autorités suédoises<br>4 Demandeurs privés<br>Total                                                                                                                                                 | SKr19 296 000<br>1 065 000<br>SKr20 361 000                                                | demandé<br>demandé                                 | Le total des dommages subis<br>est inférieur à la limite de<br>responsabilité du propriétaire.<br>La défense du propriétaire qu'il<br>devrait être exonéré de<br>responsabilité a été rejetée par<br>jugement définitif en Suède. |
| <b>SUMA MARU</b><br>N°11<br>(Japon) | 199 11b<br>¥7 396 340                              | 21 11 81<br>au large de<br>Karatsu,<br>Japon         | Echouement<br>(10)                                                                    | Opérations de nettoyage<br>du propriétaire<br>Prise en charge financière<br>Total                                                                                                                                                  | ¥6 426 857<br>1 849 085<br>¥8 275 942                                                      | versé<br>versé                                     | Aucune demande<br>d'indemnisation<br>émanant de tiers<br>n'a été présentée                                                                                                                                                        |
| <b>GLOBE ASIMI</b><br>(Gibraltar)   | 12 404 11b<br>Rbls1 350 324                        | 22 11 81<br>Kloipeda,<br>URSS                        | Echouement<br>(évalué à plus<br>de 16 000 tonnes)                                     | Prise en charge financière                                                                                                                                                                                                         | US\$467 953                                                                                | versé                                              | Aucun dommage subi<br>dans un Etat<br>membre                                                                                                                                                                                      |
| <b>ONDINA</b><br>(Pays-Bas)         | 31 030 11b<br>DM10 080 383<br>(intérêt<br>compris) | 3 3 82<br>Hambourg,<br>RFA                           | Déchirement<br>de cargaison<br>d'hydrocarbures<br>(évalué entre<br>200 et 300 tonnes) | Opérations de nettoyage<br>- Propriétaire<br>- Autorités<br>Total                                                                                                                                                                  | DM11 303 011<br>42 163<br>DM11 345 174                                                     | versé<br>versé                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |

| Navire (Etat du pavillon)            | Jauge brute (Responsabilité du propriétaire) | Date et lieu du sinistre           | Cause du sinistre et quantité d'hydrocarbures déversés (tonnes) | Demandes d'indemnisation et de prises en charge financières |              |                  |  | Observations                                                                            |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SHIOTA MARU N°2</b><br>[Japon]    | 161 jlb<br>¥6 304 300                        | 31.3.82<br>Ile Takashima, Japon    | Echouement<br>(20)                                              | Opérations de nettoyage                                     | ¥46 524 524  | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Dommages causés aux pêcheries                               | 24 571 190   | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 1 576 075    | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥72 671 789  |                  |  |                                                                                         |
| <b>FUKUTOKU MARU N°8</b><br>[Japon]  | 499 jlb<br>¥20 844 440                       | 3.4.82<br>Baie de Tachibana, Japon | Abordage<br>(85)                                                | Opérations de nettoyage                                     | ¥200 476 274 | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Dommages causés aux pêcheries                               | 163 255 481  | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 5 211 110    | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥368 942 865 |                  |  |                                                                                         |
| <b>KIFUKU MARU N°35</b><br>[Japon]   | 107 jlb<br>¥4 271 560                        | 1.12.82<br>Ishinomaki, Japon       | Enfoncement<br>(33)                                             | Prise en charge financière                                  | ¥598 181     | versé            |  | Le total des dommages subis est inférieur à la limite de responsabilité du propriétaire |
| <b>SHINKAI MARU N°3</b><br>[Japon]   | 48 jlb<br>¥1 880 940                         | 21.6.83<br>Ichikawa, Japon         | Déchargement de cargaison d'hydrocarbures<br>(3,5)              | Opérations de nettoyage                                     | ¥1 005 160   | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 470 235      | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥1 475 395   |                  |  |                                                                                         |
| <b>EIKO MARU N°1</b><br>[Japon]      | 999 jlb<br>¥39 445 920                       | 13.8.83<br>Karatsuwakaki, Japon    | Abordage<br>(357)                                               | Opérations de nettoyage                                     | ¥23 193 525  | versé            |  | ¥14 843 746 récupérés par voie de recours                                               |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Dommages causés aux pêcheries                               | 1 541 584    | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 9 861 480    | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥34 596 589  |                  |  |                                                                                         |
| <b>KOEI MARU N°3</b><br>[Japon]      | 82 jlb<br>¥3 091 660                         | 22.12.83<br>Negoya, Japon          | Abordage<br>(49)                                                | Opérations de nettoyage                                     | ¥18 010 269  | versé            |  | ¥8 994 083 récupérés par voie de recours                                                |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Dommages causés aux pêcheries                               | 8 971 979    | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 772 915      | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥27 755 163  |                  |  |                                                                                         |
| <b>TSUNEHISA MARU N°8</b><br>[Japon] | 38 jlb<br>¥64 800                            | 26.8.84<br>Osaka, Japon            | Enfoncement<br>(30)                                             | Opérations de nettoyage                                     | ¥16 610 200  | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 241 200      | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥16 851 400  |                  |  |                                                                                         |
| <b>KOHO MARU N°3</b><br>[Japon]      | 199 jlb<br>¥5 385 920                        | 5.11.84<br>Hiroshima, Japon        | Echouement<br>(20)                                              | Opérations de nettoyage                                     | ¥68 609 674  | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Dommages causés aux pêcheries                               | 25 502 144   | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | 1 346 480    | versé            |  |                                                                                         |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Total                                                       | ¥95 458 298  |                  |  |                                                                                         |
| <b>KOSHUN MARU N°1</b><br>[Japon]    | 68 jlb<br>¥1 896 320                         | 5.3.85<br>Baie de Tokyo, Japon     | Abordage<br>(80)                                                | Opérations de nettoyage                                     | ¥26 124 589  | versé            |  | Demande de recours par le FIPOI est en suspens                                          |
|                                      |                                              |                                    |                                                                 | Prise en charge financière                                  | ¥474 080     | pas encore versé |  |                                                                                         |

|                                         |                                          |                                                       |                                                           |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PATMOS</b><br>(Grèce)                | 51 627 i/b<br>lit13 263 703 650          | 21.3.85<br>Détruit de<br>Messine,<br>Italie           | Abordage<br>(700)                                         | Mesures de sauvegarde et<br>opérations de nettoyage<br>(assistance y incluse)<br>Lit56 049 076 053 demandé<br>Lit61 049 076 053<br>Total | Le plupart des demandes ont<br>été réglées; lit9 436 318 650<br>versés par l'assureur P & I;<br>procédure judiciaire en cours<br>contre le FIPOI. |
| <b>JAN</b><br>(RFA)                     | 1 400 i/b<br>DKr1 376 170                | 2.8.85<br>Aalborg,<br>Danemark                        | Echouement<br>(300)                                       | Autorités danoises<br>Municipalité<br>Demandeurs privés<br>Prise en charge financière<br>Total                                           | DKr9 378 528 versé<br>24 126 versé<br>53 007 versé<br>394 043 versé<br>DKr9 849 704                                                               |
| <b>ROSE GARDEN<br/>MARU</b><br>(Panama) | 2 621 i/b<br>US\$364 182<br>(évaluation) | 26.12.85<br>Umm Al Qaiwain,<br>Emirats arabes<br>unis | Déchargement<br>d'hydrocarbures<br>(chiffre non<br>connu) | le Club P & I en subrogation                                                                                                             | US\$44 204 demandé<br>Demande contre le<br>FIPOI retirée                                                                                          |
| <b>BRADY MARIA</b><br>(Panama)          | 996 i/b<br>DM324 629                     | 3.1.86<br>Estuaire de<br>l'Elbe,<br>RFA               | Abordage<br>(200)                                         | Autorités allemandes<br>Demandeurs privés<br>Total                                                                                       | DM3 129 425 versé<br>1 086 versé<br>DM3 220 511                                                                                                   |
| <b>TAKE MARU N° 6</b><br>(Japon)        | 83 i/b<br>¥3 876 800                     | 9.1.86<br>Port de<br>Sakai-Semboku,<br>Japon          | Déchargement<br>d'hydrocarbures<br>(0,1)                  | Prise en charge financière                                                                                                               | ¥104 987 versé<br>Le total des dommages subis<br>est inférieur à la limite de<br>responsabilité du propriétaire                                   |
| <b>OUED<br/>GUETERINI</b><br>(Algérie)  | 1 576 i/b<br>Din1 175 064                | 18.12.86<br>Alger,<br>Algérie                         | Déchargement<br>d'hydrocarbures<br>(évalué à 15)          | Centrale électrique<br>Opérations de nettoyage<br>du propriétaire<br>Total                                                               | Din5 278 525 demandé<br>5 650 demandé<br>Din5 284 175                                                                                             |
|                                         |                                          |                                                       |                                                           | Prise en charge financière                                                                                                               | Din293 766 pas encore versé                                                                                                                       |
| <b>THUNTANK 5</b><br>(Suède)            | 2 866 i/b<br>SKr2 741 746                | 21.12.86<br>Gävle,<br>Suède                           | Echouement<br>(150-200)                                   | Autorités suédoises<br>Demandeurs privés<br>Total                                                                                        | SKr24 992 884 demandé<br>49 361 versé<br>SKr25 042 245                                                                                            |
|                                         |                                          |                                                       |                                                           | Prise en charge financière                                                                                                               | SKr685 437 pas encore versé                                                                                                                       |
| <b>ANTONIO<br/>GRAMSCI</b><br>(URSS)    | 27 706 i/b<br>Rbl2 431 854               | 6.2.87<br>Borgå,<br>Finlande                          | Echouement<br>(600-700)                                   | Autorités finlandaises<br>Autorités de l'URSS                                                                                            | FM22 124 415 demandé<br>Rbl2 312 864 demandé<br>D'autres demandes<br>pourraient être<br>présentées                                                |

| Navire (Etat du pavillon)         | Jauge brute (Responsabilité du propriétaire) | Date et lieu de sinistre   | Cause du sinistre et quantité d'hydrocarbures déversés (tonnes) | Demandes d'indemnisation et de prises en charge financières |              | Observations                                                               |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>SOUTHERN EAGLE</b><br>(Japon)  | 4 461 tjb                                    | 15.6.87                    | Abordage                                                        | Opérations de nettoyage                                     | ¥37 189 390  | demandé                                                                    |
|                                   | ¥93 874 528                                  | Soda Misaki, Japon         | (115)                                                           | Domages causés aux pêcheeries                               | 94 800 000   | demandé                                                                    |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Total                                                       | ¥131 989 390 |                                                                            |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Prise en charge financière                                  | ¥23 468 632  | pas encore versé                                                           |
|                                   |                                              |                            |                                                                 |                                                             |              |                                                                            |
| <b>EL HANI</b><br>(Libye)         | 81 412 tjb                                   | 22.7.87                    | Echouement                                                      | Demande d'une avance par                                    |              | Demande n'a pas été poursuivie                                             |
|                                   | £7 900 000 (évaluation)                      | Indonésie                  | (300)                                                           | les autorités indonésiennes                                 | US\$242 800  | demandé                                                                    |
|                                   |                                              |                            |                                                                 |                                                             |              |                                                                            |
| <b>AKARI</b><br>(Panama)          | 1 345 tjb                                    | 25.8.87                    | Fau                                                             | Opérations de nettoyage                                     | US\$394 000  | demandé                                                                    |
|                                   | £115 000 (évaluation)                        | Dubai, Emirats arabes unis | (1 000)                                                         |                                                             |              | D'autres demandes pourraient être présentées                               |
|                                   |                                              |                            |                                                                 |                                                             |              |                                                                            |
| <b>HINODE MARU N°1</b><br>(Japon) | 19 tjb                                       | 18.12.87                   | Maltraitement de cargaison                                      | Opérations de nettoyage                                     | ¥3 271 225   | demandé                                                                    |
|                                   | ¥480 000 (évaluation)                        | Yawatahama, Japon          | (25)                                                            | Domages causés aux pêcheeries                               | 30 000       | demandé                                                                    |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Total                                                       | ¥3 301 225   |                                                                            |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Prise en charge financière                                  | ¥120 000     | pas encore versé                                                           |
|                                   |                                              |                            |                                                                 |                                                             |              |                                                                            |
| <b>AMAZONE</b><br>(Italie)        | 18 325 tjb                                   | 31.1.88                    | Ciliennes endommagées dans une baie tempête                     | Autorités françaises locales                                | FF978 853    | FF59 392 versés par l'assureur P & I; d'autres demandes seront présentées. |
|                                   | FF13 860 396                                 | Bretagne, France           | (2 000)                                                         | Demandeurs privés français                                  | 99 925       | demandé                                                                    |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Demandeurs privés français                                  | 59 392       | versé                                                                      |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Total                                                       | FF1 138 170  |                                                                            |
|                                   |                                              |                            |                                                                 |                                                             |              |                                                                            |
| <b>TAITO MARU N°13</b><br>(Japon) | 86 tjb                                       | 12.3.88                    | Déchargement                                                    | Autorités des îles Anglo-Normandes                          | £21 393      | agréé                                                                      |
|                                   | ¥2 476 800                                   | Port de Yokohama, Japon    | (6)                                                             | Demandeurs privés                                           | ¥8 611 685   | agréé                                                                      |
|                                   |                                              |                            |                                                                 | Prise en charge financière                                  | ¥619 200     | pas encore versé                                                           |
|                                   |                                              |                            |                                                                 |                                                             |              |                                                                            |
| <b>KASUGA MARU N°1</b><br>(Japon) | 480 tjb                                      | 10.12.88                   | Enfoncement                                                     |                                                             |              | Demandes pas encore présentées                                             |
|                                   | ¥12 800 000 (évaluation)                     | Kyoga Misaki, Japon        | (1 100)                                                         |                                                             |              |                                                                            |

Notes  
1 Les montants indiqués sont donnés en monnaie nationale; les taux de change appropriés étaient les suivants au 30 décembre 1988:

|      |         |     |         |
|------|---------|-----|---------|
| £1   | =       | FF  | 10 9375 |
| Dm   | 11 4713 | Li  | 2362 00 |
| Dm   | 3 2075  | ¥   | 226 00  |
| Dkr  | 12 4100 | Sk  | 11 08   |
| US\$ | 1 8090  | RbL | 1 0911  |
| Fm   | 7 5168  |     |         |

2 Demandes d'indemnisation et de prises en charge financière: seul lorsque les demandes sont accompagnées de la mention "versé" les montants indiqués sont ceux demandés ou FIPOL. La mention du montant d'une demande ne signifie pas que le FIPOL accepte la demande ou le montant indiqué lorsque les demandes sont accompagnées de la mention "versé" le chiffre indique correspond au montant effectivement versé par le FIPOL. Le reste n'est pas compris, le montant de la responsabilité du propriétaire.

ANNEXE II

International Convention on

Convention Internationale sur la

**Civil Liability  
for Oil Pollution Damage  
(CLC 1969)**

**Responsabilité Civile  
pour les Dommages dus  
à la Pollution par les  
Hydrocarbures (CLC 1969)**

Done at Brussels,  
29 November 1969

Signée à Bruxelles,  
le 29 novembre 1969

Entered into force : 19 June, 1975

Entrée en vigueur : 19 juin 1975

|                                                                       |     |              |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|--------------|
| <b>Algeria</b>                                                        | (a) | 14.VI.1974   |
| <i>Allemagne (Rép. Fédérale d') : voir : Germany</i>                  |     |              |
| <i>Allemande (Rép. Démocratique) : voir : German Democratic Rep.)</i> |     |              |
| <b>Australia</b>                                                      | (r) | 7.XI.1983    |
| <b>Bahamas</b>                                                        | (a) | 22.VII.1976  |
| <b>Belgium</b>                                                        | (r) | 12.I.1977    |
| <b>Benin</b>                                                          | (a) | 1.XI.1985    |
| <b>Brazil</b>                                                         | (r) | 17.XII.1976  |
| <b>Cameroon</b>                                                       | (r) | 14.V.1984    |
| <b>Canada</b>                                                         | (a) | 24.I.1989    |
| <b>Chile</b>                                                          | (a) | 2.VIII.1977  |
| <b>China</b>                                                          | (a) | 30.I.1980    |
| <i>Côte d'Ivoire : voir Ivory Coast</i>                               |     |              |
| <b>Cyprus</b>                                                         | (a) | 19.VI.1989   |
| <b>Denmark</b>                                                        | (a) | 2.IV.1975    |
| <b>Dominican Republic</b>                                             | (r) | 2.IV.1975    |
| <b>Ecuador</b>                                                        | (a) | 23.XII.1976  |
| <b>Egypt</b>                                                          | (a) | 3.II.1989    |
| <i>Espagne : voir Spain</i>                                           |     |              |
| <b>Fiji</b>                                                           | (a) | 15.VIII.1972 |
| <b>Finland</b>                                                        | (r) | 10.X.1980    |
| <b>France</b>                                                         | (r) | 17.III.1975  |
| <b>Gabon</b>                                                          | (a) | 21.I.1982    |
| <b>German Democratic Republic</b>                                     | (a) | 13.III.1978  |
| <b>Germany, Federal Republic of</b>                                   | (r) | 20.V.1975    |

| CLC 1969                                 |     | CLC 1969     |
|------------------------------------------|-----|--------------|
| Ghana                                    | (r) | 20.IV.1978   |
| Greece                                   | (a) | 29.VI.1976   |
| Guatemala                                | (a) | 20.X.1982    |
| Iceland                                  | (r) | 17.VII.1980  |
| India                                    | (a) | 1.V.1987     |
| Indonesia                                | (r) | 1.IX.1978    |
| Italy                                    | (r) | 27.II.1979   |
| Ivory Coast                              | (r) | 21.VI.1973   |
| Japan                                    | (a) | 3.VI.1976    |
| Korea ( <i>Rep. of</i> )                 | (a) | 18.XII.1978  |
| Kuwait                                   | (a) | 2.IV.1981    |
| Lebanon                                  | (a) | 9.IV.1974    |
| Liberia                                  | (a) | 25.IX.1972   |
| Maldives                                 | (a) | 16.III.1981  |
| Monaco                                   | (r) | 21.VIII.1975 |
| Morocco                                  | (a) | 11.IV.1974   |
| Netherlands                              | (r) | 9.IX.1975    |
| New Zealand                              | (a) | 27.IV.1976   |
| Nigeria                                  | (a) | 7.V.1981     |
| Norway                                   | (a) | 21.III.1975  |
| Oman                                     | (a) | 24.I.1985    |
| Panama                                   | (r) | 7.I.1976     |
| Papua New Guinea                         | (a) | 12.III.1980  |
| <i>Pays-Bas : voir Netherlands</i>       |     |              |
| Peru                                     | (a) | 24.II.1987   |
| Poland                                   | (r) | 18.III.1976  |
| Portugal                                 | (r) | 26.XI.1976   |
| <i>Royaume Uni : voir United Kingdom</i> |     |              |
| Qatar                                    | (a) | 2.IV.1988    |
| St.-Vincent and the Grenadines           | (a) | 19.IV.1989   |
| Senegal                                  | (a) | 27.III.1972  |
| Seychelles                               | (a) | 12.IV.1988   |
| Singapore                                | (a) | 16.IX.1981   |
| South Africa                             | (a) | 17.III.1976  |
| Spain                                    | (r) | 8.XII.1975   |
| Sri Lanka                                | (a) | 12.IV.1983   |
| Sweden                                   | (r) | 17.III.1975  |
| Switzerland                              | (r) | 15.XII.1987  |
| Syrian Arab Republic                     | (a) | 6.II.1975    |
| Tunisia                                  | (a) | 4.V.1976     |
| Tuvalu ( <i>succession</i> ) (1)         |     | 1.X.1978 (1) |
| USSR                                     | (a) | 24.VI.1975   |
| United Arab Emirates                     | (a) | 15.XII.1983  |

(1) As far as Tuvalu is concerned, the date is the date of entry into force for that country.

**CLC 1969**

**United Kingdom**  
**Vanuatu**  
**Yemen**  
**Yugoslavia**

(r)  
(a)  
(a)  
(r)

**CLC 1969**

17.III.1975  
2.II.1983  
6.III.1979  
18.VI.1976

**Belize, Kiribati, Solomon Islands**

The Convention has been extended to :

**Anguilla**  
**Bailiwick of Jersey and Guernsey, Isle of Man**  
**Bermuda (2)**  
**Belize (\*), British Indian Ocean Territory,**  
**British Virgin Islands, Cayman Islands, Falk-**  
**land Islands and Dependencies, Gibraltar,**  
**Gilbert Islands (\*\*), Hong-Kong, Montserrat,**  
**Pitcairn, St. Helena and Dependencies, Sey-**  
**chelles (\*\*\*), Solomon Islands (\*) Turks and**  
**Caicos Islands, Tuvalu (\*\*\*\*), United King-**  
**dom Sovereign Base Areas of Akrotiri and**  
**Dhekelia in the Island of Cyprus**

8.V.1984  
1.III.1976

1.IV.1976

(2) Now an independent State.

(\*) The Convention applies provisionally in respect of the following States : **Belize, Kiribati, Solomon Islands**

(\*\*) Has since become the independent State of Kiribati to which the Convention applies provisionally.

(\*\*\*) Has since become the independent State of Seychelles.

(\*\*\*\*) Has since become an independent State and Contracting State to the Convention.



**ANNEXE III**

| <b>International Convention on the</b>                                                                              | <b>Convention Internationale portant</b>                                                                                                                |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Establishment of<br/>an International Fund<br/>for Compensation<br/>for Oil Pollution Damage<br/>(FUND 1971)</b> | <b>Création d'un Fonds<br/>International<br/>d'Indemnisation pour<br/>les Dommages dus<br/>à la Pollution<br/>par les Hydrocarbures<br/>(FUND 1971)</b> |              |
| Done at Brussels,<br>18 December 1971<br>Entered into force :<br>16 October, 1978                                   | Signée à Bruxelles,<br>le 18 décembre 1971<br>Entrée en vigueur :<br>16 octobre 1978                                                                    |              |
| <b>Algeria</b>                                                                                                      | (r)                                                                                                                                                     | 2.VI.1975    |
| <i>Allemagne, Rép. Fédérale d' : voir Germany,<br/>Federal Republic of)</i>                                         |                                                                                                                                                         |              |
| <b>Bahamas</b>                                                                                                      | (a)                                                                                                                                                     | 22.VII.1976  |
| <b>Benin</b>                                                                                                        | (a)                                                                                                                                                     | 1.XI.1985    |
| <b>Cameroon</b>                                                                                                     | (a)                                                                                                                                                     | 14.V.1984    |
| <b>Canada</b>                                                                                                       | (a)                                                                                                                                                     | 24.I.1989    |
| <b>Côte d'Ivoire</b>                                                                                                | (a)                                                                                                                                                     | 5.X.1987     |
| <b>Cyprus</b>                                                                                                       | (a)                                                                                                                                                     | 26.VII.1989  |
| <b>Denmark</b>                                                                                                      | (a)                                                                                                                                                     | 2.IV.1975    |
| <i>Espagne : voir Spain</i>                                                                                         |                                                                                                                                                         |              |
| <b>Fiji</b>                                                                                                         | (a)                                                                                                                                                     | 4.III.1983   |
| <b>Finland</b>                                                                                                      | (r)                                                                                                                                                     | 10.X.1980    |
| <b>France</b>                                                                                                       | (a)                                                                                                                                                     | 11.V.1978    |
| <b>Gabon</b>                                                                                                        | (a)                                                                                                                                                     | 21.I.1982    |
| <b>Germany, Federal Rep. of</b>                                                                                     | (r)                                                                                                                                                     | 30.XII.1976  |
| <b>Ghana</b>                                                                                                        | (r)                                                                                                                                                     | 20.IV.1978   |
| <b>Greece</b>                                                                                                       | (a)                                                                                                                                                     | 16.XII.1986  |
| <b>Iceland</b>                                                                                                      | (a)                                                                                                                                                     | 17.VII.1980  |
| <b>Indonesia</b>                                                                                                    | (a)                                                                                                                                                     | 1.IX.1978    |
| <b>Italy</b>                                                                                                        | (a)                                                                                                                                                     | 27.II.1979   |
| <b>Japan</b>                                                                                                        | (r)                                                                                                                                                     | 7.VII.1976   |
| <b>Kuwait</b>                                                                                                       | (a)                                                                                                                                                     | 2.IV.1981    |
| <b>Liberia</b>                                                                                                      | (a)                                                                                                                                                     | 25.IX.1972   |
| <b>Maldives</b>                                                                                                     | (a)                                                                                                                                                     | 16.III.1981  |
| <b>Monaco</b>                                                                                                       | (a)                                                                                                                                                     | 23.VIII.1979 |

FUND 1971

FUND 1971

|                                          |              |             |
|------------------------------------------|--------------|-------------|
| <b>Netherlands</b>                       | (appr.)      | 3.VIII.1982 |
| <b>Norway</b>                            | (r)          | 21.III.1975 |
| <b>Nigeria</b>                           | (a)          | 11.XI.1987  |
| <b>Oman</b>                              | (a)          | 10.V.1985   |
| <b>Papua New Guinea</b>                  | (a)          | 12.III.1980 |
| <i>Pays-Bas : voir Netherlands</i>       |              |             |
| <b>Poland</b>                            | (r)          | 16.IX.1985  |
| <b>Portugal</b>                          | (r)          | 11.IX.1985  |
| <b>Qatar</b>                             | (a)          | 2.VI.1988   |
| <i>Royaume-Uni : voir United Kingdom</i> |              |             |
| <b>Seychelles</b>                        | (a)          | 12.IV.1988  |
| <b>Spain</b>                             | (a)          | 8.X.1981    |
| <b>Sri Lanka</b>                         | (a)          | 12.IV.1983  |
| <b>Sweden</b>                            | (r)          | 17.III.1975 |
| <b>Syrian Arab Republic</b>              | (a)          | 6.II.1975   |
| <b>Tunisia</b>                           | (a)          | 4.V.1976    |
| <b>Tuvalu</b>                            | (succession) | 16.X.1978   |
| <b>U.S.S.R.</b>                          | (a)          | 17.VI.1987  |
| <b>United Arab Emirates</b>              | (a)          | 15.XII.1983 |
| <b>United Kingdom (1)</b>                | (r)          | 2.IV.1976   |
| <b>Vanuatu</b>                           | (a)          | 13.I.1989   |
| <b>Yugoslavia</b>                        | (r)          | 16.III.1978 |

(1) The ratification by the United Kingdom was declared to be effective also in respect of :

Anguilla : 1.IX.1984

Bailiwick of Guernsey, Bailiwick of Jersey, Isle of Man, Belize (3), Bermuda, British Indian Ocean Territory, British Virgin Islands, Cayman Islands, Falkland Islands and Dependencies (\*\*), Gibraltar, Gilbert Islands (2), Hong-Kong, Montserrat, Pitcairn Group, St. Helena and Dependencies, Seychelles (3), Solomon Islands (3), Turks and Caicos Islands, Tuvalu (3), United Kingdom Sovereign Base Areas of Akrotiri and Dhekelia in the Island of Cyprus : 16.X.1978.

(2) Has since become the independent State of Kiribati.

(3) Now an independent State.

ANNEXE IV

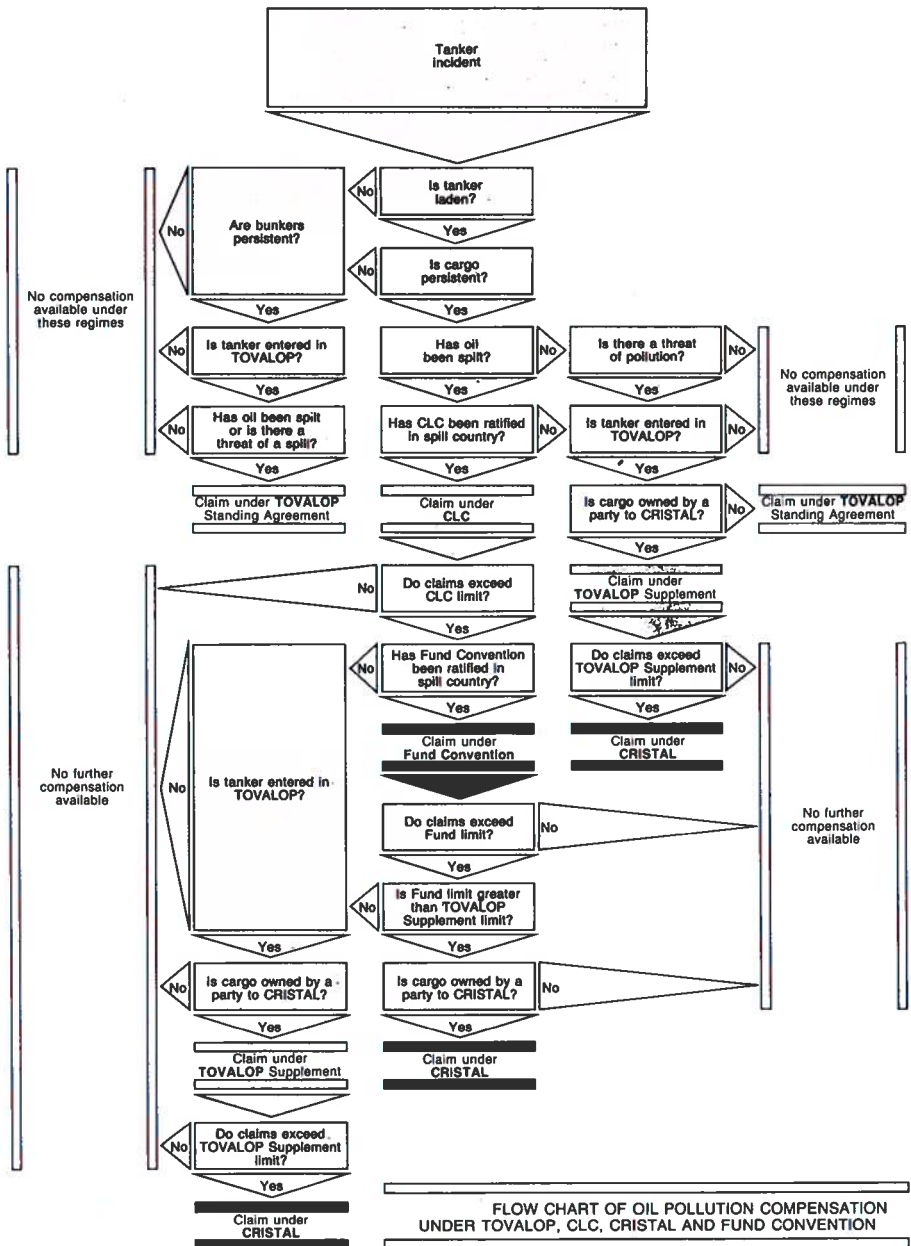
Contributions au FIPOL  
(en livres sterling)

|                            | Contribution<br>totale | Contribution<br>par tonne | Contribution<br>pour<br>1 million<br>de tonnes |
|----------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|
| Contributions<br>initiales |                        | 0,0024185                 | 2,419                                          |
| Contributions<br>annuelles |                        |                           |                                                |
| 1979                       | 750 000                | 0,0008455                 | 845                                            |
| 1980                       | 10 000 000             | 0,0126100                 | 12 610                                         |
| 1981                       | 500 000                | 0,0005690                 | 569                                            |
| 1982                       | 860 000                | 0,0010357                 | 1 036                                          |
| 1983                       | 24 106 000             | 0,0260786                 | 26 079                                         |
| 1984                       | 0                      | 0,0000000                 | 0                                              |
| 1985                       | 1 500 000              | 0,0018306                 | 1 831                                          |
| 1986                       | 1 800 000              | 0,0023360                 | 2 336                                          |
| 1987                       | 1 200 000              | 0,0015347                 | 1 535                                          |

■ RUBRIQUES : Environnement

Source : FIPOL

ANNEXE V



## ANNEXE VI

## COMPENSATION FOR OIL SPILLS FROM TANKERS

| Nature of regime      | Primary Compensation provided by Shipowners                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           | Supplementary Compensation provided by Cargo Owners                                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | TOVALOP Standing Agreement                                                                                                                                       | TOVALOP Supplement                                                                                                                                                             | CLC, 1969                                                                                                                 | CRISTAL                                                                                                                                                                                         | Fund Convention, 1971                                                                                                                                    |
|                       | Voluntary plan                                                                                                                                                   | Voluntary plan                                                                                                                                                                 | International convention                                                                                                  | Voluntary plan                                                                                                                                                                                  | International convention                                                                                                                                 |
| When does each apply? | When persistent oil threatens to escape or does escape from a participating tanker<br><br>Tanker is not required to be loaded with cargo and no spill need occur | When persistent oil threatens to escape or does escape from a participating tanker<br><br>Tanker must be loaded with CRISTAL-owned cargo although no spill of cargo need occur | When persistent oil escapes from a laden tanker<br><br>No liability if tanker is unladen or if no oil is actually spilled | When persistent oil threatens to escape or does escape from a tanker<br><br>Tanker must be loaded with CRISTAL-owned cargo and compensation paid by tanker owner up to TOVALOP Supplement limit | When persistent oil escapes from a laden tanker<br><br>No liability if tanker is unladen or if no oil is actually spilled. Ownership of cargo irrelevant |
| Where can each apply? | Only when CLC, 1969 does not apply                                                                                                                               | Worldwide                                                                                                                                                                      | In States party to CLC, 1969                                                                                              | Worldwide                                                                                                                                                                                       | In States party to CLC, 1969 and Fund Convention, 1971                                                                                                   |
| Limits of Liability   | US\$160 per limitation ton up to maximum of US\$16.8 million                                                                                                     | US\$3.5 million for tankers up to 5,000 gross tons, rising to maximum of US\$70 million                                                                                        | US\$181 per limitation ton up to maximum of US\$19.1 million (see note 1)                                                 | US\$36 million for tankers up to 5,000 gross tons, rising to maximum of US\$135 million, including compensation paid by tanker owner                                                            | Total made up to US\$81.8 million, including any compensation paid by tanker owner under CLC, 1969 (see note 1)                                          |

Footnote 1: The limits of liability under the CLC, 1969 and Fund Convention, 1971 are based on specified units of account the US\$ equivalents of which vary depending upon exchange rates. Those shown above have been converted, to the nearest round figure, at the rate of conversion applying as at 1st June, 1988 (SDR = US\$1.364)

## Sources :

Annexe 1 : Fonds international d'indemnisation pour les dommages dus à la pollution par les hydrocarbures  
Rapport de l'année civile 1988.

Annexe 2 et 3 : Yearbook 1989-1990 - Annuaire du Comité Maritime International.

Annexe 5 et 6 : The International Tanker Owners Pollution Federation Limited and Cristal Limited

# ACCORD AXA

## PRÉSENTATION

**L**es compagnies d'assurance ont été traditionnellement novatrices en matière sociale. La notion de participation aux bénéfices vient des assurances et d'une politique audacieuse à l'égard de leur personnel. C'est un assureur, conseiller d'Etat de Napoléon III, Charles Robert, qui, à la fin du Second Empire, construira, à partir de cette pratique, le concept social général de « participation » dont on connaît la fortune.

Le premier semestre de l'année 1990 aura vu deux des plus grandes compagnies d'assurance conclure avec les représentants de leurs personnels des accords novateurs : le GAN a signé, en avril dernier, un **Accord Emploi-Formation-Mobilité**<sup>1</sup> et AXA Assurances, en juillet, un **Accord sur l'Exercice du Droit Syndical**.

L'accord AXA a ceci de caractéristique qu'il s'agit d'un accord global portant sur la fonction des syndicats dans l'entreprise. Ses quatre chapitres traitent successivement :

- du fonctionnement des institutions représentatives,
- des négociations d'entreprise,
- des représentants du personnel et de la section syndicale,
- de la participation de l'entreprise au financement des organisations syndicales.

Chaque chapitre apporte son innovation : le premier propose de porter à deux ans le mandat des délégués du personnel et rééquilibre le nombre de participants employeurs et salariés dans les commissions du comité d'entreprise afin d'y assurer un travail plus efficace, le second crée une procédure doublant l'obligation légale de négocier par une « obligation d'aboutir », le troisième améliore la carrière des représentants syndicaux en leur offrant des moyens nouveaux de formation et des garanties de carrière, le quatrième, enfin, pour renforcer les syndicats, crée le « chèque syndical » anonyme, que chaque salarié pourra ou non remettre au syndicat de son choix à charge dès lors pour Axa d'en fournir l'équivalent monétaire.

L'accord, signé par la CFDT, la CFTC et la CFE CGC, est expérimental. Il a été conclu pour une durée de trois ans et concerne, dans un premier temps, 5000 salariés d'AXA Assurances. Il représente pour AXA un investissement un peu supérieur à deux millions de francs.

Claude Bébéar, président d'AXA, en a lui-même précisé la finalité générale, « Nous avons toujours considéré que le progrès social devait accompagner le progrès économique », et la motivation spécifique : « Nous sommes en train de mener une réorganisation profonde et radicale de notre groupe... Comment imaginer un tel brassage d'hommes, une délocalisation aussi importante, une redistribution, sans consensus, sans dialogue et sans coopération. » Et il a par ailleurs réaffirmé la nécessité pour l'entreprise « d'avoir des syndicats forts et représentatifs ».

Les réactions syndicales ont évidemment été très différentes selon qu'elles provenaient d'organisations signataires ou non. L'accent a surtout été mis sur l'aspect de la convention concernant la participation de l'entreprise au financement des organisations syndicales : la mise en place du « bon de financement d'intérêt collectif ». Quand Jean Kaspar, secrétaire général de la CFDT, y voit la possibilité d'une nouvelle forme d'adhésion au syndicat, Louis Viannet de la CGT, non signataire, objecte que « le renforcement des syndicats ne passe pas par les chèques, mais par l'arrêt de la

1. Dont Risques traitera dans son prochain numéro.

répression qui chaque année met 10 000 délégués hors des entreprises », et que le chèque syndical « conduit tout droit à la possibilité de ficher le personnel ».

Marc Blondel, secrétaire général de FO, non signataire, en exprimant avec force son hostilité à l'accord en a fait ressortir le caractère « révolutionnaire » : « On est en train, dit-il, de faire du syndicat une institution financée par les employeurs ». Il voit dans le chèque syndical une disposition qui fera perdre aux syndicats leur indépendance et menacerait donc de les « détruire ». Le mouvement syndical serait ainsi transformé en une « nébuleuse institutionnalisée au détriment des salariés et de leurs convictions. Nous sommes dans une société où l'argent est roi. On va perdre notre âme pour ça ? Qu'est-ce qu'un syndicat ? Par définition, c'est un instrument qui doit contrebalancer l'autorité de l'employeur. On remet en cause l'indépendance du mouvement syndical, d'autant plus que c'est en disant : eh bien on va vous aider. » On le voit, le problème posé par l'accord Axa est celui du statut du syndicat dans l'entreprise : s'agit-il d'un partenaire ou d'un contre-pouvoir ? Doit-il devenir une sorte d'organe de l'entreprise ou rester un instrument de lutte des travailleurs contre l'employeur ?

Mais l'enjeu de l'accord AXA n'est pas seulement dans la définition d'un nouveau syndicalisme, mais aussi dans une certaine définition de l'entreprise intégrant la représentation du personnel comme une de ses fonctions organiques. Ce sont ces deux aspects d'un accord, que la presse a généralement qualifié de « révolutionnaire », que **Risques** a voulu dégager en demandant leurs commentaires à Gérard Lobjeois, Président du Syndicat des Personnels de l'Assurance CFDT, membre du Conseil National des Assurances et à Antoine Lyon-Caen, Professeur de Droit Social à l'Université de Paris X ■



# UNE NOUVELLE DONNE SYNDICALE

■ **Votre organisation, la CFDT, est signataire de l'Accord AXA de juin dernier. Globalement qu'est-ce qui vous a convaincu de l'intérêt de s'engager sur un document de cet ordre ?**

**I**ncontestablement son caractère novateur, tellement novateur même que certains de ses concepts peuvent paraître se situer aux limites du Code du Travail. Cette démarche n'était pas sans risque, j'en conviens. Mais pour la CFDT, elle a été acceptée comme telle, à tous les échelons : de la section d'entreprise à la Confédération avec de stimulants débats internes. Nous pourrions revenir sur quelques aspects particuliers de l'accord, mais ce qu'il faut d'abord relever c'est qu'il fait passer la reconnaissance du syndicat dans l'entreprise d'une sorte de pétition de principe à des conditions physiques et matérielles d'accomplissement de sa mission. La loi du 27 décembre 1968, qui créait la section syndicale d'entreprise et lui assignait une vocation de dialogue social, a longtemps relevé d'une sorte de droit pétitionnaire. Cet état de fait s'est même prolongé après les lois Auroux. Pour le monde patronal tout cela traduisait une sorte d'intrusion, mal vécue et mal tolérée. Ici, nous voyons se concrétiser une reconnaissance de la fonction sociale du syndicat dans l'entreprise, de façon consensuelle. Cette innovation vient à son heure.

La crise des idéologies, fille de la crise tout court, a eu deux conséquences pour le syndicalisme français. La première, négative : elle a réduit sa représentativité et accru le sentiment général de sa moindre utilité. A cela diverses raisons : la réduction de la croissance qui réduisait aussi le champ de négociation contractuelle, les idéologies frappées de précarité dans leur capacité à construire un modèle social alternatif chez nous et beaucoup plus encore dans le monde communiste. N'épiloguons pas. Mais la crise a eu aussi une conséquence positive pour le syndicalisme : l'excès de son rejet a renouvelé les termes de son utilité, surtout au moment où une large part de la négociation sociale se déportait vers le champ de l'entreprise. Bref nous sommes face à l'exigence d'un « challenge » : construire un syndicalisme nouveau qui nous fait passer de la « lutte des classes à la gestion des conflits », dans une période où l'internationalisation de l'économie comme les effets des technologies vont continuer à poser des problèmes de mutation et d'adaptation gigantesques pour le monde du travail. L'accord AXA est pour nous un accord expérimental dans cette recherche qui nous mène au syndicalisme du XXI<sup>e</sup> siècle. J'ajouterai que c'est aussi un accord qui nous ramène opportunément vers les réalités de l'entreprise par plusieurs des mécanismes

\* *Président du Syndicat des personnels de l'assurance CFDT, membre du Conseil National des Assurances.*

qu'il met en place : du fonctionnement des institutions représentatives du personnel au « chèque syndical ». Car nous vivons un paradoxe curieux. Après 1981, le syndicalisme en était arrivé au plus large espace public qu'il ait connu : ses organisations participent à la gestion du chômage, des régimes de retraites, de l'assurance maladie ; elles participent à de multiples structures de la politique de l'emploi ou de la formation ; elles sont représentées es-qualité dans d'innombrables institutions ou organismes publics, du Conseil économique et social aux CESR, et bien d'autres encore.... Dans le même temps nous étions menacés de perdre ce qui le légitimait : une base d'adhérents et militants participant à l'évolution dynamique du tissu économique et social, dans les entreprises en premier lieu.

■ **On trouve dans l'accord AXA la reconnaissance de la carrière syndicale. Pour vous, je suppose que c'est un grand pas ?**

C'est un grand pas pour tous, et pas exclusivement du point de vue de quelques syndicats salariés. Un engagement syndical ne doit être, ni un accélérateur de promotion, ni un handicap d'évolution professionnelle. Il répond à une fonction d'entreprise qui doit être assumée avec compétence. L'intérêt même de l'entreprise commande la compétence du syndicalisme. Sans cet atout comment pourra-t-elle relever efficacement tous les défis que sa croissance, l'ouverture et la modification des marchés, les évolutions d'emploi, la résistance à la concurrence... lui posent aujourd'hui ? Une entreprise dynamique ne peut plus faire l'impasse d'un syndicalisme dont la compétence s'étend désormais à l'ensemble du champ économique et social. Or le monde patronal n'a pas toujours très bien compris l'extraordinaire école, à la fois autodidactique et collective, que pouvait être l'engagement syndical par le champ de responsabilités qu'il ouvre à beaucoup de salariés et l'exigence qu'il leur fait d'avoir une vision la plus large possible des dossiers à traiter, afin d'être crédibles face à leurs interlocuteurs. Les garanties de carrière plus équitables que pose l'accord AXA sont sans doute une mesure de justice pour les militants syndicaux concernés. Elles sont aussi un atout nouveau pour l'entreprise qui les consent.

■ **Il y a dans cet accord un élément qui va stimuler la vie syndicale, c'est ce qu'on appelle désormais le « chèque syndical ». Ne vous place-t-il pas sur un véritable « marché du social » où il va vous falloir vis-à-vis de l'utilisateur défendre la qualité et l'efficacité du service syndical rendu ?**

C'est une novation intéressante qu'il faut juger, avec ses avantages et ses risques. Elle donne des moyens matériels aux organisations et, ne nous tournons pas autour du pot, celles-ci en ont besoin en termes d'efficacité. Elle peut être aussi un accélérateur de compétence par cette notion de service syndical que vous évoquez, et qui est en elle-même stimulante et positive. Pour autant cette novation présente des dangers qu'on ne peut pas ignorer. Il ne faudrait pas que ce mode de financement facilité concoure à neutraliser l'adhésion volontaire, avec tout ce

que cette dernière implique d'engagement moral et éthique pour une forme de vision sociale. Or le syndicalisme joue son âme sur cette qualité d'adhésion. Deuxième danger : il ne faudrait pas que la perception de ces « chèques » favorise une vie syndicale, plus démagogique ou plus prompte aux surenchères, par volonté ou nécessité exclusives de capter des concours financiers erratiques et instables. Le mieux serait alors l'ennemi du bien. Dans cet accord expérimental, c'est là une expérimentation, vous l'imaginez bien, aux effets de laquelle nous serons particulièrement attentifs.

■ **Un autre aspect intéressant de l'accord AXA est ce rôle de médiateur qu'il instaure ou qu'il renouvelle pour favoriser l'obligation de résultat des négociations. N'y voyez-vous pas cependant un élément d'abandon des prérogatives syndicales ?**

J'y vois plutôt un élément de progression des conceptions patronales. A la CFDT, nous retrouvons ce concept de médiation dans les racines de notre culture syndicale. Nous avons aussi toujours été intéressés par ce qui se faisait dans ce domaine de façon très efficace, en Allemagne ou en Scandinavie. Dans ces pays, la médiation préalable à la grève, a plutôt contribué à renforcer la gravité et la force du moyen de pression que constitue cette dernière. Sans perfidie, j'ajouterai que des centrales syndicales qui n'avaient pas la même approche que nous de la médiation, en viennent à la réclamer aujourd'hui dans des conflits qui s'enlisent, comme ceux de l'Assurance maladie ! Pour autant je ne suis pas sûr que ce ne soit pas le CNPF l'organisation la plus inquiète de cette évolution. Je me demande en effet si le monde patronal ne perçoit pas là un redoutable précédent sur l'intégrité de son système d'autorité dans les négociations sociales. L'avenir répondra....

■ **Vous faisiez allusion à l'intérêt porté par votre centrale à certaines expériences syndicales étrangères. L'accord dont nous parlons n'est-il pas un premier pas français vers une sorte de culture syndicale européenne ? Et si cela est, faut-il le reconnaître comme un élément concret de cet espace social européen dont on parle, mais qui demeure encore bien vague dans son contenu ?**

Je vous donne une réaction à chaud. L'accord a été signé avant les vacances d'été. Il a eu un certain écho dans d'autres pays de la Communauté. A Bruxelles j'ai recueilli auprès de camarades syndicalistes allemands ou anglais des commentaires intéressés et plutôt favorables. Les commentaires étaient plus réservés de la part d'amis italiens et surtout espagnols dont les traditions syndicales intègrent encore une culture à fondements plus idéologiques. Mais ce sont là des opinions qui doivent être vérifiées dans le temps. Ce qui est important, c'est de comprendre qu'au moment où le monde de l'assurance française entre dans sa dimension européenne, il ne pourra pas se passer d'une réflexion de fond sur ses structures sociales, et cela dans la perspective d'une harmonisation qui concernera autant la législation du travail que la pratique sociale des entreprises. Que serait notre métier demain, surtout dans les vingt ou vingt-cinq plus grandes sociétés de la

Communauté si tout se jouait en termes de croissance externe, d'OPA, de fusions...? A la CFDT, nous ne nous aveuglons pas sur le caractère incontournable de certaines restructurations. Mais nous avons la certitude que si celles-ci en restent au niveau des stratégies financières, elles iront à l'échec. L'enjeu est de créer des groupes d'assurance, européens par la taille, mais dont la culture, l'identité sociale, les réalités humaines auront été abordées de façon à conforter les termes de leurs performances. Nous devons donc déjà avoir dans la négociation de certains accords nationaux, une sorte d'obsession prospective de l'Europe, en termes d'harmonisation sociale et de pratique syndicale. Comme responsable syndical d'un groupe d'assurance, les AGF, je mettrais, je ne vous le cache pas, toute mon énergie à faire que mon entreprise avec ses filiales étrangères, sache un jour donner corps elle-même à l'idée d'un groupe social européen. Et disant cela j'ai la certitude de servir l'entreprise, les hommes et les femmes dont l'avenir est aussi conditionné par sa prospérité. Et puis, vous verrez, nous en viendrons ensuite très vite à la pratique des conventions collectives communautaires....

■ **Il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour réaliser cette harmonisation...**

Oui, et il faudra forcer l'allure. Peut-être n'allons nous pas assez vite. Je vais vous faire une confidence. Dans l'accord AXA, vous avez pu lire que la durée des mandats syndicaux dans les institutions représentatives du personnel (délégués du personnel) serait portée à deux ans, dès que la réglementation française le permettrait. Dans la rédaction originale, nous étions prêts à introduire l'application immédiate de cette durée de mandat au comité d'entreprises avec la volonté de nous rapprocher des normes européennes qui sont en moyenne de quatre ans. C'est le Ministère qui nous a demandé de surseoir pour ne pas trop bousculer la législation française existante. Qui peut contester pourtant la nécessité de cette sorte d'évolution ? L'efficacité que nous constatons dans d'autres pays de la Communauté le prouve. Et puis croyez-vous qu'en termes de mandat social, on puisse bien gérer les choses quand on se trouve soumis à des réélections permanentes et annuelles ? Qu'en pensent tous les élus politiques de France, à la tête de mairies, de conseils généraux ou régionaux.....?

■ **L'accord AXA est aussi, convenez-en, un remarquable coup médiatique. Vous ne pouvez nier que l'entreprise AXA l'a capitalisé en termes de communication. Elle s'est faite une image plus sociale. N'avez-vous pas le sentiment que les syndicats ont, en l'occurrence, travaillé un peu pour le Roi de Prusse, ou si vous préférez pour Claude BEBEAR ?**

Nous sommes moins naïfs que votre question le laisse supposer. En cette matière, il y a le court et le moyen termes. D'évidence Claude BEBEAR avait un certain nombre de problèmes internes à régler dans son groupe, après la forte croissance

externe qu'il avait voulue et, disons-le, les déconvenues américaines qu'il a connues. Mais pour moi ce qui compte, c'est que cette image l'engage. AXA, avec les restructurations vécues ces dernières années, demeure un grand chantier social. Eh bien nous allons voir comment son président recherchera, avec ses interlocuteurs sociaux, des solutions innovantes aux problèmes existants. Les uns et les autres disposant de l'outil nouveau que constitue l'accord signé. Un « coup » social très médiatique mais sans lendemain serait pour le président d'AXA bien plus coûteux que ce que lui rapporte l'impact du présent accord. Mais je ne m'entendrai pas à cette réponse qui pourrait prendre l'apparence d'un petit défi polémique. L'enjeu est autrement plus grave. Il n'y a pas que le groupe AXA qui soit un chantier social ; telle est la situation de tout l'assurance française. On y vit dans la quiétude d'une conjoncture financière qui a façonné des bénéfices faciles ces dernières années, qui a permis d'échapper à des crises sociales graves non épargnées à d'autres secteurs d'activité, évité de s'interroger sur les difficultés de certaines branches d'activités par rapport à d'autres, dispensé de s'appesantir sur la structure réelle des résultats d'exploitation. Demain ne sera certainement pas fait des mêmes facilités qu'hier. L'intrusion des technologies, l'évolution vers le service client, les conséquences sur les réalités des réseaux de distribution existants, le mixage avec d'autres métiers financiers, vont commander des adaptations d'une ampleur considérable. Or aucune conversion économique, et l'assurance est en passe d'en affronter une très importante, ne peut être menée à bonne fin sans un syndicalisme solide, compétent et responsable. L'accord AXA est l'un de ces accords qui concourent à ce que le syndicalisme puisse tenir avec plus d'atouts cette mission à la fois difficile mais indispensable. En tant que tel il n'est pas une fin, mais un commencement. Pensez simplement, dans les limites prospectives que j'évoquais, à tout ce qu'il va nous falloir imaginer et mettre en place en termes de formation qualifiante pour régler les problèmes d'adaptation d'emplois auxquels nous allons être confrontés. N'oublions jamais que nous travaillons dans un secteur, qui a pratiqué de l'embauche taylorienne à l'heure de la grande croissance du tertiaire et qu'il faut aujourd'hui amener avec les réalités humaines qui sont les siennes aux frontières d'une économie internationalisée et technologisée. Mais certains indicateurs ne me laissent pas trop pessimiste : je pense aussi à l'accord formation qui vient d'être conclu au GAN.

■ **La réussite de ces accords d'entreprises, ne rendent-ils pas malheureux le responsable syndical de secteur que vous êtes sur l'absence d'accord au niveau professionnel ?**

Vous dire le contraire serait vous mentir, dans un contexte où la renégociation de la convention collective de branche s'éternise, face à des interlocuteurs que je ressens parfois comme des employeurs fermés. Mais je suis aussi un pragmatique. Tôt ou tard, la marche en avant dans telle ou telle entreprise rejaillit au niveau professionnel. Tout au plus faut-il le temps de gérer les écarts économiques

sensibles qui marquent la profession d'une entreprise à une autre.... Cela dit, je constate qu'il existe une nouvelle génération de chefs d'entreprise pour laquelle le concept de l'entreprise prime sur celui de la profession. J'en prends acte. Corrélativement, la stratégie de ces responsables les porte à la constitution de groupes internationaux, à tout le moins européens. Quelques uns commencent à comprendre que leurs projets ne peuvent pas se réduire à la prédation financière, à la seule satisfaction d'un instinct de puissance. Ils sentent que leur réussite dans la durée ne se consolidera pas sans un accomplissement social. Il faut aussi faire bouger la profession avec les avancées que ces quelques « francs-tireurs » sont amenés à devoir admettre, que ce soit par réalisme ou, pourquoi pas, ne doutons pas de la nature humaine par inclination. L'important, en définitive, est que le syndicalisme dans un univers professionnel qui va connaître des défis d'adaptation considérables joue son rôle de régulateur social. Et cela pour les dizaines de milliers d'hommes et de femmes concernés qui ont fait les entreprises d'assurance d'aujourd'hui et dont on ne doit pas douter que, bien préparés à un horizon nouveau, ils assumeront leur expansion et donc leur pérennité longtemps encore ■

*Entretien réalisé par Claude Beaufort*



# Un nouveau modèle de relations PROFESSIONNELLES?

**J**E ME PROPOSE D'ABORD DE LIRE LE TEXTE DE L'ACCORD AXA, AFIN D'EN DÉGAGER LES PRINCIPALES DISPOSITIONS, PUIS D'EN PROPOSER UNE ANALYSE DES ASPECTS LES PLUS NOVATEURS, POUR LE REPLACER ENFIN DANS LE CONTEXTE DE L'ÉVOLUTION DU DROIT DU TRAVAIL.

## ■ I - LE TEXTE

Quatre séries de dispositions retiennent l'attention. Elles correspondent aux différents chapitres de l'accord.

1. Les premières ont trait au fonctionnement des *institutions représentatives* du personnel. Trois points peuvent être relevés : l'augmentation de la durée du mandat des délégués du personnel portée à deux ans (article 2.2), l'accent mis sur la nécessité d'un accord avec les représentants élus du personnel (article 2.4), la modification de la composition des commissions du comité d'entreprise afin de dépasser le paritarisme juridique vers une sorte de paritarisme quantitatif et faire que l'employeur soit plus largement représenté ou que l'entreprise le soit.

2. Le chapitre qui traite de la *négociation* est beaucoup plus substantiel. Il instaure une étape d'information préalable du personnel (article 3.3) et institutionnalise une sorte de période de consultation du personnel selon des modalités qui seront probablement précisées par la pratique et comportant une esquisse de clause de paix sociale. Cela témoigne du souci d'inviter les organisations représentatives du personnel, les syndicats, à faire circuler des questionnaires.

Le deuxième point concerne le processus temporel de la négociation et renforce l'obligation de négocier : l'article 3.2. double l'obligation de négocier non pas exactement d'une obligation de conclure, mais d'une « nécessité d'aboutir ». L'article 3.5. donne son sens à l'expression.

Un troisième point - l'un des plus importants - dispose que l'accord ne peut entrer en vigueur qu'à condition qu'il soit signé par des syndicats représentant plus de la moitié des voix lors des dernières élections professionnelles, les élections au comité d'entreprise étant retenues (article 3.4). C'est la consécration de l'idée de représentativité majoritaire, jusqu'alors absente du système juridique français.

\* Professeur à l'Université de Paris X-Nanterre (IRERP UA CNRS n° 701)



L'accord est signé pour une durée de 2 ans. Enfin, point essentiel, si l'on ne parvient pas à un accord, l'article 3. 5. prévoit un mécanisme d'arbitrage obligatoire, au double sens du terme. L'arbitrage s'impose aux parties et la décision prise par l'arbitre, appelé en l'occurrence « expert », sans doute pour échapper au souvenir de l'arbitrage obligatoire.

3. Le troisième volet a trait aux *fonctions des représentants*. Il est envisagé de renforcer leur droit à la formation (article 4. 2.). Une série de dispositions s'efforce de leur donner des garanties de carrières (articles 4.4, 4.5, 4.6.). L'article 4.8 enfin instaure la globalisation des crédits d'heures et adjoint aux crédits d'heures légaux des crédits d'heures dont le ou les titulaires sont les organisations syndicales, qui peuvent ensuite les répartir entre leurs mandataires. Ceci est particulièrement novateur et ne manquera pas de retenir l'attention.

4. Le quatrième volet de l'accord, sur lequel le projecteur a été d'abord orienté, s'intitule : « *Participation au financement des organisations syndicales* ». Il s'agit de créer un bon anonyme de financement des syndicats. Le mécanisme prévoit la remise à chaque salarié d'un bon correspondant à quatre heures de rémunération de la catégorie à laquelle il appartient. Le salarié peut remettre le bon à une organisation syndicale de son choix, avec cette réserve, qu'il ne peut la remettre qu'à une organisation syndicale qui a un élu titulaire ou suppléant, délégué du personnel ou membre du comité d'entreprise. Dans ce cas, elle obtiendra de la direction le versement de la somme correspondante. Si le bon n'est pas remis, il est perdu.

## ■ II - ANALYSE

L'accord AXA appelle les commentaires suivants :

### 1. **Légalité et illégalité de l'accord AXA.**

Un premier commentaire concerne plus proprement le milieu des juristes. Cet accord contient en effet nombre de clauses qui méconnaissent les dispositions légales. C'est un accord dérogatoire dont plusieurs dispositions s'écarteront de la loi là où la loi ne permet pas de dérogation. Quelques exemples parmi d'autres : la jurisprudence condamne la globalisation des crédits d'heures. Le crédit d'heure est attribué à chaque représentant sans qu'on puisse le mettre dans un pot commun que les syndicats ou les élus pourraient ensuite se répartir. Deuxième exemple : la règle de la représentativité majoritaire créée par ce texte est aux antipodes de la formule de base du système français qui permet à tout syndicat représentatif, serait-il « minoritaire », de conclure valablement un accord collectif qui s'impose à tout le monde. Un troisième exemple : l'élévation à deux ans de la durée du mandat des délégués du personnel. Un quatrième : l'accord est signé pour deux ans. Cela pose un problème dans la mesure où il porte sur des matières qui, d'après la loi, doivent faire l'objet d'une négociation obligatoire annuelle. Quelle est la validité d'une clause de ce type qui transforme l'obligation annuelle en une sorte d'obligation bi-annuelle de négocier ?

Puisqu'il s'agit d'un accord qui s'écarte délibérément de la loi, on peut se demander si une organisation syndicale signataire ou non (je pense surtout à celles qui ne sont pas signataires) prendra l'initiative de le dénoncer en justice. L'accord, en précisant qu'il est global et que ses clauses sont indivisibles, prend certaines précautions à l'égard des organisations syndicales signataires, qui ne prendront sans doute pas le risque de le critiquer en justice. On notera par ailleurs qu'une des innovations les plus importantes de l'accord, l'instauration de la règle de la représentativité majoritaire, fait partie des revendications les plus anciennes de la CGT qui n'est pas signataire de l'accord. Depuis toujours, en effet, la CGT réclame que l'on abandonne la règle selon laquelle un accord engage l'ensemble des salariés, lors même qu'il est signé par un syndicat minoritaire, quoique représentatif au plan national. Voilà qui peut tempérer les éventuelles critiques de la CGT.

## **2. Vers une fusion des deux formes de représentation dans l'entreprise ?**

L'accord AXA est encore exemplaire dans la mesure où il prétend traiter de l'ensemble des structures des relations professionnelles dans une entreprise. C'est assez rare. C'est un accord qui exprime une conception globale des relations professionnelles.

Il essaye d'instaurer de la co-détermination<sup>1</sup>. Dans certains domaines, la décision unilatérale de l'employeur ne sera plus possible. C'est un effet du mécanisme d'arbitrage obligatoire prévu à l'article 3.5. Mais, ce faisant, on ne voit plus très bien comment coexisteront les deux canaux du syndicat et du comité d'entreprise, typiques du système français. Les mêmes attributions, les mêmes pouvoirs se trouvent pratiquement reconnus au comité d'entreprise et au syndicat. Si, formellement, les deux institutions continueront d'exister, on ne voit pas que, par exemple sur la durée du travail, deux réelles discussions puissent avoir lieu, l'une avec le comité d'entreprise, l'autre avec les syndicats. Voilà qui peut annoncer à longue échéance la fin de la distinction, consacrée par la loi française, entre le comité d'entreprise et les organisations syndicales.

L'idée de simplifier la représentation du personnel dans l'entreprise n'est pas nouvelle. Elle correspond à une série d'initiatives comme le « conseil d'entreprise », institution unique de représentation proposée par le Centre des Jeunes Dirigeants et appliquée, semble-t-il, dans certaines entreprises. Au profit de quelle institution, syndicale ou élue, se ferait la fusion? C'est ce qu'il est difficile de dire : soit l'élection pénétrera le monde syndical, soit ce que le syndicalisme comportait de militantisme gratuit, de processus de légitimation autres que des processus électifs, sera chassé, faisant perdre au syndicat sa substance historique. Bref, certains là verront la mort d'une certaine forme de syndicalisme.

## **3. L'économique et le social.**

Ce texte marque avec la plus grande netteté que l'avenir du syndicalisme dans

1. *Système, en vigueur en Allemagne fédérale, selon lequel les principales conditions de travail et d'emploi relèvent d'un paritarisme obligatoire.*

l'entreprise intéresse la direction. Pendant longtemps la thèse dominante des commentateurs et du monde syndical a été : l'employeur n'a pas à se mêler du fonctionnement du syndicat. Ses pouvoirs, le processus de négociation sont sa chose. Si le syndicat a besoin de moyens, c'est à la loi de les lui donner. D'où la floraison de la législation promotionnelle du syndicat depuis 1945 et surtout depuis 1982. La direction d'AXA témoigne par ce document que l'avenir des syndicats dans l'entreprise mérite son attention. Cette attitude n'est pas nouvelle dans le discours patronal, mais, ici, il s'agit d'actes.

#### 4. Stratégies de la négociation.

L'équilibrage des participants aux commissions du comité d'entreprise correspond au souci de leur donner consistance et d'en faire des réels lieux d'études et de préparation de la négociation collective. C'est sortir d'une autre logique, assez fréquente : la logique d'information. Que font traditionnellement ces commissions ? Elles convoquent le président ou le directeur de l'entreprise et lui demandent d'indiquer ce qu'il en est sur tel et tel point sans qu'il y ait une préparation commune des décisions. L'accord AXA vise à rompre avec cette logique.

Cela soulève un problème : à quelles conditions négocie-t-on efficacement ? On soutient aujourd'hui assez généralement que mieux les syndicats seront informés, plus ils auront travaillé sur le thème de la négociation, mieux ils négocieront. Il y a toute une expérience contraire : le syndicat négociera d'autant plus efficacement qu'il sera ignorant. C'est la vision traditionnelle. Elle revient à dire : « Nous n'avons pas à connaître vos problèmes ».

Si, par exemple dans une négociation portant sur le montant des salaires, les syndicats se prêtent à une analyse détaillée de la structure du bilan ou de la stratégie de constitution des provisions, ils entrent dans une logique que l'entreprise contrôle, logique de survie ou de développement qui ne manquera pas de les convaincre. Aussi certains syndicalistes soutiennent-ils que le syndicaliste n'a pas à vouloir entrer dans ce type d'études. S'il veut obtenir une augmentation décente de salaire, il doit éviter d'entrer dans une pareille logique.

#### 5. Une nouvelle forme d'adhésion syndicale.

L'intitulé du chapitre V : « Participation au financement des organisations syndicales », est ambigu ou discutable parce que, pour une des grandes organisations syndicales qui est à l'origine de l'accord, la CFDT, il s'agit moins d'instaurer un mode de financement du syndicat que d'essayer de mettre sur pied un nouveau mode de relations entre les salariés et l'organisation syndicale. Le titre retenu met l'accent sur le rapport financier entre l'entreprise et le syndicat via le salarié ou bien les salariés ; d'autres prétendront qu'il s'agit plutôt de faire apparaître une nouvelle forme d'adhésion au syndicat.

Lorsque, dans son congrès de 1986, la CFDT a parlé du chèque syndical, elle y voyait un moyen d'introduire une nouvelle forme d'adhésion syndicale. La cotisation, qui est en France une pratique rare, n'en a jamais été un indicateur très fiable. Il fallait donc trouver un dispositif qui noue des liens entre un salarié et

l'organisation syndicale. Dans le syndicalisme français traditionnel, la participation à la grève marquait l'adhésion à l'action syndicale, ce qui ne se traduit ni par un document ni par un transfert de fonds. Avec le chèque syndical, on essaye quelque chose qui est à mi-chemin entre la cotisation et les formes militantes d'adhésion. L'entreprise fournit au salarié le moyen de manifester son attachement à une organisation syndicale sans qu'il n'ait rien à déboursier. On pourrait parler d'un « bon de confiance » porté par un support financier. On aurait pu imaginer d'autres formules ou faire en sorte que cette somme soit toujours utilisée. Ce qui n'est pas le cas puisque si le salarié ne remet pas le bon, l'entreprise n'a rien à verser. En tout cas, on essaie de sortir de ce qui a été dénoncé comme la forme la pire de la coupure entre le syndicat et la base, en ne jouant pas sur le mécanisme électif. L'élection a l'inconvénient majeur d'être globalisée, si bien que le syndicat, en présence du résultat, ne connaît que le pourcentage des salariés qui ont voté en sa faveur. Le chèque syndical demande une initiative du salarié.

#### **6. Obligation de négocier, obligation de conclure.**

Y a-t-il une véritable obligation de négocier sans obligation de conclure ? L'accord AXA crée un mécanisme juridique pour le cas où la négociation n'aboutirait pas : il instaure une procédure d'arbitrage obligatoire. Cela lui donne un caractère profondément novateur.

Est-ce que l'effectivité de l'obligation de négocier passe par une obligation de conclure ? Certains le prétendront. D'autres diront qu'une véritable obligation de négocier n'impose que la loyauté dans la négociation : veiller à ce que l'employeur mette à plat ses propositions, les explicite, réponde aux objections syndicales et ne se borne pas à dire : « C'est à prendre ou à laisser. »

#### **7. Les implications de la règle de la représentation majoritaire.**

La représentation majoritaire peut tout bouleverser. On peut mesurer l'innovation sous trois aspects :

- Il y a d'abord les effets sur le syndicalisme. La situation d'AXA, où coexistent une pluralité de syndicats dont aucun a la majorité des voix lors des élections, n'est pas particulière. C'est une tendance générale depuis que la CGT a perdu la majorité dans la plupart des entreprises où elle l'avait. Le pluralisme syndical réel, et non seulement juridique, s'est généralisé dans les grandes entreprises françaises.

La règle de la représentativité majoritaire, qui rend nécessaire des alliances syndicales, conduira à la recomposition du paysage syndical. Aucun syndicat ne pourra plus à lui seul ni bloquer, ni engager, alors qu'aujourd'hui un syndicat peut à lui seul engager. C'est un coup porté au syndicalisme de type FO ou CFTC, organisations syndicales considérées comme représentatives dans l'entreprise parce qu'elles le sont au niveau national (règle de la représentativité par affiliation) alors qu'elles n'ont qu'une très faible implantation dans beaucoup d'entreprises. On comprend que certaines organisations syndicales audacieuses prennent le risque de telles règles, quand d'autres les voient avec beaucoup plus de réticence.

• Deuxième aspect : la règle de représentation majoritaire conduira à des stratégies de négociation très différentes. Pour schématiser les pratiques de négociation en France, on a longtemps utilisé la formule suivante : on négocie avec certains syndicats et on conclut avec d'autres. Les règles sur la représentativité permettaient des jeux très curieux : on négociait avec les syndicats les plus représentatifs qui testaient la position du personnel et si les syndicats estimaient que la direction n'allait pas assez loin et refusaient de signer, la direction trouvait un syndicat légalement représentatif qui, pour montrer son importance politique dans l'entreprise, ne manquait pas de signer. C'était la répartition des rôles caractéristique du syndicalisme français. La règle de la représentation majoritaire disqualifie cette stratégie.

• Le troisième aspect concerne le mode d'appréciation de la représentativité majoritaire, c'est-à-dire l'intégration de l'élection dans la définition du pouvoir syndical. L'élection va devenir, plus encore qu'aujourd'hui, le moment clé où le syndicat définit son pouvoir de négocier. On entre dans une forme, déjà répandue, mais qui va s'accroître, de compétitivité électorale. Les syndicats devront être très vigoureux les uns à l'égard des autres pendant la campagne électorale alors qu'il leur faudra par la suite dégager des voies d'unité d'action.

La nouveauté de cette règle eu égard au droit français est claire. La représentativité majoritaire n'y avait qu'une place très limitée : elle existait à titre négatif avec le droit d'opposition des organisations syndicales représentatives majoritaires en présence d'un accord dérogatoire ou dans les domaines très limités concernant des accords de participation et les institutions de prévoyance dans l'entreprise, sous la forme de procédures, parfois facultatives, de référendum.

L'accord AXA se rapproche de la plupart des expériences étrangères. L'Espagne, où figurent une pluralité de syndicats et des institutions élues du personnel, a adopté un modèle où le pouvoir de négocier dans l'entreprise est donné au comité d'entreprise et non pas aux syndicats. En conséquence c'est une règle de représentativité majoritaire qui joue. Dans les modèles anglo-saxons ou américains, la représentativité majoritaire est la règle : le syndicat qui a obtenu lors d'un processus électif plus de 50 % des voix a le monopole de représentation du personnel. En Allemagne Fédérale, le pouvoir de négocier dans les entreprises appartient au conseil d'établissement, et non aux syndicats, et le conseil d'établissement fonctionne sur le mode majoritaire. L'accord AXA prolonge les grandes expériences étrangères.

La France constituait un pays très à part parce qu'il s'agissait de tempérer voire d'amoinir le pouvoir de la CGT. Permettre à la CFTC ou à FO, après la scission, de signer un accord applicable à l'ensemble des salariés était une règle anti-cégé

tiste. Voilà qu'on redécouvre la représentativité majoritaire au moment où la CGT n'a plus la même possibilité d'en faire une arme.

### ■ III - LE CONTEXTE

Je voudrais conclure en resituant cet accord par rapport aux lois Auroux, aux pratiques professionnelles et à l'Europe.

1. Cet accord couronne une certaine lecture des lois Auroux. Son préambule aurait pu figurer dans le rapport de 1981. On parle du dialogue social comme élément de la bonne marche de l'entreprise, des rapports entre la qualité des relations professionnelles et la réussite économique d'une entreprise. On est dans ce consensualisme dont on pouvait voir le germe dans les lois Auroux, même si ce n'était pas la seule lecture qu'on pouvait en faire.

Cet accord correspond à la culture moderniste de la haute administration française et des dirigeants des grandes entreprises qui en ont eu l'expérience, mais aussi bien à une tendance qui, pour n'être pas dominante, est cependant très forte au sein du mouvement syndical, à la CGC et à la CFDT en particulier. C'est une vision des relations professionnelles qui ne fait plus du conflit mais du dialogue son principe structurant. Elle rassemble probablement une bonne part des dirigeants d'entreprises, une forte minorité de syndicalistes et l'essentiel de la classe politique française.

2. Cet accord reste exceptionnel. Certaines dispositions se retrouvent dans quelques accords, jamais l'ensemble. Quelques accords traitent des institutions représentatives du personnel. Je n'en connais pas qui reprennent les dispositions de l'accord AXA concernant la négociation d'entreprise. Même si ce qui concerne ce dernier point est au moins aussi important, le chèque syndical donnera sa marque symbolique à la novation : voilà qu'une direction d'entreprise s'engage à contribuer à la naissance d'autres rapports entre les salariés et les syndicats avec l'intention affichée de redonner vigueur aux organisations syndicales.

Ce soutien patronal aux syndicats n'est pas sans comporter un danger mercantile. Les rapports entre le salarié et les syndicats vont se déplacer sur le terrain monétaire, terrain patronal naturel. Cela constitue une grande rupture avec la tradition syndicale française. En France, être militant ou sympathisant syndical n'était pas une question financière. On pouvait être sensible à une action syndicale sans cotiser ; on pouvait rejoindre l'action syndicale sans devenir membre du syndicat. L'accord AXA oblige le salarié à réfléchir à la contribution financière qu'il peut apporter au fonctionnement du syndicat. Voilà qui risque de perturber profondément ce qu'on pourrait appeler la culture syndicale française. On se faisait concurrence pour les élections, mais on ne se faisait pas concurrence pour capter de l'argent, sinon par la prise de contrôle du comité d'entreprise.

La formule du chèque syndical reste à mi-chemin entre la situation actuelle où rien n'invite un salarié à adhérer à un syndicat et la situation anglo-saxonne des années 60/70 où on donnait des avantages au salarié adhérent. En France, on n'ose pas

adopter cette solution qui heurterait le consensus négatif qui lie syndicats et employeurs. Le « bon anonyme » créé par l'accord AXA propose une troisième voie entre l'indifférence ou l'innocuité de l'affiliation syndicale et la fortification de ses effets. Jouer le renforcement des syndicats avec un pareil outil constitue un pari qui n'est pas gagné.

**3.** Le troisième élément concerne l'Europe. Cet accord témoigne de la prégnance du modèle germanique. Il va alimenter une discussion essentielle sur le point de savoir si l'organisation des relations professionnelles a une réelle incidence sur l'efficacité de l'entreprise et si l'organisation des relations professionnelles la plus performante n'est pas la codétermination. Le pays qui, par sa réussite économique et par son modèle de relations professionnelles, offre le terrain de probation le plus évident, est l'Allemagne Fédérale. La codétermination a contribué à l'efficacité économique des entreprises allemandes et les employeurs la défendent. Il est possible qu'AXA soit la première entreprise germanisée ■



# Accord sur l'exercice DU DROIT SYNDICAL

## I- PREAMBULE

### ■ Article 1. 1.

Les signataires conviennent que la qualité du dialogue social et l'amélioration des conditions de travail sont des éléments fondamentaux de la bonne marche de l'entreprise, indissociables de sa réussite économique.

Ce dialogue doit être privilégié dans les instances représentatives du personnel et avec les organisations syndicales.

### ■ Article 1. 2.

Afin d'améliorer le fonctionnement de ces institutions et la qualité des relations direction-syndicats, les signataires décident de mener une expérience de nouvelles relations sociales dans l'entreprise et d'en tirer ensemble les conséquences pour d'éventuelles modifications ou extensions.

### ■ Article 1. 3.

Les signataires précisent que le champ expérimental sera le GIE AXA ASSURANCES, et que la durée de cet accord sera de trois années à compter de sa signature.

En outre, les signataires conviennent d'établir chaque année, en commun, un bilan de l'application du présent accord.

### ■ Article 1. 4.

Les sujets traités dans cet accord, outre le préambule et les dispositions finales, s'articulent autour de quatre chapitres :

- fonctionnement des institutions
- négociations d'entreprise
- représentants du personnel et sections syndicales
- participation au financement des organisations syndicales.

### ■ Article 1. 5.

A défaut de nouvel accord à l'arrivée du terme, et sans dénonciation trois mois avant l'échéance, le présent accord continuera de produire ses effets comme un accord à durée indéterminée.

Cet accord résultant d'une concertation paritaire forme un tout indissociable ; il ne peut être mis en cause par l'un des signataires, que sous forme d'une nouvelle proposition tenant compte de  
• l'équilibre global • de l'accord.

## **II - LE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL**

### **■ Article 2. 1.**

Les signataires conviennent de ne pas modifier le système réglementaire en vigueur de désignation des représentants du personnel dans les différentes institutions et de maintenir l'application des dispositifs actuels pour le fonctionnement des délégués du personnel (DP) et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

### **■ Article 2. 2.**

Afin d'assurer une plus grande stabilité de fonctionnement et une meilleure efficacité des institutions, ils décident de porter la durée du mandat des élus à deux ans pour les délégués du personnel, dès que la réglementation le permettra.

La représentation de l'encadrement au CCE doit être assurée par, au moins, deux postes de titulaires et deux postes de suppléants. De plus, chaque comité d'établissement procédera à la désignation de ses délégués au CCE, au moyen d'un scrutin par collèges électoraux.

En outre, devra être mise en place une représentation des salariés et, en particulier, des cadres, au sein des Conseils d'Administration des Sociétés adhérant au GIE AXA Assurances.

### **■ Article 2. 3.**

Les signataires, après avoir constaté que les dispositifs réglementaires sont satisfaisants pour les fonctionnements des DP et CHSCT, souhaitent par contre améliorer celui des CE et CCE, afin de traiter à fond les sujets majeurs : organisation, gestion et marche de l'entreprise, ainsi que leurs conséquences en matière sociale et l'expression des salariés.

### **■ Article 2. 4.**

Les signataires réaffirment qu'un véritable échange est nécessaire entre les différents partenaires et particulièrement entre les représentants et la direction. Pour ce faire, ils donnent la préférence à la recherche de l'accord, convenant qu'il vaut toujours mieux entraîner un accord par conviction et explication en laissant des délais suffisants d'étude et de réflexion.

### **■ Article 2. 5.**

Pour favoriser le nécessaire travail d'échange, d'explication et de réflexion, et afin d'éviter les difficultés dans les réunions plénières, les signataires décident, dans l'immédiat, d'utiliser davantage les commissions économique et formation existantes et, si besoin est, de créer les commissions - ad hoc - nécessaires.

### **■ Article 2. 6.**

Afin d'améliorer la capacité de travail en commun sur les dossiers fondamentaux par la connaissance et l'observation des faits, la réflexion, la discussion et la décision, les parties conviennent d'équilibrer le nombre des participants aux commissions entre les représentants du personnel et ceux de la direction, tout en garantissant la présence des syndicats représentatifs.

En aucun cas, ces commissions ne pourront se substituer aux commissions obligatoires légales ou entraver le fonctionnement de celles-ci.

■ **Article 2. 7.**

A partir du bilan de ce fonctionnement, les signataires souhaitent pouvoir étendre, après négociations, l'expérimentation du travail en commission aux réunions de CE et CCE, dans la mesure où ils auront constaté l'efficacité de celui-ci et sa compatibilité avec le respect de l'esprit et de la lettre des règles de fonctionnement des institutions représentatives du personnel.

**III - LES NÉGOCIATIONS D'ENTREPRISE**

■ **Article 3. 1.**

Les signataires rappellent leur attachement à des solutions négociées pour tout ce qui concerne la vie quotidienne des salariés, notamment la fixation du montant des salaires effectifs, la détermination de la durée effective du travail et l'organisation du temps de travail.

■ **Article 3. 2.**

Les signataires décident de mettre en oeuvre des négociations plus efficaces en prolongeant l'obligation de négocier par la nécessité d'aboutir.

■ **Article 3. 3.**

L'ouverture de la période de négociation, à l'initiative de la Direction, donne lieu à l'établissement d'un protocole et d'un calendrier entre les organisations syndicales représentatives et la direction. Dans le même temps, la direction fournit les informations et les éléments chiffrés nécessaires aux organisations syndicales.

Les signataires conviennent de créer une étape d'information du personnel d'une durée d'un mois. Ce délai doit servir à faire émerger les positions, à permettre au personnel d'en débattre afin que chacun comprenne bien l'objet et les enjeux de la négociation.

Durant la période d'information, les partenaires s'efforcent d'éviter tout conflit collectif sur l'objet de la négociation et de ne pas prendre de décision unilatérale sur cette question.

■ **Article 3. 4.**

Si l'accord se réalise dans le délai imparti, il est conclu pour une période de deux années, avec une possibilité de clause annuelle de révision, et n'entre en application que si les syndicats signataires ont recueilli plus de la moitié des suffrages valablement exprimés lors des dernières élections de CE.

■ **Article 3. 5.**

Si l'accord ne se réalise pas dans le délai imparti, ou s'il ne peut entrer en application, chaque syndicat et la direction établissent par écrit une dernière proposition. Une période de deux semaines est alors allouée pour la recherche d'un accord à partir de ces bases. Si après ces deux semaines, l'accord ne peut être conclu, un expert extérieur à l'entreprise est choisi d'un commun accord sur une liste agréée par le Préfet de Région. Cet expert ne peut que choisir l'application de l'une des propositions écrites, après avoir entendu chacune des parties.

La décision prise alors par l'expert s'impose.

#### **IV - LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL ET LA SECTION SYNDICALE**

##### **■ Article 4. 1.**

Pour que les représentants soient à même de remplir effectivement leurs fonctions, il apparaît nécessaire qu'une véritable politique soit mise en oeuvre à leur égard en considérant que l'acceptation par un salarié de ce type de responsabilité est une étape naturelle et intéressante tant pour lui-même que pour l'entreprise ne devant pas constituer, pour ce dernier, une entrave dans son épanouissement professionnel ni un frein tant à la progression de sa carrière qu'à l'obtention de promotions et/ou d'augmentations individuelles de salaire.

##### **■ Article 4. 2.**

Les signataires décident d'allouer aux représentants des organisations syndicales, élus ou désignés, des moyens de formation complémentaires à ceux existant actuellement :

- formation initiale : 6 jours
- formation continue : 4 jours par an.

Ces formations sont organisées pour moitié par les organisations syndicales et pour l'autre moitié par la direction.

La rémunération des intéressés est maintenue pendant ces activités de formation complémentaire. Les domaines prioritaires de cette formation sont en matière économique et sociale la situation de l'entreprise face à son marché, sa stratégie et ses politiques.

D'autre part, sont traités le rôle et le fonctionnement des instances représentatives et la réglementation sociale.

##### **■ Article 4. 3.**

Les parties signataires s'engagent à veiller à l'application de l'obligation générale de non discrimination à l'encontre des représentants du personnel.

##### **■ Article 4. 4.**

Pour chaque représentant élu ou désigné d'une organisation syndicale la répartition du travail doit tenir compte de l'exercice de son mandat.

En fonction de l'importance des mandats exercés et notamment pour ceux qui détiennent plusieurs mandats, les intéressés pourront sur leur demande, et avec leur accord, être affectés à un type de poste ou de service permettant de mieux assurer la mission de représentant du personnel et les tâches professionnelles.

##### **■ Article 4. 5.**

Chaque représentant élu ou désigné d'une organisation syndicale aura la possibilité au moment de l'entretien d'évaluation, d'examiner avec le chef du personnel les difficultés rencontrées dans l'exercice de son mandat en raison du contenu de son poste de travail, comme il le fait avec son chef de service en ce qui concerne son activité professionnelle.

##### **■ Article 4. 6.**

Les propositions de promotions et d'augmentations de salaire des représentants élus ou désignés d'une organisation syndicale feront l'objet d'un examen annuel entre le chef du personnel et le supérieur hiérarchique concerné.

Chaque représentant élu ou désigné d'une organisation syndicale, dont le temps utilisé pour l'exercice de ses mandats est au moins égal à la moitié de son temps de travail, verra son salaire évoluer au minimum comme la moyenne de la catégorie à laquelle il appartient (E, AM, C, I).

■ **Article 4. 7.**

En fin de mandat, l'activité représentative ne sera pas opposée à la candidature sur un autre poste. Pour le représentant qui disposait de plus de 20 % de son temps pour l'exercice de ses mandats, un plan de formation sera établi en fonction d'un bilan établi d'un commun accord entre les parties concernées (art 4. 5.).

■ **Article 4. 8.**

Les crédits d'heures des représentants élus ou désignés d'une organisation syndicale peuvent être répartis entre eux en fonction de leurs besoins et utilisés sous la forme d'un crédit-débit annuel propre à chaque organisation, la répartition s'effectuant entre les membres de celle-ci. Tous les crédits d'heures des délégués sont réputés utilisés conformément à leur objet.

■ **Article 4. 9.**

Chaque organisation syndicale signataire dispose en plus d'un crédit annuel et global d'autorisation d'absence sans retenue de salaire.

Ce nombre d'heures est calculé à raison de dix heures par mois et par siège de titulaire ou représentant syndical au CCE, dans le cadre du protocole d'accord du 13 octobre 1989.

Cette aide est utilisée, sur justificatifs, pour les besoins de la section et pour participer aux réunions et activités (instances, congrès, conférences...) de son syndicat (local, départemental, régional, fédéral, national, international).

Les moyens propres attribués pour le fonctionnement du CCE et des délégués centraux sont négociés au sein du GIE et font l'objet d'accords complémentaires.

**V - PARTICIPATION AU FINANCEMENT DES ORGANISATIONS SYNDICALES**

■ **Article 5. 1.**

Les signataires estiment que la reconnaissance du fait syndical comme élément à part entière de l'entreprise justifie une participation de celle-ci au financement des activités syndicales dans leurs différents aspects.

Pour ce faire, ils décident la mise en place d'un bon de financement d'intérêt collectif.

■ **Article 5. 2.**

Sont bénéficiaires de ce moyen complémentaire de financement les organisations syndicales qui dans l'entreprise ont au moins un élu titulaire ou suppléant DP ou CE, au premier janvier de l'année civile sur une liste présentée au premier tour.

■ **Article 5. 3.**

Au début de chaque année civile, l'entreprise remet à chaque salarié un bon anonyme représentant la valeur de quatre heures de salaire moyen brut des membres du collège dans lequel il est appelé à voter.

## Accord AXA

Pour la première fois, lors de la signature de l'Accord, ce bon représentera la valeur de deux heures de ce salaire.

### ■ Article 5. 4.

Chaque salarié remet ce bon à l'organisation syndicale de son choix, ou conserve toute latitude pour ne pas l'utiliser.

### ■ Article 5. 5.

Chaque organisation syndicale transmet les bons recueillis au service du personnel qui lui en verse la contre-valeur.

## VI - DISPOSITIONS FINALES

### ■ Article 6. 1.

Le présent accord est établi en cinq exemplaires qui seront déposés à la direction départementale du travail et de l'emploi de Paris ■

# CHRONIQUES

## **Livres**

R. Merton, A. Sauvy, les climats, les mathématiques, les dés et les urnes, constituent la matière de cette revue des livres.

## **Revue**

Un très bref panorama de la littérature théorique consacrée au risque.

## **Divers**

J. Fourastié a aussi été un économiste de l'assurance, secteur où il a fait preuve d'intuitions originales.



# JEAN FOURASTIE

## et l'assurance

**L**e 25 Juillet 1990 décédait Jean Fourastié, membre de l'Institut, professeur et économiste de renommée mondiale. Sa pensée est connue d'un public très large, grâce à des publications si nombreuses que leur liste complète tiendrait sans doute plus de place que cet article. Parmi les ouvrages les plus fameux, citons au hasard : *le Grand Espoir du XXème siècle* (1949), *la Productivité* (1952), *Pourquoi nous travaillons, les 40.000 heures* (1965), *Lettre ouverte à quatre milliards d'hommes* (1970), *les Trente Glorieuses* (1979). Ces titres évoquent à l'évidence l'intérêt primordial de l'auteur pour la condition humaine, et une interrogation constante sur les facteurs de son évolution à long terme, tout cela par l'analyse des chiffres statistiques et sans référence obligée à une doctrine en vogue.

On sait que Jean Monnet fit appel à Jean Fourastié, lors de la création du Commissariat au Plan, pour en diriger le service économique. On connaît l'action déterminante de ce dernier dans l'élaboration de la politique économique de la France d'après-guerre, avec la création des comités de productivité et la priorité donnée à la résolution des problèmes de l'emploi.

On ignore souvent l'action administrative et universitaire de Jean Fourastié dans le domaine de l'assurance. Je voudrais ici évoquer cet aspect des travaux de l'économiste, qui se situe au début de son activité professionnelle, notamment parce que j'ai le sentiment qu'ils eurent une certaine influence sur les développements ultérieurs de sa pensée.

### ■ I - LES DEBUTS PROFESSIONNELS

Ancien élève de l'Ecole Centrale, Jean Fourastié n'avait pas une vocation d'ingénieur. Il poursuivit sa formation par des études de droit et fit Sciences Po avec l'intention de préparer un concours administratif. Cela se passait en pleine crise économique, au début des années 30, quand les premières mesures de déflation budgétaire raréfiaient les recrutements.

En 1932 il fut admis à un concours du Ministère du Travail, au service chargé du contrôle de l'Etat sur les sociétés d'assurances, celui des commissaires-contrôleurs des assurances. Malheureusement, alors qu'il avait été reçu, des mesures de

\* Professeur au CNAM.

restrictions budgétaires firent que Jean Fourastié ne put devenir commissaire-contrôleur adjoint stagiaire qu'en 1934.

Entre-temps, il dut se résoudre à un emploi de rédacteur à l'Octroi de Paris.

Jean Fourastié mena la carrière d'un commissaire-contrôleur des assurances jusqu'à la fin de la guerre. Ainsi fut-il chargé de la surveillance d'entreprises d'assurances de toutes tailles, notamment par le moyen des vérifications sur place. Il eut même l'occasion de faire retirer l'agrément à une compagnie dont la valeur des immeubles était dangereusement surestimée. Cette activité administrative peu classique, qui s'exerçait dans une assez grande indépendance des hiérarchies, lui permit d'apprendre sérieusement la comptabilité et le droit, dans un contexte non-scolaire où les relations humaines avaient leur importance.

En contraste avec l'Octroi de Paris, pure illustration de la vie administrative selon Courteline, la direction des assurances privées était un service de l'Etat particulièrement dynamique, en particulier sous l'impulsion de son chef, Gabriel Cheyneaux-de-Lériz. C'était l'époque où s'élaborait l'édifice réglementaire du contrôle unifié sur les sociétés d'assurances, institué par le décret-loi du 14 Juin 1938, d'où est issu l'essentiel du dispositif légal d'aujourd'hui, repris et complété par des adaptations européennes dans la loi du 31 Décembre 1989.

Jean Fourastié fut un des grands artisans de la réforme de 1938. On lui doit, ainsi qu'à son collègue Maxime Malinski, le premier plan comptable des sociétés d'assurances (décret du 29 Juillet 1939) qui était aussi le premier plan comptable promulgué en France. On lui doit aussi le dispositif du transfert de portefeuille qui permet la poursuite des effets des contrats d'assurance des sociétés dont l'agrément doit être retiré. Cette procédure contredit le *Code Napoléon* en autorisant le transfert d'une dette sans le consentement du créancier ; elle a été importée de Suisse par Jean Fourastié qui fit une mission d'étude dans la Confédération.

Après la mobilisation et la débâcle, le commissaire-contrôleur du Ministère du Travail allait devenir fonctionnaire des Finances, puisque son administration d'origine y avait été rattachée en 1940. Il occupa une fonction de Chef de Bureau à la 3ème Sous-Direction où il était chargé de l'organisation professionnelle, comme on peut le voir dans le bulletin administratif n° 1, daté de Mars 1946.

En fait, dès 1945, il travaillait au côté de Jean Monnet.

C'est à la fin des années trente que Jean Fourastié eut ses premières activités d'enseignement, précisément en donnant des cours professionnels aux employés d'assurance dans le cadre de l'Association Philotechnique et de l'Ecole Polytechnique d'Assurances. En 1941, il reprit, au Conservatoire National des Arts et Métiers, le cours d'assurance au point de vue juridique et économique créé en 1938 par Maxime Malinski et que son titulaire avait dû abandonner pour échapper aux persécutions. En 1946, le cours revint à son créateur qui n'enseigna plus que l'aspect juridique, Jean Fourastié prenant à son compte l'aspect économique. J'ai eu la chance de suivre, dans le début des années 60, ces cours qui, il faut bien le dire, traitaient assez peu de l'assurance, pas beaucoup plus de l'économie, du

moins dans les formes scolaires habituelles, mais se présentaient comme un enseignement de méthode, toujours ouvert sur l'actualité. C'est seulement aux environs de 1970 que Jean Fourastié a abandonné cette charge de cours, qui fut son dernier lien avec le domaine de l'assurance.

## ■ II - LES PREMIERS OUVRAGES

La rédaction d'un écrit a toujours été pour l'économiste et le professeur le moyen indispensable de la création. Dans la conférence inaugurale de son cours, le 30 Octobre 1942<sup>1</sup> Jean Fourastié disait : « Tous les gens qui veulent conserver au milieu des tâches les plus prenantes, les plus dispersées, imposées par des circonstances sans cesse variables, dominées par ces tracasseries de tous les jours que tous les administrateurs ont à subir, toutes les personnes, dis-je qui, au milieu des perturbations incohérentes de l'action, veulent conserver la formation humaine qui fait leur valeur de chefs, sont obligées d'une manière plus ou moins consciente, de s'astreindre elles-mêmes de temps en temps, une fois par semaine ou quelques fois par mois, à créer elles-mêmes, à faire un acte de création intellectuelle, en descendant aux détails, non pas seulement pour préciser leur pensée, non pas seulement pour s'habituer à mettre au point d'une manière très précise certaines directives qu'elles ont l'intention d'imposer à leurs services, mais aussi pour conserver à leur esprit la faculté d'apercevoir lui-même les conséquences naturelles et diverses d'un principe général et pour donner, par conséquent, à leur pensée une richesse, une force et une cohésion que l'on acquiert difficilement et que même l'on perd si l'on ne rédige pas ».

Le premier livre de Jean Fourastié s'intitule *le Contrôle de l'Etat sur les sociétés d'assurances*. Edité pour la première fois en 1938, il reprenait la thèse de Doctorat en Droit que l'auteur avait présentée en 1936 et sa troisième édition de 1943 intégra un ouvrage intérimaire, *le Nouveau régime juridique et technique de l'assurance en France*, qui en 1941 avait décrit pour la première fois l'ensemble du dispositif réglementaire issu du décret-loi de 1938. Cet ouvrage a été pendant longtemps la base indispensable des enseignements sur la réglementation de contrôle. En effet, comment pénétrer un ensemble si fourni de textes parfois très techniques (le *Code des Assurances* dans son édition la plus compacte a aujourd'hui environ 1.000 pages), si l'on ne dispose pas des clefs que Jean Fourastié nous avait fournies. C'est en décrivant la naissance d'une société d'assurances, les modalités de son fonctionnement et les conditions de sa disparition, que procède ce juriste un peu particulier. Par exemple, pour faire comprendre les dispositions réglementaires relatives au calcul des provisions techniques (on disait encore réserves au grand regret de celui qui était un maître dans le domaine des principes comptables), il osait traiter une application chiffrée par le menu. En contraste avec ces aspects pratiques, à l'efficacité

1. Je dois la connaissance de certains textes à l'obligeance de Mme Françoise Fourastié et de Melle Jacqueline Fourastié, femme et fille de Jean Fourastié.

pédagogique indiscutable, on trouve abondamment dans ce premier livre des points de vue synthétiques issus de la comparaison avec les législations étrangères. Le second ouvrage de Jean Fourastié est beaucoup plus connu, parce qu'il était destiné au grand public ; il s'agit d'un petit livre de la collection « Que sais-je ? », *la Comptabilité*, édité pour la première fois en 1943. Il est le résultat des réflexions approfondies de celui qui avait participé à la confection du plan comptable des assurances, et qui par la suite fut amené à travailler sur le plan comptable général. Les prémices peuvent être trouvées dans deux articles parus en 1940 et 1941 dans *La Revue Générale des Assurances Terrestres*. La méthode de pensée est ici l'analyse historique de l'évolution des concepts. Elle conduit à un exposé lumineux et plus d'une personne m'a confié qu'elle avait commencé à comprendre la comptabilité à la lecture de cet opuscule. Jean Fourastié avait ressenti très fortement la nécessité de clarifier l'enseignement comptable, ayant eu à souffrir de la lecture des traités qui existaient avant guerre. Il remarquait à ce propos : « Il fallait la docilité d'esprit d'un jeune élève de l'école primaire, ou la pressante nécessité d'apprendre un métier, pour absorber un tel mélange de lourde pratique ou de théorie transcendante, de réelle obscurité et de fausse philosophie : l'honnête homme ne pouvait s'y intéresser qu'au titre de la psychologie, comme à l'un des plus étranges produits du cerveau humain. » En dehors de l'urgence pédagogique, le futur économiste avait la préoccupation de voir décrits les faits économiques d'une manière plus homogène et plus fiable que par le passé, tant au niveau de l'entreprise qu'au niveau national. Il savait déjà que les chiffres apporteraient plus d'information que l'ensemble contradictoire des théories.

La troisième série d'écrits dont je voudrais parler concerne l'économie de l'assurance. C'est, de l'aveu de leur auteur, un travail inachevé, en raison des graves insuffisances de la statistique de l'époque. Néanmoins, c'est un travail précieux. Il se présente comme un programme de recherche et, à ma connaissance, il n'a jamais été réalisé ; ce qui lui confère toujours son actualité. À l'origine, il y a le cours d'assurance au point de vue juridique et économique que Jean Fourastié aborda en 1941 sous l'angle économique, en comparant la situation du secteur en France avec ce qu'il était à l'étranger et notamment aux Etats-Unis. Au cours de l'année scolaire 1943-1944, il développa un plan de cours original consacré à la place de l'assurance dans la vie économique et à l'application des théories économiques relatives à la valeur. Cela fut prolongé par la rédaction d'un livre intitulé *les Assurances du point de vue économique et social*, édité en 1946. Dans son introduction l'auteur décrivait ses ambitions déçues : « la première (partie) ou économie théorique de l'assurance aurait pour objet d'une part d'étudier l'application aux opérations d'assurance des lois réelles ou prétendues que la « Science Economique » a plus ou moins péniblement élaborées depuis un siècle et demi. » Il constatait plus loin : « on ne dispose que de faibles éléments doctrinaux et aucune base statistique sérieuse pour l'étude économique des activités professionnelles prises individuellement... Il n'échappera à personne,

en effet, qu'une telle oeuvre excède normalement la faculté de travail d'un seul homme. • Pourtant il aborda l'étude de la prime d'assurance au regard de la théorie de l'utilité marginale, comprit que la • désutilité du risque • était un concept essentiel et il tenta même de la mesurer par l'importance des provisions pour risques que les entreprises non assurées pouvaient constituer. Les insuffisances des descriptions comptables l'obligèrent à renoncer.

Aujourd'hui nous disposons, avec la théorie des fonctions d'utilité de Von Neumann-Morgenstein, d'un appareil théorique plus élaboré, mais nous n'en sommes pas plus avancés, parce que nous n'avons pas le moyen de mesurer l'aversion au risque. Par contre, une autre partie du programme que s'assignait Jean Fourastié peut être mieux remplie, consacrée à la description des prix, mais les difficultés y demeurent très grandes.

A l'exception de quelques articles épisodiques dans la *Revue d'économie politique*, consacrés à quelques chiffres d'actualité, Jean Fourastié ne s'est plus occupé d'assurance à partir de 1946.

Dans le domaine particulier de l'assurance, comme dans d'autres, la méthode de Jean Fourastié et ses qualités d'exposition restent exemplaires. La méthode, il l'a toujours qualifiée d'expérimentale. Elle se traduit par la recherche patiente et l'exploitation systématique des chiffres de base, humble travail qui n'a pas le prestige de la formulation mathématique des concepts abstraits. Les qualités d'exposition du professeur sont évidentes pour tous ceux qui l'ont lu. C'est un clarificateur exceptionnel, ce qui suscite peut-être la condescendance de ceux qui réservent à l'obscurité le privilège de la profondeur, alors qu'elle masque souvent la vacuité.

Ecouter Jean Fourastié était un plaisir, le voir vous écouter un privilège dont on garde un souvenir heureux, car c'était un homme qui trouvait le temps de vous recevoir et de bavarder, en vous donnant l'impression très forte (et pas l'illusion) d'avoir été entendu.

Plus qu'un grand homme, il fut un brave homme ■



« CONTINUOUS-TIME FINANCE »

R. C. MERTON

Samuelson souligne dans la préface du livre de R. C. Merton *Continuous-Time Finance*, que les précurseurs des travaux de l'auteur sont, parmi d'autres I. Bachelier, J. Burr Williams, G. Terborgh, J. M. Keynes, J. Tobin et H. Markovitz, K. Arrow et G. Debreu, J. Lintner et W. Sharpe, E. Fama, B. Mandelbrot, F. Black et M. Scholes. C'est dire l'étendue du programme de recherche de l'économiste de Harvard University. Les six parties de son important ouvrage regroupent, en effet, tous les travaux et les articles qu'il a publiés depuis 1969 en théorie de la finance : théorie intertemporelle des choix de portefeuille (partie 2), théorie des options (partie 3), intermédiation financière, gestion de portefeuille des sociétés et théorème de Modigliani-Miller (partie 4), marchés d'équilibre financiers (partie 5), modèles de croissance de long terme, fonds publics de retraite, fonds d'assurance et dépôts de garantie sur les crédits (partie 6).

Le point commun à tous ces travaux est le recours à la formalisation en temps continu dans un univers incertain (partie 1). Le calcul stochastique tel qu'il a été développé par N. Wiener et K. Itô et les différentes techniques qui en dérivent (notamment la programmation dynamique stochastique et le lemme d'Itô) constituent les outils mathématiques nécessaires à cette analyse. Dans ces modèles, on suppose en général que la dynamique du système étudié (dynamique des prix des actifs dans la théorie des choix de portefeuille et la théorie des options, ensemble des opportunités dans les modèles d'équilibre financiers, dynamique de la population dans les modèles de croissance, etc...) peut être décrite par un processus de diffusion.

Par rapport au temps continu, le temps discret ne peut être justifié véritablement que si l'intervalle de temps  $h$  qui sépare les périodes de décision successives en ce qui concerne le phénomène étudié est d'une durée relativement importante. Or, dans de nombreux domaines comme par exemple les marchés financiers, ces intervalles sont relativement courts (pour le marché boursier, Merton suggère une valeur de  $h$  entre les différentes transactions égale à  $1/270$  ème de l'année). Si cependant la théorie en temps discret est définie pour tout  $h$  et que la dynamique du système étudié converge vers un processus continu lorsque  $h$  tend vers 0, alors la référence aux modèles continus se justifie aussi bien d'un point de vue théorique qu'empirique (les transactions sur le marché boursier sont fréquentes).

Prenons l'exemple de la théorie intertemporelle des choix de

portefeuille qui constitue la première application du calcul stochastique effectué par Merton en 1969 (chapitre 4). Ce modèle suppose un individu rationnel qui maximise l'espérance de sa fonction d'utilité (du type von Neumann-Morgenstern) sur son horizon de vie en fonction des montants globaux de consommation à chaque période et de la structure de son patrimoine risqué, sous sa contrainte de richesse instantanée. Le marché des capitaux est parfait et les transactions sur les différents placements s'effectuent continuellement dans le temps. Les anticipations de prix des actifs des investisseurs sont alors représentées par un processus de diffusion joint, soit plus précisément par un processus de Wiener ou mouvement brownien (processus de Markov). Une des difficultés de résolution du programme de contrôle de l'individu est que la trajectoire d'un processus de Wiener est continue mais non dérivable. En particulier, la notion d'intégrale ne répond pas à la définition habituelle du calcul différentiel. La différentielle d'une fonction faisant intervenir des processus de diffusion doit ainsi être effectuée à partir d'un théorème fondamental en calcul stochastique, le lemme d'Itô. Il est alors possible de résoudre le problème posé à partir de la généralisation de la programmation dynamique de Bellman en avenir stochastique.

Au fil des chapitres, l'auteur nous présente l'application de cette méthodologie à de nombreux domaines de la théorie moderne de la finance. L'exposé, bien que faisant référence à des outils mathématiques sophistiqués, demeure néanmoins toujours compréhensible pour le lecteur soucieux d'ap-



LIVRES

profondir ses connaissances sur ces sujets. Il s'agit là d'un ouvrage fondamental pour le chercheur en économie ou en finance, aussi bien par l'ampleur du champ d'applications qu'il couvre que de l'actualité des sujets qu'il aborde ■

Luc Arrondel

R. C. Merton • *Continuous-Time Finance*, 1990, Basil Blackwell, Oxford, 700 p.

ALFRED SAUVY,  
COMPAGNON DU  
SIÈCLE

Michel LEVY

Le vingtième siècle n'aura pas été avara en visionnaires. Avec ceci peut-être que ce furent des visionnaires de la raison. Leur utopie fut celle de la maîtrise du temps : parce qu'on disposait des chiffres et du calcul, on allait pouvoir prévoir, planifier, conjecturer. En un mot ordonner le progrès. Parmi ces visionnaires : Bertrand de Jouvenel, Jean Monet, Jean Fourastié.

Alfred Sauvy, dont nous venons d'apprendre le décès, était de ceux-là. Né en 1898, dans un village proche de Perpignan, d'une famille de propriétaires-viticulteurs, blessé pendant la Grande guerre, il fera - polytechnique, pour intégrer, en 1922, la Statistique Générale de la France (S.G.F.). Son destin est alors noué. Il sera un homme de chiffres, qu'il ne cherchera pas tant à recueillir pour eux-mêmes que pour le sens qu'il s'attache à en dégager. Alfred Sauvy fait du chiffre statistique un instrument d'information pour les décideurs (il participe à de nombreux cabinets ministériels) et pour le grand public à travers son activité de journaliste, d'écrivain et de professeur. Son art mettre les chiffres en mots qui parlent à tous. C'est lui qui, par

exemple, invente l'expression de Tiers-monde qui connaîtra le succès que l'on sait.

A la libération, Alfred Sauvy, qui s'était toujours intéressé aux problèmes démographiques, se voit confier la direction de l'INED (Institut National des Etudes Démographiques) qui prend la suite de la Fondation créée sous Vichy par Armand Carrel. Alfred Sauvy, qui entend démographie au sens large de science matricielle de l'homme, en fera le grand institut scientifique que l'on sait doit de la prestigieuse revue *Population*. En 1959, consécration, le Collège de France lui offre la chaire de « démographie sociale ».

La biographie qui lui consacre Michel Louis Lévy est fort éclairante de ce qu'à pu être la trajectoire d'un Condorcet du XX<sup>e</sup> siècle. Elle illustre remarquablement la valeur de modernité qui fut partagée par ces hommes qui firent de l'après Seconde guerre mondiale ces Trente glorieuses - dont nous sommes les héritiers.

Alfred Sauvy avait notamment publié une *Théorie générale de la population* en deux volumes (1954-56), une *Histoire économique de la France entre les deux guerres* en quatre volumes ainsi que de nombreux essais ■

Michel Levy, - Alfred Sauvy, compagnon du siècle -, La Manufacture, 220 p., 149 Fr.

LE POUVOIR DES  
MATHÉMATIQUES

Moshé FLATO

L'ÉCONOMIE  
MATHÉMATIQUE EN  
FRANCE

André ZYLBERBERG

Moshé Flato, chercheur en mathématiques est aussi Président du Conseil scientifique de l'UAP ; dans ce livre, il donne sa conception de la recherche, de l'enseignement et de l'utilisation des mathématiques.

La recherche est animée par un projet ambitieux qui après une phase d'éclatement des différentes disciplines et de spécialisation consiste à reconstruire une unité. Ce travail est source de créativité, la résolution des grands problèmes emprunte toujours des méthodes de différentes spécialités. L'utilisation des mathématiques en physique a par exemple, autant apporté à la physique qu'aux mathématiques. Ce travail d'unification apparente plus les mathématiques à l'art ou à la philosophie qu'aux sciences dures qui ont besoin pour évoluer de se spécialiser. Il modifie ainsi l'image classique d'un mathématicien travaillant seul, le travail des mathématiques est aussi un travail d'équipes.

La sélection par les mathématiques dans l'enseignement repose sur un contre-sens. Elle sélectionne les élèves par leur capacité de mémorisation plus que par leur créativité. A terme, cette sélection se traduira par un tarissement paradoxal des mathématiciens ; l'exemple donné est celui du Japon où une sélection intensive par les mathématiques accouche d'un nombre très faible de grands mathématiciens. Elle ne prépare pas les mathématiciens à ce dont ils ont besoin, une véritable culture mathématique.

L'application des mathématiques à l'économie paraît encore trop liée à la transposition dans le domaine économique d'analyses comme la thermodynamique, peut-être parce que les mathématiques ne sont pas encore prêtes à rendre



compte de la complexité des systèmes affectés par les décisions individuelles, peut être aussi parce que la science économique n'a pas encore produit de concepts suffisamment riches. Pour Moshé Flato, l'économie pourrait dans l'avenir être la grande source de créativité des mathématiciens, comme la physique a pu l'être.

Il est rejoint dans cette analyse par le livre de Zylberberg qui retrace l'évolution historique de l'école française de mathématiques économiques. Le tournant opéré par Cournot, puis par Walras ont fixé une mathématique de l'économie héritée de la physique et de la thermodynamique qui est encore la règle aujourd'hui dans les travaux de modélisation. Walras fut le personnage central de cette révolution épistémologique qui allait rencontrer le scepticisme des mathématiciens et l'hostilité des économistes. L'argument le plus virulent opposé à Walras étant que les sentiments ne se mesurent pas. La crainte que ces analyses ne conduisent à nier le libre arbitre, la personnalité socialiste de Walras, tout était en place pour une défense acharnée de l'orthodoxie contre les thèses scientifiques de Léon Walras. Walras bénéficia du soutien du grand mathématicien Poincaré, mais ne put jamais enseigner en France. C'est finalement par ses disciples qu'il s'imposera. Et dans ces disciples, les actuaires joueront un rôle très important. L'aventure de Walras se reproduira avec Louis Bachelier, précurseur des théories modernes du risque et de la spéculation, de celle des martingales mais dont le travail fut refusé par l'establishment des mathématiciens français du début du siècle, ignoré des économistes, pour

finalement être redécouvert par l'école américaine dans les années cinquante ■

Moshé Flato : • *Le Pouvoir des Mathématiques* • Hachette, 100 p. 69 F  
André Zylberberg : • *L'Economie mathématique en France* • Economica, 165p. 125 F

## LES DÉS ET LES URNES

Jean Louis **BOURSIN**

S'il est un domaine où l'utilisation des mathématiques a été décisive pour la société civile, c'est bien sûr celui des procédures de choix collectifs. L'antiquité s'était spécialisée dans des modes de tirage aléatoire où l'arbitraire de l'aléa était censé représenter la volonté des dieux. Le monde moderne a fait de la démocratie un absolu indépassable. Pourtant le fameux paradoxe de Condorcet a montré que le choix majoritaire entre trois alternatives ne conduisait pas toujours aux souhaits de la majorité. Il ne respecte pas la transitivité des préférences. Arrow généralisera ce paradoxe dans un texte célèbre, admirablement bien présenté dans le livre de Jean-Louis Boursin. Il est impossible de fonder une procédure de choix collectifs qui respecte toutes les préférences individuelles. Arrow pose trois conditions que doit respecter une fonction de choix social - convenable, bonnête et sage -. Ces trois conditions sont (1) la possibilité d'agréger les préférences individuelles, (2) l'ordre collectif doit refléter positivement les choix individuels et (3) l'indépendance par rapport aux circonstances extérieures (pas de corruption des préférences). A partir de ces trois critères, Arrow énonce un théorème brutal : la seule fonction de choix social qui satisfasse aux conditions ainsi définies est la dicta-

ture où la préférence collective est déclarée identique à celle du dictateur. Le tirage aléatoire ou la dictature sont pour le sens commun aux antipodes de la justice. Pour le mathématicien ce sont les seules procédures de choix cohérentes. D'où vient alors la préférence pour la démocratie ? Elle est probablement préférée pour les compromis dynamiques qu'elle permet, les oscillations entre des individus et des partis, la mobilité de ses règles, plus que parce qu'elle représente le temple inattaquable du choix le plus juste. Elle mélange en fait dictature et aléatoire. Ainsi le choix aléatoire a une place importante dans la formation des opinions politiques, par le jeu du sondage. Le sondage censé mesurer l'état instantané de l'opinion, l'évolution des tendances n'a pas la solennité du vote. Son échantillonnage a une valeur pour l'observateur, bien peu en fait pour le décideur. Ou plutôt devrait, car la décision appuyée sur les sondages est le lot de toutes les sociétés modernes qui sont proches en cela des dispositifs aléatoires de l'antiquité ■

Jean-Louis Boursin : • *Les Dés et les urnes* • Seuil, 280 p. 130 F

## LE DEVENIR DES CLIMATS

Robert **KANDEL**

La climatologie a ceci de commun avec l'assurance que son regard sur le monde est une recherche de la régularité statistique là où domine l'accidentel. Elle mélange aussi bien des données scientifiques que des données anecdotiques aussi insolites que par exemple, la corrélation observée entre le niveau du Lac Victoria et l'activité solaire entre 1880 et 1928

ou des phénomènes inexpliqués comme el ni o, courant chaud qui se substitue au courant froid de Humboldt, dans le Pacifique Sud avec une périodicité de l'ordre de la décennie... Ce livre est une introduction aux problèmes qui se posent à la climatologie moderne. L'auteur, astrophysicien d'origine, propose une évolution historique de sa discipline : la lente maturation qui a permis d'imposer l'idée que les climats

connaissaient des variations cycliques importantes.

Aujourd'hui, cette idée est un lieu commun, trop peut-être puisqu'elle est à l'origine d'un catastrophisme moderne. Sous l'influence de l'homme, les climats vont se modifier rapidement, effets de serre, couche d'ozone... L'auteur souligne l'importance des incertitudes qui pèsent sur l'analyse de ces problèmes, l'observation très limitée de leurs effets et surtout

la très grande lenteur des variations climatiques imputables à l'action de l'homme. Il en tire la conclusion que si la climatologie est entrée sur la scène politique, elle y gagne par les crédits qui lui seront accordées, mais elle risque d'être utilisée pour des fins qui dépassent son champ d'analyse ■

Robert Kandel - *Le Devenir des climats* - Hachette, 125 p. 69 F

*Financement des retraites, fonds de pension, épargne, entreprise*

### **Pensions as Retirement Income Insurance**

**Zvi Bodie**

Journal of Economic Literature Vol XXVIII Mars 1990

Les fonds de pension sont les institutions les plus importantes de l'économie américaine. Non seulement 42 millions d'Américains sont couverts par ces institutions, mais elles ont contribué pour plus de 24,4 % à l'épargne nette des ménages en 1987. Les actifs de ces fonds représentaient de l'ordre de 2 500 milliards de \$ en 1988. L'article analyse les prestations de retraite distribuées par ces fonds. Il rappelle aussi que beaucoup d'économistes ont expliqué la croissance de ces fonds par leur importance dans les relations sur le marché du travail ou par les incitations fiscales accordées aux entreprises et aux salariés. Mais l'auteur s'attache à passer en revue les analyses de ces institutions qui mettent l'accent sur la rationalité des dispositifs d'assurance.

Il élucide ainsi plusieurs points. Ce sont le plus souvent des fonds d'entreprise parce qu'elles seules ont une bonne connaissance des revenus présents et futurs des salariés. Le traitement statistique de ces revenus fait qu'elles sont plus performantes que les intéressés eux-mêmes pour concevoir des plans. La gestion par les entreprises est donc plus optimale que celle par les salariés.

La forme la plus courante de ces plans définit la prestation, plutôt que la contribution. C'est la forme la plus efficace pour se prémunir contre les risques qui affectent les revenus de retraite.

D'autre part, l'absence de succès des plans avec des dispositifs d'assurance contre l'inflation s'explique selon l'auteur comme une combinaison de deux causes : (1) les autres actifs des retraités les protègent suffisamment contre l'inflation et (2) les acteurs des plans de pension entreprises et salariés sont myopes et sous-évaluent les effets de l'inflation.

Ce texte explique l'existence des fonds de pension dans une perspective qui est celle de l'assurance, il souligne que cette analyse doit être complétée par des approches concurrentes (modèles du marché du travail, de la fiscalité, d'allocation des ressources financières...) ■

*Théorie du consommateur, cycle de vie, longévité, espérance de vie*

### **A Model of the Demand for Longevity and the Value of Life Extension**

**Isaac Ehrlich et Hiroyuki Chuma**

Journal of Political Economy, 1990, vol 98, n°4

L'hypothèse centrale d'Isaac Ehrlich et de Hiroyuki Chuma est que les différences d'espérance de vie observées par groupes d'âges et pour différents groupes de population ne s'expliquent pas seulement par des données exogènes comme le

développement sanitaire ou des facteurs technologiques, mais aussi par des variations spécifiques à chaque individu qui permettent de construire une fonction de **demande de longévité**. Intégrer cette fonction à la théorie du consommateur signifie que l'horizon de vie devient une variable décisionnelle. Si la longévité n'est pas un bien déterminé qui entre dans le panier de consommation, ni un bien privé, elle est déterminée par des comportements et donc par des allocations de ressources sur des biens spécifiques qui vont modifier marginalement la durée de vie. On pense à la consommation de tabac, d'alcool, à la pratique sportive... On peut ainsi construire des fonctions de demande de longévité, comme de demande de « qualités de vie » ou de santé.

Une tentative d'application empirique montre que les fonctions de demande de longévité et de santé dépendent plus du patrimoine que du revenu courant. De même, la valeur attribuée à la santé augmente tout au long du cycle de vie. Le modèle permet d'analyser des variations observées dans les espérances de vie et dans les comportements risqués pour la santé, par âge et groupe de population. Il permet d'indiquer la valeur que les individus fixent à leur santé et donc leurs propensions à assumer des risques de santé ■

*Théorie de la décision, Risque, Espérance d'utilité*

### **Rank-Dependent Probabilities**

**Edi Karni et Zvi Safra**

The Economic Journal N°100 Juin 1990

La théorie de l'EURDP (expected utility with rank-dependent probabilities) fait partie des généralisations du modèle de choix dans l'incertain pour résoudre le paradoxe d'Allais, en conservant un axiome d'indépendance faible. La pondération effectuée par les individus sur les probabilités va dépendre d'une hiérarchisation (**rank**) des gains de chaque loterie. Karni et Safra présentent une version nouvelle de cette théorie où la pondération des probabilités est rendue compatible avec l'effet d'inversion des préférences. Dans ce modèle les individus se comportent comme s'ils surestimaient les probabilités importantes et sous-estimaient les probabilités faibles. L'article est intéressant en ce qu'il est un bon résumé de la théorie et présente une méthodologie pour tester les hypothèses ■

*Théorie des choix, Microéconomie expérimentale, Psychologie cognitive*

### **Anomalies**

**Amos Tversky et Richard Thaler**

Journal of Economic Perspectives Vol 4 N°2 - 1990

L'économie se distingue des autres sciences sociales en ce qu'elle fait l'hypothèse que les préférences des individus sont stables, bien définies et conduisent à des choix

rationnels. Toute contradiction entre les faits et cette hypothèse sera analysée comme une anomalie. Le **Journal of Economic Perspectives** ouvre avec cet article une colonne où les lecteurs sont invités à décrire les anomalies comportementales qu'ils ont rencontrés dans leurs recherches ou pratiques. L'article rappelle toutes les évidences apportées par la microéconomie expérimentale et la psychologie cognitive pour établir, par exemple, l'effet d'inversion des préférences. L'hypothèse de ces auteurs est que ce phénomène loin de pouvoir être résolu par une non-transitivité des préférences révèle la différence entre la formation des choix et celle des prix. L'ambition n'est plus alors dans ce sujet très foisonnant de la microéconomie contemporaine de renouveler la théorie du comportement face au risque, mais de proposer rien de moins qu'une théorie de la valeur. La valeur n'est plus quelque chose d'extérieur aux choix qui n'en seraient que les conséquences. Mais au contraire, valeurs, préférences et choix sont élaborés (révélés) dans un même processus lequel dépend du contexte de la décision ■

*Démographie, croissance économique, taux de fécondité, consommation*

#### **Capital Accumulation, endogenous population growth and Easterlin cycles**

**Gustav Feichtinger et Engelbert Dockner**

Journal of Population Economics 11990 N°3

Ce texte présente une modélisation des cycles démographiques dans les pays développés où le taux de fécondité va dépendre de la différence entre consommation présente et consommation anticipée.

Cette idée renoue avec celles d'Easterlin, d'une relation entre croissances démographique et économique. Il utilise un cadre où les choix de consommation, de transferts entre générations et d'accumulation du capital sont reliés à la variable de fécondité. La première partie du texte définit un modèle de croissance néo-classique où la consommation anticipée est une moyenne exponentielle des consommations passées. La seconde partie pose les relations entre variables économiques et variables démographiques. Le taux de fécondité est une variable positive de l'excès de la consommation anticipée sur la consommation présente. Chaque génération cherche à maintenir un niveau de bien-être désiré et adapte sa fécondité à ce que lui permet la croissance économique.

Ils'agit donc d'un modèle où les cycles démographiques sont gouvernés par des choix intertemporels de consommation. Cette approche très agrégée (ne tenant, par exemple, pas compte de la structure par âge de la population) renoue avec une tradition d'analyse des liens entre démographie et croissance économique, très en vogue dans les années 60 ■

**The extreme conflict - Proposition 103 : Claude BEBEAR**

« **P**roposition 103 -: Since 1988 the expression has terrified insurers in the United States and elsewhere. The background to this proposition adopted by means of popular referendum, as well as the possible outcomes of the conflict are worrying. Claude Bébéar's analysis of this Californian conflict contributes the serenity of a European who has for a long time sought to control the exogenous discrepancies of car insurance prices (justice and medicine) and start a dialogue with consumers.

**The view of others : B. D. STEWART - R. E. STEWART  
- R. SL RODDIS**

**T**he consternation created by proposition 103 reveals that insurance companies were not observant enough to see their real image held in the minds of the general public. It is urgent to put oneself in the situation of the insurance holders and understand why insurance for them is a tax, unfair with cloudy benefits, in short a profession that does little to inspire confidence. Being aware of this image and understanding the mechanisms that lead to it is the main condition necessary to regain the confidence of the public.

**Séraphin Lampion - The image of the insurer for three  
generations of children : Charles DEBERNARDI**

**S**éraphin Lampion is the emblematic figure of the insurer in comic strips. This image which is always present in the minds of the general public is part of the imagery of insurance. It is not very gratifying but by breaking down the elements making up this image we see that the stereotype is less negative than it appears.

**Insurance, image and taxes : Max BOISSONNET**

**T**he consumers and the state have often accused insurance brokers of making the clauses of their insurance policies that are favourable to consumers, illegible. This text shows that the size of premiums has changed depending on tax considerations with the success of insurance, the tax imposition regime and the will of the state to make insurance companies into tax collectors.

**Is insurance a public service ? : Véronique NEIERTZ**

**V**éronique Neiertz, secretary of state for consumption since 1988 has contributed to the adoption of several measures affecting relations between the professionals and the insurance holders. The suppression of the prior signature by the administration for damage compensation ; the setting up

of an information centre for insurance holders on tariffs prior to signing the contract ; the creation of a users committee on which insurance brokers and insurance holders sit as part of the new National Insurance Council. Not forgetting a position taken that was favourable to mediators in the profession. The interview granted to - Risques - gives an insight into the analysis which is the basis of the action of the Secretary of State for consumption in the field of insurance.

---

**Insurance and solidarity , the point of view of the  
consumer : Jean-Michel ROTHMANN**

---

Insurance has become a vital preoccupation of consumerism. Consumers are no longer just in search of the best price, but also the best service. They fear that too great a segmentation will lead to the disappearance of the mutualist movement. They are hungry for information.

---

**The advisory duty in insurance : Hubert GROUDEL**

---

No one can deny that nowadays the insured person must be advised and that it is up to the legislators to provide for this. Up to now jurisprudence has given the obligation to different people to advise, but in a fragmented and dispersed way. With a methodic approach to the question, this article outlines the main theory of the obligation to advise.

The author borrows and arranges that which is already acquired and from that opens up new paths.

---

**The cost of car risk tariff practices and indemnities :**

**Gilbert THIRY**

---

Car insurance tariff setting in France obeys two principles: an *a priori* tariff: which attempts to segment the insured persons depending on the presumed risk, and an *a posteriori* tariff: which takes accounts of results.

But these principles must be related to indemnity rules which are characteristic of the French system.

---

**Insurance tariff setting for civil liability for car insurance  
in Belgium : Michel BEUTHE, Vincent DENUIT**

---

Car insurance in Belgium is not based on a preliminary tariff setting system. This article presents the methodology of a tariff setting system of this type from statistical models with variable qualitative factors. An application on a sample is carried out in the second part. Thus this article has two objectives: the first one is to analyze what can be gained from such a tariff system, the second is to present an application of probit models.



## **ABSTRACT**

### **Insurance companies strategy - segmentation**

**or selection ? : Philippe ROCHE**

From the effect of competition from mutual insurance companies, insurance companies have been forced to adopt an attitude of selection. How can this be explained to the general public in such a way as to avoid having this turn back on the companies themselves ? This will depend on proper network usage and the use of marketing and communications strategies.

### **Car insurance in the United Kingdom : Ray MORLEY**

The background to the car insurance market is important since it explains the predominance on this market of brokerage. The tariff methods which are outlined here are different from those practised in France. In particular, it should be noted that there are premium reductions for old cars, insurance for married couples and the fine segmentation by driver age.

### **« Bankinsurance » between the hot and the cold : Edouard ZELTZER**

The term - bankinsurance - is more and more used to describe a new organization of the supply of financial services that integrates all the patrimonial needs of the client.

The aim of this reflection is to show that groups that wish to succeed in this field will have to reconcile short term requirements, as yet not very restrictive and long term requirements for which a major clarification effort and strategic positioning are required. Bankinsurance may, in the short term, be content with having - clients - (in this case it is only one of the distribution of financial products), it can only in the long term be established with - bankinsurance holders -. Some strategies (marketing, communication) may be envisaged now to arrive at this situation.

### **Survival strategy for insurance in Japan : Gentaro**

**KAWASE**

Japanese insurance, despite its well known power must adapt to demographic and economic mutations in Japanese society. The transition to be made is that from life insurance - for the other fellow - to insurance - for oneself -. This transition supposes considerable technological adaptations and new sales techniques.

### **Ecological marketing of insurance : Roland NUSSBAUM,**

**Patrick PICARD**

This text is an attempt to present risk management and the wide range of diverse services offered by insurance brokers to companies as being the equivalent in the financial services of the

ecological fashion which is now very present in industrial marketing. Appears to be impossible to dissociate the risks of a company from its environment in the broadest sense : both social and competitive. Insurance then becomes a sort of ecology of the economy which transforms a energy, the risk, into wealth.

---

**Pollution by hydrocarbons transported by sea : Pierre  
LATRON, François BERNIER**

---

**P**ollution of the seas has become a constant phenomenon. To deal with this governments and shipowners have developed various conventions relating to responsibility, compensation for damage and maritime assistance.

## **REVUE RISQUES**

---

Les Cahiers  
de l'Assurance

Éditée par la SARL  
SCEPRA  
9 rue d'Enghien  
75010 Paris  
Tél : 42.46.19.56  
Fax : 48.00.97.22

---

### **Directeurs**

François-Xavier Albouy  
François Ewald

---

### **Rédacteur en Chef**

Claude Beaufort

---

### **Secrétaire de Rédaction**

Brigitte Pruvot

---

### **Assistant**

Alain Wernet

---

### **Direction artistique**

Catherine Feuillie

---

### **Illustrations**

Paul Gendrot

---

### **Illustration de couverture**

Jacques, Juliette Damville

---

### **Conseils et Relectures**

François Bonnet  
Jean Lethel

---

### **Numéro de commission**

paritaire : 72.325

Dépôt légal : octobre 1990

ISSN : 1152-9253

Directeur de la publication :

F.X. Albouy

Abonnement annuel :

4 numéros par an

Prix de l'abonnement :

500 F TTC

(prix au numéro : 125 F TTC)

---

### **Photocomposition, Photogravure, Impression, Routage :**

Morel et Corduant  
11 rue des Bouchers  
59800 Lille  
Tél. 20.57.44.96

---

### **Informatique et PAO :**

Michel Giustina  
Société Common  
Tél. 39.13.46.62

© SCEPRA - 1990

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication - Loi du 11 mars 1957 - sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français du Copyright, 6 bis rue Gabriel Laumein - 75010 PARIS.

## SOMMAIRE N° 1

# Les horizons du risque

### I. APPROCHES THÉORIQUES

|                                                    |                |
|----------------------------------------------------|----------------|
| La société assurancielle .....                     | François Ewald |
| Des grandes peurs fondatrices .....                | Jean Delumeau  |
| Petit dictionnaire d'économie de l'assurance ..... | Denis Kessler  |
| Psychanalyse du risque .....                       | Daniel Sibony  |
| Loch Ness at Lloyd's .....                         | Karl Borch     |
| Les contrats infinis .....                         | Göran Skogh    |

### II APPROCHES PROFESSIONNELLES

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Nouveaux territoires .....       | Jean Peyrelevade |
| De la poésie aux sigles .....    | Roger Papaz      |
| Economie de la réassurance ..... | Joseph Marbacher |

## Rubriques

### FINANCE

|                                           |                      |
|-------------------------------------------|----------------------|
| Assurance et gestion financière (I) ..... | J. Suret, E. Cormier |
|-------------------------------------------|----------------------|

### HISTOIRE

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| 1788 - Prospectus ..... | Etienne Clavière |
|-------------------------|------------------|

### MARKETING

|                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| Cartes de crédit et assurance ..... | Gérard Moulin |
|-------------------------------------|---------------|

## Chroniques

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| Colloque de la CNUCED ..... | Yves Marie Jannel |
| Hommage à Karl Borch .....  | Louis Eeckhoudt   |

#### Comptes rendus de livres :

- ♦ - Risques techniques et pertes d'exploitation - André Gully ♦
- ♦ The limits to certainty - Orio Giarini et Walter R. Stahel
- ♦ - L'économie de la Sécurité - Jean-Paul Moatti .....

**BULLETIN D'ABONNEMENT**

A retourner à : **Revue RISQUES - 9 rue d'Enghien - 75010 PARIS**

Tél : 42 46 19 56 - Fax : 48 00 97 22

**Nom et Prénom** .....

Institution ou entreprise .....

Adresse .....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Pays .....

Publication trimestrielle

Je souscris un abonnement à la revue Risques, à partir du numéro :

prix : 500 F TTC (4 numéros)

Je commande un exemplaire du numéro :      prix : 125 F TTC

Je vous adresse le montant de :      F à l'ordre de la Société SCEPRA par :

☐ Chèque bancaire

☐ Chèque postal

☐ Virement en Francs français - Banque Hervet - Agence principale Trinité

75 rue Saint Lazare - 75009 PARIS

Compte SCEPRA - Revue Risques - n° 07216Z0630





Achevé d'imprimer par Morel et Corduant

11 rue des Bouchers, 59800 Lille

Dépôt légal : octobre 1990 – Imprimé en France – © SCEPRA



