

RISQUES

« LES GENS BIEN-PORTANTS
S'IGNORENT ».

SONT DES MALADES QUI
DOCTEUR KNOCK



N°6

Le RISQUE
thérapeutique

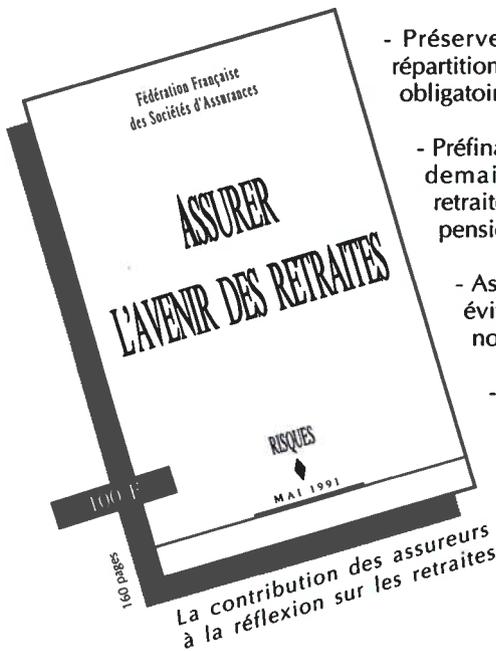
JUIN 1991

RISQUES

JUIN 1991 N°6



"CONCILIER LE RESPECT DE L'ÉQUITÉ ENTRE LES GÉNÉRATIONS ET L'IMPÉRATIF DE L'EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE"



- Préserver les régimes de retraite par répartition en maîtrisant les prélèvements obligatoires.

- Préfinancer aujourd'hui les charges de demain en développant l'épargne retraite et en instaurant des fonds de pension collectifs.

- Assurer l'avenir de nos retraites en évitant d'en reporter la charge sur nos enfants.

- Mobiliser l'épargne pour l'investissement, la croissance et l'emploi, en préparant l'Europe sociale.

disponible auprès de la Revue Risques - SCEPRA :
9, rue d'Enghien - 75010 PARIS
Téléphone : 42 46 19 56

Le Risque Thérapeutique

Résumé	7
Le risque thérapeutique	François Ewald
	Henri Margeat
	9

Annexe 1

Pour une généralisation de l'assurance personnelle des accidents médicaux	Claude Delpoux
	35

Annexe 2

Une évaluation du coût de l'assurance du risque thérapeutique	Henri Margeat
	40

Annexe 3

Le GEMA et l'aléa médical	François du Verdier
	42

Annexe 4

La responsabilité civile professionnelle médicale : une approche statistique	Jacques Pouletty
	Philippe Sarica
	43

Annexe 5

Loi Finlandaise du 25 juillet 1986	48
--	----

COMITÉ DE RÉDACTION

François-Xavier Albouy
Claude Beaufort
François Ewald
Denis Kessler
Brigitte Pruvot
Patrick Thourot
Alain Wernet

Rubriques

Conjoncture

COMITÉ SCIENTIFIQUE

André Babeau
Anton Brender
Eric Briys
Francis Calcoen
Thierry Chauveau
Henry Debruyne
Georges Durry
Louis Eckhoudt
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
Harold D. Skipper
Göran Skogh
Jean-Marc Suret
Pierre Tabatoni
Peter Zweifel

Le marché français de l'assurance-vie et de la capitalisation :
évolution et perspectives Didier Pfeiffer 55

Economie

Stratégie de croissance ou de profit
des compagnies d'assurances Dieter Farny 65

Droit

La notion d'implication
dans la loi du 5 juillet 1985 André Tunc 77

Ressources humaines

Les universités d'entreprises Alain Bernard 85
(UAP, AXA)

Chroniques

Finances

Un gisement de productivité à l'actif,
la gestion du risque Xavier de Bayser 97

International

L'assurance-vie au Royaume-Uni .. François-Xavier Albouy 101
L'assurance santé aux USA :
constat de faillite François Ewald 107

Livres

•• Acting under Uncertainty multidisciplinary concep-
tions », George M. von Furstenberg • - Readings in Risk »,
Theodore S. Glickman & Michael Gough • • 1. Weltkongress
für Sicherheitswissenschaft, Leben in Sicherheit », Albert
Kuhlmann • - Les jeux au royaume de France du XIII^{ème} au
début du XVI^{ème} siècle », Jean-Michel Mehl • - L'Éthique des
affaires, halte à la dérive », Octave Gélinier • • Invitation à
une philosophie du management », Bruno Jarosson • • Vers
l'entreprise intelligente », Hubert Landier • - L'Acteur et le
changement, essai sur les réseaux », Claude Neuschwander. 109



Le Risque
Thérapeutique

Résumé

Il n'est pratiquement pas de jour où la presse ne rapporte une affaire d'accident médical. Il s'agit le plus souvent du cas d'une victime qui, après de longues années de procédure, a réussi à obtenir la condamnation d'un médecin devant une juridiction pénale ou civile. Plus récemment, la presse a fait état de décisions de tribunaux, qui témoignaient, comme en matière de transfusion sanguine¹, de la volonté de réformer les règles du droit applicable afin de mieux protéger les victimes. Car c'est un fait qu'il n'est plus personne qui se satisfasse du système existant d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Le problème, désormais, est clairement posé. Il s'agit de faire en sorte, non seulement, que les victimes de fautes médicales soient plus rapidement indemnisées, sans avoir à subir les méandres d'une procédure juridique coûteuse et aléatoire, mais que les victimes de purs accidents médicaux, dont les conséquences peuvent être redoutables, ne soient pas abandonnées à leur détresse.

Les assureurs, après avoir longtemps considérés que le problème échappait à leur compétence, formulent aujourd'hui des propositions d'assurance du risque thérapeutique qui, pour un coût extrêmement modique, permettraient de donner une solution satisfaisante au problème, et cela sans que l'on ait à toucher aux règles de la responsabilité médicale.

I. Les données du problème dépendent du droit de la responsabilité. Les victimes d'accidents thérapeutiques ne sont indemnisées que lorsqu'elles peuvent faire la preuve, délicate à apporter, d'une faute du médecin ou de l'hôpital qui les a soignés.

page 7

Ce système, défavorable à la victime, qui doit supporter les aléas d'un procès, ne satisfait pas plus les médecins qui redoutent les évolutions d'une jurisprudence toujours plus sensible aux besoins des victimes.

Les politiques veulent éviter une dérive à l'américaine qui conduit à la fois à une augmentation du coût des soins et à ce que les médecins, par peur des procès, s'interdisent de dispenser une médecine de pointe.

II. Différents pays européens ont adopté des solutions :

page 12

• **Commissions et bureaux d'experts** comme en **Allemagne** et en **Suisse**. Il s'agit de procédures amiables qui, procédant à la détermination objective de la cause la plus probable de l'accident, permettent de prévenir les

page 12

* Directeur de recherche, CNRS

** Membre titulaire de la Commission de Contrôle des Assurances

1. *RISQUES* reviendra dans une prochaine livraison sur les récentes décisions du T. A. de Marseille (11 juin 1991) et du T. G. I. de Paris (1er juillet 1991).

procès et d'aboutir à des transactions dès lors qu'une responsabilité médicale apparaît en jeu. Ces procédures, qui donnent généralement satisfaction, n'offrent aucun secours pour les patients qui n'ont pas été victimes d'une faute médicale.

page 16

• En **Suède**, et plus récemment en **Finlande**, ont été mis en place des dispositifs d'assurance patient, finalisant l'assurance de responsabilité des médecins sur la garantie d'une indemnité pour le patient qui n'aurait pas bénéficié des soins les plus appropriés en l'état actuel de la science.

page 20

• **Le Conseil de la Communauté européenne** prépare une proposition de directive concernant la responsabilité des prestataires de services qui pourrait inclure la prestation des soins médicaux. Le projet, en cas de dommages subis par le consommateur, prévoit un mécanisme de renversement de la preuve, assorti d'une présomption de faute du prestataire de services.

III. En France, depuis les années 70, une dizaine de projets de lois ont été déposés devant le parlement.

Trois grands types de propositions ont été formulées:

page 22

La première, et la plus ancienne, consiste à instituer des **médiateurs médicaux**. Cette solution, qui rappelle et s'inspire des précédents allemands et suisses, n'est pas en mesure à elle seule d'apporter une solution au problème posé.

page 23

Une autre solution, préconisée par le Médiateur national, propose un système de **renversement de la preuve**. Cette proposition, qui maintient le débat dans son cadre juridique, risque de compliquer les choses et d'envenimer des rapports médecins-malades déjà suffisamment tendus.

page 27

Les derniers projets proposent **l'assurance du risque thérapeutique** défini comme - aggravation ou complication, imprévisible et inattendue subie par le malade en relation avec un acte thérapeutique -, risque qui peut avoir sa cause dans une faute thérapeutique comme dans une réaction imprévue du patient au traitement.

L'assurance du risque thérapeutique peut elle-même se concevoir par le biais de la création d'un **fonds de garantie**, solution lourde, conduisant à socialiser la médecine, préconisée dans différents projets de loi.

page 31

Elle peut faire aussi l'objet d'une **assurance de personnes**. L'APSAD a récemment développée cette formule, expérimentée par l'UAP. C'est la solution la plus économique : elle permet de garantir toute victime d'un accident thérapeutique sans qu'elle ait à subir les tracas d'un procès et sans qu'il y ait à toucher aux règles du droit de la responsabilité ■

LE RISQUE THERAPEUTIQUE

MOTS CLÉS : Assurance de personnes. • Avance sur recours. • Droit. • Fonds de garantie. • Responsabilité médicale. • Risque thérapeutique. •

La question de la responsabilité médicale et de l'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques est arrivée à un point tel, que la réforme du dispositif existant ne fait plus guère de doute. Depuis une quinzaine d'années, des projets de lois sont régulièrement déposés sur le bureau des assemblées. Congrès médicaux et colloques se succèdent. Différents pays européens, la Suède et la Finlande en particulier, se sont déjà engagés dans la voie des réformes. Bruxelles semble vouloir s'emparer de la question. L'opinion est devenue extraordinairement sensible sur ce problème que la presse traite avec une certaine délectation. Les vœux des acteurs sont désormais bien connus. Les solutions existent. Le problème n'est plus de savoir s'il faut ou non réformer le système existant, il est de savoir comment.

Les causes du mal sont connues : elles tiennent dans le fait qu'à l'heure actuelle, selon les règles du droit, l'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques dépend de la reconnaissance juridique d'une responsabilité. Or, les règles du droit de la responsabilité impliquent, par principe, une limitation de l'indemnisation des victimes, quand ne cesse de se renforcer une aspiration à une plus grande sécurité et à une plus grande protection. Deux grandes voies de réforme sont ouvertes : on peut d'abord songer à modifier le droit de la responsabilité. C'est la solution **juridique**. On peut aussi éviter de toucher aux règles du droit et chercher à rendre l'indemnisation des victimes indépendante de la reconnaissance d'une responsabilité. C'est la voie adoptée, depuis un siècle, à chaque fois qu'un problème de ce type s'est posé : accidents du travail (1898), dommages à la construction (1978), accidents d'automobile (1985). La solution passe ici par **l'assurance**. Dans ce cas, le problème est de savoir comment organiser cette assurance : comment d'abord définir le risque assurable, **le risque thérapeutique** ? Sur qui en reporter la charge ? Quelles institutions prévoir pour le gérer ?

Actuellement, différentes solutions juridiques et assurancielles sont en concurrence. Certains parlent de renversement de la preuve. D'autres voudraient voir instituer un fonds de garantie qui préfinancerait l'indemnisation des victimes. D'autres encore, voient la solution dans l'institution d'une assurance de personnes, doublée d'un mécanisme d'avance sur recours. Cet article a pour but de présenter ces différents projets en en faisant ressortir la philosophie et de les restituer dans une perspective comparative et en particulier européenne.

■ I - LES DONNÉES DU PROBLÈME

Le système actuel d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résulte d'une construction jurisprudentielle complexe, patiemment élaborée par les tribunaux des trois ordres, judiciaire, administratif et pénal. Sa caractéristique la plus évidente est qu'il ne satisfait plus aucune des deux principales parties prenantes : malades et médecins.

Le droit applicable...

Le dispositif juridique est le suivant : il place l'indemnisation de la victime d'un accident thérapeutique sous la dépendance de la reconnaissance de la responsabilité de l'auteur de son dommage. Le droit français de la responsabilité médicale reconnaît, actuellement, deux types d'auteurs, selon le type de médecine exercée. En médecine libérale, l'auteur sera un médecin, sa responsabilité étant jugée selon les règles du droit privé de la responsabilité. Si le médecin exerce en hôpital, joueront les règles de la responsabilité administrative. Peu importe ici le détail de ces règles que la jurisprudence ne cesse d'affiner. Elles posent que le médecin n'est pas soumis à une **obligation de résultat** - il n'est pas tenu d'obtenir la guérison ou le rétablissement de la santé du patient - il doit seulement prendre toutes les mesures pour atteindre cet objectif. Selon la formule consacrée par l'arrêt Mercier (26 mai 1936), récemment rappelée par la Cour de cassation : le médecin doit - sinon guérir le malade...du moins lui donner des soins non pas quelconques...mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

Par principe, le mécanisme du droit de la responsabilité sélectionne parmi les dommages et les victimes : tous les accidents thérapeutiques, c'est-à-dire tous les cas où le malade doit souffrir d'une aggravation ou d'une complication graves et imprévues de son état, consécutives à un acte médical, ne peuvent être imputés à la faute d'un médecin ou d'un hôpital. Mais, dans le même temps, monte la clameur des patients qui estiment que le partage effectué par les juges entre victimes indemnisées et non indemnisées est injuste. C'est un fait sociologique qu'après le droit à la santé, le droit à la guérison a fait son apparition dans les esprits. Les ratés de la médecine et de la chirurgie sont montés en épingle dans la presse. Les journalistes se mettent volontiers sous la dent le résultat des procès, généralement défavorables au patient.

Pour répondre à cette aspiration à la sécurité, les tribunaux ont cherché à étendre la responsabilité du médecin, en donnant une définition de plus en plus large de la faute sanctionnable et en invoquant de nouveaux chefs de responsabilité (défaut de consentement éclairé, perte d'une chance de guérison), sans que cela réduise les plaintes des patients. Au contraire, tout se passe comme si les demandes des patients augmentaient à mesure que s'ouvrent de nouvelles possibilités d'indemnisation. Ce qui provoque, en retour, les récriminations des médecins qui, dans un but de protection des victimes, se trouvent accusés d'avoir commis des fautes dont la réalité leur paraît contestable. Ils craignent une dérive à l'américaine où le patient se voit offrir, à la sortie de l'hôpital, les services d'avocats qui lui promettent de mirobolantes indemnités quand le médecin, de son côté, va prendre toutes les précautions pour ne pas encourir une quelconque

responsabilité, que ce soit ou non le plus opportun du point de vue des soins dus à son malade.

Le système juridique de réparation des accidents thérapeutiques est soumis aux critiques suivantes :

• **Il est complexe, arbitraire et aléatoire.** Complexe, en raison des règles du droit de la responsabilité et de la mise en cause éventuelle de plusieurs types de juridictions. Arbitraire et aléatoire dans la reconnaissance des fautes qui, pour des faits analogues, pourront varier d'un tribunal à l'autre. Il serait irrespectueux de prétendre que les décisions rendues s'apparentent à une sorte de loterie. Jugements et arrêts sont prononcés par des magistrats soucieux de rendre sereinement justice aux parties. Mais comment distinguer, ailleurs que dans un manuel de droit, une faute simple d'une faute lourde ? Ce qui est lourd, à Strasbourg, risque de paraître plus léger à Clermont-Ferrand ;

... et ses critiques

• **Il est défavorable aux victimes** qui doivent supporter le poids de procès. Les procédures, surtout si elles impliquent appel et cassation, sont longues et coûteuses. Surtout, il appartient aux victimes d'apporter la preuve de la faute du médecin. Or, les victimes d'un accident médical sont dans une position telle, que cette preuve leur est particulièrement difficile à apporter. Le médecin mis en cause invoquera le secret médical et résistera à communiquer les documents. Avec ceci, en outre, que cette preuve sera jugée par un expert qui ne peut lui-même être qu'un médecin. D'où la suspicion que les médecins soient à la fois juges et parties. Le droit de la responsabilité ménage un fort rapport d'inégalité entre la victime et l'auteur présumé du dommage. Ce faisant, le système conduit à reporter sur la victime la charge de tous les cas qui, non seulement relèvent de l'accident ou de la force majeure, mais aussi des cas non élucidés, des cas où la causalité n'a pu être établie. L'ignorance sur les faits est pratiquement mise, par le droit, à la charge des victimes ;

• **Mais il n'est guère plus favorable aux médecins** qui peuvent redouter les développements d'une jurisprudence, qui étendrait leurs fautes - jusqu'à ce que le terme devienne une fiction, les obligeant seulement à prendre des précautions, telles qu'au bout du compte, ils en viendraient plus à se protéger eux-mêmes contre le risque juridique de leur responsabilité qu'à choisir, si elle est risquée, la meilleure thérapeutique pour leurs patients. Hypothèse où la recherche juridique de la responsabilité manque son but régulateur de l'activité professionnelle : à force de vouloir protéger les patients, on aboutit en fait, à moins bien les soigner. Le système est encore défavorable aux médecins qui, pour des raisons de commodité de procédure, se voient attirer devant les juridictions pénales dont les décisions sont infamantes ;

• Le droit de la responsabilité, enfin, conduit à transformer la relation médecin-patient, supposée devoir être une relation de confiance, **en une relation faite de suspicion**, conflictuelle, au détriment des deux parties.

L'ensemble de ces griefs, reproduits à longueur d'articles et dans les exposés des motifs des différents projets de lois déposés au Parlement, sont exactement ceux qu'il y a un siècle on adressait au système judiciaire dans l'indemnisation des

accidents du travail. Et aujourd'hui, comme il y a un siècle, se trouvent fixés les mêmes objectifs de réforme : supprimer les procès et définir un système d'indemnisation principalement focalisé sur la victime, plutôt que sur la recherche des responsabilités. Dans le cas des accidents du travail, les parlementaires ont mis dix-huit ans à s'entendre sur le principe d'une réparation fondée sur la notion de risque professionnel, couvert par un dispositif d'assurance dont la charge serait répartie entre patrons et ouvriers. Les premiers projets de réforme de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux datent environ d'une quinzaine d'années. Il y a donc quelque chance que l'on parvienne, dans de relativement brefs délais, à une indemnisation construite sur la notion de risque thérapeutique.

■ II. LES SOLUTIONS EUROPÉENNES

Face au problème de l'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques, les différents pays européens se trouvent dans une situation relativement comparable à celle de la France. Cela tient à ce que l'indemnisation y obéit aux règles d'un droit de la responsabilité généralement fondé sur la faute. Dans les pays qui se sont engagés dans la voie des réformes, deux grands types de mesures ont été adoptés :

2.1 - Commissions et bureaux d'experts.

Un premier type de mesure a consisté à introduire des **mécanismes de médiation** entre malades et médecins. L'objectif est ici de remédier au manque d'information du patient par recours à une instance d'expertise tierce dont la tâche sera de dégager, avec objectivité, les causes du dommage subi par le patient. La médiation de l'expertise fonctionne ainsi, comme une sorte de mécanisme de pacification et de présélection des victimes raisonnablement indemnisables, victimes à qui l'assureur de responsabilité du médecin impliqué pourra proposer une transaction. Ce sont les solutions allemande et suisse.

Allemagne

En RFA, l'initiative a été prise par le corps médical qui a mis sur pied de 1975 à 1978, sur l'ensemble du territoire fédéral, des commissions médicales indépendantes sous forme d'offices de conciliation et de commissions d'experts. Bien que la composition et le fonctionnement de ces commissions varient selon les régions, leur philosophie est la même. Soit l'exemple bavarois, pionnier en l'espèce : un protocole d'accord a été signé en avril 1975 entre la Chambre des médecins du Land de Bavière et la Fédération des assureurs de responsabilité et accidents (H.U.K. Verband) afin de créer une commission de conciliation. Il y était stipulé que le bureau de conciliation devait conduire à un règlement, hors procès, des différends entre médecins et patients. La tâche principale du bureau est la constatation des faits matériels et la mise en oeuvre d'une expertise médicale.

Rhénanie du Nord (période du 01/12/75 au 31/05/88)

Affaires présentées.....	7 288
Compétence déclinée.....	1 923
Affaires retirées.....	288
Décisions.....	4 409
Erreurs de traitement.....	1 126

**Résultats de la commission d'experts de Nord-Rhénanie
(Rapport de M. Ortwin Kroninger, colloque de la SHAM précité).**

DECISIONS DU 1. 12. 1975 AU 31. 10. 1985

SPÉCIALITÉ	Affaires présentées	Dont erreurs de traitement	%
Chirurgie	1 355	283	20,89
Orthopédie	400	98	24,50
Gynécologie	306	76	24,84
Médecine interne	211	49	23,22
ORL	169	11	6,51
Médecine générale	151	38	25,17
Urologie	128	11	8,59
Médecin exerçant en établissements de soins	2 158	445	20,62
Médecins exerçant en cabinet privé	857	224	26,13

**ERREURS DE TRAITEMENT RECONNUES
PAR LA COMMISSION DE
RHÉNANIE DU NORD AU 31. 05. 87**

SPÉCIALITÉ	N	%	Médecins exerçant en établissement de soins	Médecins exerçant en cabinet privé
1.Chirurgie	447	40,5	371	76
2.Gynécologie	159	14,4	124	35
3.Orthopédie	118	10,7	64	54
4.Médecine interne	104	9,4	52	52
5.Médecine générale	69	6,2	-	69
6.Radiologie	39	3,5	20	19
7.Urologie	35	3,2	23	12
8.Anesthésie	30	2,7	30	-
9.ORL	28	2,6	24	4
10.Neurochirurgie	14	1,3	14	-
11.Dermatologie	14	1,3	5	9
12.Pédiatrie	13	1,2	4	9
13.Ophtalmologie	10	0,9	5	5
14.Stomatologie	8	0,7	6	2
15.Neurologie	6	0,5	3	3
16.Pathologie	4	0,4	3	1
17.Médecine nucléaire	2	0,2	2	-
18.Radiothérapie	2	0,2	2	-
19.Psychiatrie	1	0,1	1	-
	1104	100,0	753	351

(Source : Gerling Konzern - Cologne)

Le Bureau de conciliation est composé de quatre membres : deux sont désignés par la Chambre des médecins, un par le médecin concerné, le dernier par le patient. Le Bureau qui peut ordonner une expertise remet à chacune des parties un rapport motivé. Le rôle du Bureau est purement technique ; il se borne à dire si le médecin est ou non responsable. Il revient ensuite à l'assureur de proposer l'indemnité éventuelle. Il est partout stipulé que ces commissions d'experts ne sont pas un tribunal : elles ne remplacent pas la justice. Le patient garde la possibilité de se porter en justice s'il n'est pas d'accord avec l'avis concernant les responsabilités médicales ou avec le montant des indemnités proposées.

Suisse

Depuis 1982, la Fédération des médecins **suisses** (F.M.H.) s'est engagée dans une semblable expérience : des bureaux d'expertises extra-judiciaires ont été institués dans plusieurs cantons. L'objectif est de remédier à l'inégalité entre médecins et patients en fournissant des experts ayant à rendre un avis dans des délais brefs. La procédure est contradictoire et le bureau peut être saisi, aussi bien par le patient que par le médecin menacé de procès. L'expertise est gratuite.

L'expérience, en Allemagne comme en Suisse, donne satisfaction. Les bureaux d'expertises, qui fournissent une information partagée sur les causes des dommages et les responsabilités engagées, fonctionnent comme des mécanismes de prévention des procès.

Suisse (période 1982 à 1988)

	Nombre d'expertises rendues	Fautes professionnelles		Réponses indécisées Fautes professionnelles	
		retenues	niées	plutôt retenues	plutôt niées
Pour les deux offices de Berne et de Lausanne entre 1982 et 1987	325	71	231	9	14
Bureau de Berne 1988	27	5	22	-	-
Bureau de Lausanne 1988	30	8	22	-	-
Totaux 1982-1988	382 100 %	84 21,98 %	275 72,6 %	23 6 %	

(Source : Union Suisse - Genève)

**Résultats pour la Suisse
(Rapport de M. Veniero Ferrarese, colloque de la SHAM précité)**

Discipline concernées par l'expertise	Fautes professionnelles		Réponses indéçises plutôt	
	retenues	niées	oui	non
Chirurgie 34	7	27	1	1
Gynécologie 3	2	1	-	-
ORL 3	-	3	-	-
Médecine générale 2	1	1	-	-
Anesthésiologie 2	-	2	-	-
Urologie 2	1	1	-	-
Ophthalmologie 2	-	2	-	-
Pédiatrie 2	-	2	-	-
Médecine interne 2	1	1	-	-
Gastroentérologie 1	-	1	-	-
Cardiologie 1	-	1	-	-
Néphrologie 1	-	1	-	-
Pneumologie 1	-	1	-	-
Radiologie 1	1	-	-	-

(Source : Union Suisse - Genève)

**Résultats pour la Suisse
(Rapport de M. Veniero Ferrarese, colloque de la SHAM précité)**

Disciplines et sous-spécialités concernées par une demande d'expertise (1982-1988)	
Chirurgie.....	290
Gynécologie.....	63
Médecine générale.....	48
Ophthalmologie.....	25
ORL.....	24
Anesthésiologie.....	23
Médecine interne.....	17
Urologie.....	17
Dermatologie.....	12
Radiologie.....	11
Pédiatrie.....	8
Neurochirurgie.....	7
Rhumatologie.....	7
Neurologie.....	6
Hématologie.....	3
Néphrologie.....	3
Gastroentérologie.....	3
Cardiologie.....	2
Psychiatrie.....	2
Indéterminé.....	4
TOTAL.....	575

(Source : Union Suisse - Genève)

Il faut toutefois noter que ces dispositifs ne répondent que partiellement au problème posé. Si l'on obtient ainsi, une pacification des relations médecins-malades, le malade n'est pas pour autant protégé contre les accidents qui ne sont pas reconnus comme mettant en jeu une responsabilité médicale au sens traditionnel du terme. L'avis donné par les experts s'inscrit dans le cadre juridique existant. Le patient garde donc à sa charge tout ce qui ne relève pas d'une faute professionnelle du médecin. En un mot, l'aléa thérapeutique reste à la charge du malade. Ce n'est donc la solution que d'une partie du problème. Reste l'autre : assurer une meilleure protection de la victime.

2.2 - L'assurance-patient

C'est ce dernier objectif qu'on a cherché à satisfaire en **Suède**, à partir de 1975, et en **Finlande** depuis 1986, avec la mise en place d'une assurance de responsabilité d'un type nouveau : essentiellement axée sur la protection de la victime, elle vise à couvrir un risque qui n'est plus exactement un risque de responsabilité.

Suède

• **Le protocole suédois d'assurance de responsabilité envers les patients**¹. Il s'agit d'un texte élaboré en 1974, mis en vigueur le 1er janvier 1975 et révisé à effet du 1er janvier 1988. Les parties à l'acte sont la Fédération suédoise des conseils généraux, agissant pour le compte des autorités de santé et un groupement d'assureurs suédois chargé de la gestion. La création de cette assurance de responsabilité résulte d'une démarche conventionnelle, préférée à un texte légal jugé trop rigide, c'est-à-dire difficilement modifiable.

La finalité du système consiste à indemniser à l'amiable, le dommage découlant du risque thérapeutique. Le système n'a pas pour fondement juridique le critère de la faute. Il est pragmatique et s'intéresse au dommage causé. La problématique consiste à déterminer, indépendamment de toute considération de la conduite du médecin impliqué, quels sont les dommages qu'il apparaît juste d'indemniser.

C'est dire que l'assurance-patient suédoise n'indemnise pas toute aggravation ou toute complication subie par un malade en relation avec un acte médical. Il y a plusieurs types de critères de sélection : un critère d'entrée, définissant un seuil minimal de gravité des dommages², et surtout des critères de relation entre la complication dont se plaint le malade et l'acte médical.

Le principe est que ne sont pas indemnisées • les conséquences *inévitables* d'une maladie ou de son traitement nécessaire •³. Ne sont indemnisables que les lésions relatives à des • situations où le dommage *aurait pu être évité*

1) si une méthode meilleure et moins risquée était accessible et aurait ainsi dû être choisie ;

1. Le protocole comprend aussi une assurance de responsabilité médicaments dont nous ne traiterons pas ici.

2. L'indemnisation exclut les incapacités de travail inférieures à 50% pendant moins de 30 jours, l'hospitalisation inférieure à 10 jours, les petites invalidités.

3. Carl Oldertz, « Le Système suédois », Indemnisation de l'aléa thérapeutique, Colloque du 30 mars 1990, SHAM, p. 23.

- 2) si la lésion avait été causée par un traitement qui, même motivé du point de vue médical à l'époque, devait après le traitement se montrer totalement superflu ou inutile et ainsi apparaître non justifié ;
- 3) si, en tant qu'hypothèse - ayant connaissance qu'une complication s'est produite - il aurait été possible d'éviter la complication en administrant le traitement d'une manière un peu différente présentant au moins la même efficacité ;
- 4) s'il était probable que le diagnostic correct aurait été fait, si le patient avait été traité par un médecin spécialiste -⁴.

Ce critère est assez comparable à celui que la jurisprudence française a construit avec la notion de perte de chance : seront indemnisées, les complications dues à un acte médical, quand il apparaît que, selon l'expérience et la science, une autre thérapeutique aurait pu permettre de les éviter. On n'examine donc pas la conduite du médecin *in concreto* ; on compare *in abstracto* la thérapeutique ou le diagnostic, pratiqués avec un autre protocole possible ou un protocole standard. L'indemnisation dépend d'une évaluation purement factuelle, indépendante de la recherche de ce qui s'est effectivement passé, décrite par la réponse aux trois questions suivantes :

• La lésion a-t-elle été causée en conséquence directe d'un traitement dont le système de santé publique est responsable ? Si la réponse est négative, il n'y a pas droit à une indemnité⁵. Si la réponse est positive, le droit à indemnité dépend de la réponse aux questions suivantes ;

• Le traitement causant la lésion, était-il justifié d'un point de vue médical ? Si la réponse est positive, il n'y aura pas de dédommagement. Si la réponse est négative, on doit répondre à la troisième question ;

• La lésion aurait-elle pu être évitée, si le patient avait pu être traité de façon aussi efficace d'une autre manière ? Si la réponse est positive, les dommages-intérêts sont payés, et si elle est négative, il n'y aura pas droit à une indemnité⁶.

Aussi ne sont indemnisées que les complications ayant un rapport direct avec les soins ; dès lors qu'elles ne sont pas la conséquence inévitable d'une mesure justifiée, c'est-à-dire les complications non raisonnablement acceptées comme la conséquence d'une prise de risque, les lésions imputables au résultat d'exams erronés ou mal interprétés, l'infection transmise au patient, les accidents causés en cours d'examen ou de transport.

Ne sont pas indemnisables : les conséquences inéluctables de risques que l'on

4. *Ibidem*. - En conséquence ne sont pas prises en charge par l'assurance-patient, les lésions qui se produisent suite à des méthodes généralement acceptées, et qui n'auraient pas pu être évitées, quand bien même la méthode de traitement aurait été appliquée de manière différente ; qui sont le résultat de retard dans le diagnostic ou dans le traitement et, qui n'étaient pas causées par négligence ; qui étaient le résultat de ressources insuffisantes du système sanitaire, dues à la gestion de l'hôpital.

5. Ce qui exclut les lésions sans relation avec un acte médical et celles que le patient a pu se causer lui-même.

6. *ibid.*, p. 24.

devait prendre ; les conséquences d'une maladie devant entraîner le résultat constaté ; l'effet inévitable de certains médicaments. Il faut souligner enfin, que l'ignorance ou l'incertitude, concernant la situation dommageable ou la possibilité qu'un autre traitement aurait permis d'éviter les lésions subies, profitent aux patients⁷.

Du point de vue du montant des indemnités, les principaux éléments du préjudice sont tarifés. L'indemnité couvre les douleurs et souffrances, le préjudice d'agrément, les inconvénients permanents, les frais futurs sous forme de rente. Il existe une échelle de degré d'invalidité médicale destinée à la tarification des dommages-intérêts pour douleur et souffrance permanentes et perte d'agrément, ainsi qu'un barème de la valeur des degrés d'incapacité.

Le patient peut contester la décision de l'assureur et demander l'avis du Comité consultatif des réclamations. S'il persiste dans sa réclamation, le cas peut être soumis à un arbitre. Les réclamations sont peu nombreuses, 2% en moyenne des cas.

Le coût moyen de l'indemnité allouée correspond à environ 45 000 francs par lésé. La cotisation annuelle par habitant est de l'ordre de 14 francs par an, ce qui s'explique par le fait que 42% des réclamations sont rejetées.

Résultats pour la Suède
(Rapport de M. Carl. Oldertz, colloque de la SHAM précité)

Pour 1988, la prime totale de l'assurance responsabilité envers les patients, à payer par les hôpitaux, est estimée à 98,5 millions de Couronnes, soit 12 Couronnes par habitant. Elle comprend une base permanente qui correspond aux indemnités versées. Pour 1988 cette partie de la prime sera de 70,4 millions de Couronnes, ce qui correspond à environ 8,40 Couronnes par habitant. La prime annuelle à payer par les médecins privés, physiothérapeutes et dentistes privés s'élève respectivement à 400 Couronnes, 250 Couronnes et 750 Couronnes. Les frais d'administration de l'assurance sont estimés à environ 1 % des primes. Jusqu'au 31 décembre 1988, 59 718 réclamations ont été enregistrées. Sur celles-ci, 24 133 ne peuvent donner lieu à indemnisation. Des 35 585 cas restants, 23 749 concernaient des accidents survenus dans le système de santé publique géré par les conseils généraux. 10 398 cas émanaient de dentistes et 224 de médecins en pratique privée, 76 cas de médecins du travail et 38 cas des hôpitaux privés ou maisons de convalescence. Sur les 35 585 cas indemnisables, 28 966 avaient déjà fait l'objet du règlement, 6 619 cas étaient encore en instance, l'examen du dossier n'étant pas encore achevé. Le nombre de dossiers n'a fait qu'augmenter chaque année et aujourd'hui on estime que le nombre total de lésions indemnisables survenues durant 1988 sera d'à peu près 4 000.

Le coût total des accidents enregistrés jusqu'au 1er juillet 1988, s'élève à environ 553 millions de Couronnes.

69 % des dommages-intérêts versés se rapportent à des douleurs et souffrances ou à d'autres formes de préjudices non financiers. La perte de revenu correspond à environ 14 %. Les coûts d'hospitalisation ou les frais médicaux s'élèvent à environ 13 %. Le coût lié aux cas de décès est estimé à environ 2 %.

Le coût moyen par réclamation acceptée pour 1987 s'estime à environ 36 000 Couronnes. Sur les 18 532 lésions indemnisables qui se sont produites dans des hôpitaux, 13 313 résultent d'opérations ou interventions analogues, 1 344 d'erreurs de diagnostic et 3 420 ont été causées par des accidents.

7. *ibid.*, p. 23.

Dans la plupart des cas, il s'agit de personnes de plus de 50 ans, et la fréquence est plus grande parmi les patients femmes que les patients hommes.

Le comité de lésions des patients s'est prononcé dans 1 364 cas, dont 2 % portaient sur des questions de principe.

Le comité a été d'accord avec la décision du consortium dans 90 % des cas, et l'a infirmée dans à peu près 10 % de cas. 13 cas ont été soumis à l'arbitrage. Sur ceux-ci, quatre ont été réglés en faveur de la personne lésée. Dans 10 cas, des poursuites légales ont été engagées contre les hôpitaux ou des médecins.

Dans un cas, le plaignant a reçu une indemnisation plus importante pour se faire soigner au domicile, ce que l'assurance n'accordait pas. Les cas restants sont encore en instance ou ont été abandonnés par le plaignant. Aucun jugement n'a encore été prononcé dans ces cas, ce qui explique que jusqu'à maintenant, on n'ait pas prononcé de décisions judiciaires relatives à des lésions survenues après le 1er janvier 1975 ♦

• **La loi finlandaise du 25 juillet 1986.** La Finlande s'est dotée en 1986, par voie légale, d'un dispositif comparable à celui de la Suède. S'agissant d'une loi de responsabilité, celui qui exerce une activité sanitaire est tenu de s'assurer. En cas d'omission, il doit payer dix fois le montant de la cotisation. Les assureurs sont tenus de se grouper en une Union d'assurances-patient, garante des cas de non-assurance. Le montant des cotisations est fixé sous le contrôle du ministre de la Santé.

Finlande

La loi s'applique au dommage causé à un patient par un service médical ou de santé, ou à l'occasion d'un essai biomédical. Est indemnisé, le dommage qui, selon toute probabilité :

- a été causé au patient, par des examens, traitements, etc, ou si quelque chose d'équivalent a été négligé ;
- résulte de la contagion ou de l'infection provoquée par les soins ;
- découle d'un accident. Le texte précise que ne sont pas indemnisées, les conséquences inévitables d'un traitement. Par contre, les conséquences excessives d'un examen le sont. Aucune indemnité n'est allouée pour les dommages peu importants ou volontairement subis.

Les sommes versées par les tiers payeurs viennent en déduction du montant de l'indemnité. De plus, l'Union est subrogée vis-à-vis d'éventuels payeurs. La prescription est de trois ans à compter de la connaissance du dommage. La demande doit être présentée au plus tard vingt ans après l'événement.

Ces dispositifs d'assurance-patient sont doublés de **commissions d'arbitrage**. La Suède dispose de deux organismes : un système d'arbitrage réglant les litiges entre patients et assureurs et un jury de réclamation de six membres, dont trois sont désignés par le gouvernement, chargé de se prononcer sur les questions de principe ou les litiges relatifs à l'indemnisation. En Finlande, une commission de dommages-patient, composée de sept membres titulaires, désignés par le Conseil des ministres et installée auprès du ministère de la Santé, a pour tâche de donner son avis sur l'indemnité due, au titre du risque thérapeu-

*Commissions
d'arbitrage*

tique, tant au patient qu'éventuellement au tribunal. La loi lui enjoint de rechercher une pratique homogène. Elle peut refuser de donner un avis si elle estime la demande mal fondée⁸.

Le système suédois est intéressant à plusieurs titres. Il définit une modalité d'indemnisation des dommages, indépendante de la recherche de ce qu'a été la conduite de tel médecin ou de tel service, dans le cas précis donnant lieu à réclamation. Le critère de l'indemnisation dépend d'une comparaison formelle entre le traitement utilisé et l'existence d'un autre protocole possible qui aurait pu donner de meilleurs résultats. En ce sens, on peut parler de critères d'indemnisation objectifs. Ils dépendent de la définition de protocoles standards, qui relèvent de la compétence des autorités médicales. Ce qui revient à dire que, par l'assurance-patient, les médecins garantissent aux malades qu'ils bénéficieront du meilleur traitement et des meilleurs soins possibles, adaptés à leur cas particulier, sans quoi ils seront indemnisés. Mais le système ne va pas au-delà de la garantie, automatique et sans procès, de cette obligation de moyens. Il laisse à la charge du malade toute autre complication ou aggravation de son état de santé même liée à un acte médical. C'est aussi ce qui en fait la limite.

CEE

2.3 - La proposition de directive du Conseil des Communautés européennes sur la responsabilité des prestataires de services⁹.

Bruxelles, enfin, semble avoir des velléités d'intervention. En effet, après le difficile succès rencontré par la directive du 25 juillet 1985, relative à la **responsabilité du fait des produits défectueux**, un avant-projet de proposition de directive sur la **responsabilité du fait des prestataires de services** allait voir le jour en 1990.

Selon un principe déjà posé par la directive-produits, le texte propose d'introduire une présomption de défaut de sécurité contre le prestataire de services lorsqu'un dommage se produit, présomption irréfragable dès lors que le prestataire n'a pas respecté les règles communautaires, visant à assurer la protection de la santé et de la sécurité physique des consommateurs.

Les auteurs du texte ne pouvaient éluder le problème de la prestation des soins relatifs à la santé. Mais conscients de la difficulté de l'entreprise et de la nécessité d'avancer à pas prudents, ils ont précisé dans une première version que « chaque Etat membre peut prévoir... l'exclusion des soins de santé en tant que tels, à la condition toutefois, que cet Etat membre ait mis en fonctionnement à cette date, un fonds de compensation pour les victimes de santé sur la base d'une responsabilité sans faute des prestataires de ces soins ». La version du 25 janvier 1990 s'exprimait, à quelques mots près, dans les mêmes termes. Le considérant, visant

8. *Le président et le vice-président doivent être titulaires de la licence en droit et l'un d'eux, familiarisé avec les questions d'indemnisation. Deux membres sont des médecins spécialistes et l'un doit exercer une profession médicale. Enfin, le président doit être familiarisé avec la profession judiciaire. (La traduction de la législation finlandaise nous a été aimablement transmise par M. Maxime Le Roy. Nous l'en remercions vivement.)*

9. J.O.C.E., 18/1/91, N C 12/8.

les soins, insistait sur la nécessité d'une définition large des services, mais il relevait que « les soins de santé pourraient toutefois être exclus dans le cas où une protection aussi élevée des victimes pourrait être assurée autrement ».

Constatant que la responsabilité objective, ainsi posée, suscitait une nette opposition, en particulier des organisations représentatives des prestataires de services, les auteurs du texte proposèrent, dans une nouvelle version datée du 23 octobre 1990, un système de responsabilité pour faute - la faute devant « s'apprécier par rapport à l'attente légitime que le service ne porte pas atteinte à l'intégrité physique des personnes » - avec renversement de la charge de la preuve en faveur de la victime - le prestataire de service ayant donc, en cas de dommage, à faire la preuve de l'absence de sa faute.

L'article 2, où se trouve définie la notion de service, ne mentionne plus l'exclusion possible des soins de santé. Le terme désigne : « toute prestation réalisée à titre professionnel... et de manière indépendante... n'ayant pas pour objet direct et exclusif la fabrication de biens ou le transfert de droits réels ou intellectuels ». L'article 5 dispose que la victime est « obligée de prouver l'existence du dommage et le lien de causalité, entre la prestation de service et le dommage ». Les droits de la victime sont éteints dans les cinq ans de la date de fourniture du service, la prescription intervenant dans les trois ans, à compter de la date à laquelle le plaignant aurait dû avoir connaissance du dommage. La dernière version, du 9 nov. 1990, de ce projet de directive, a maintenu les dispositions précédentes.

Au terme de ce parcours, il apparaît donc qu'il n'y a pas de modèle européen ; seulement une préoccupation commune, avec différents types de solutions. On notera toutefois, la contradiction entre les réalisations européennes, bureaux de conciliation ou assurances-patient et le projet de directive prestataires de services. En effet, les dispositifs allemand, suisse, suédois ou finlandais visent d'abord à éviter les procès entre médecins et malades. Or, le projet de directive, avec son mécanisme de renversement de la preuve et de présomption de responsabilité du médecin, constitue un véritable encouragement aux procès. On peut par ailleurs se demander s'il est bien juste de juger de la responsabilité des médecins selon les mêmes critères que celle des agences de voyage ou des transporteurs routiers.

■ III. LES PROJETS FRANÇAIS : VERS LA COUVERTURE DU RISQUE THÉRAPEUTIQUE

En France, on en est jusqu'à présent resté au stade des projets, des discussions et des colloques. C'est une habitude. Il y a un siècle, le parlement français était encore empêtré dans une discussion interminable sur les mérites indépensables de la faute, quand l'Allemagne bismarkienne, reprenant le principe du risque professionnel défendu par Félix Faure dès l'origine du débat, se dotait, avec

quinze ans d'avance, d'un dispositif d'assurance-accidents du travail, évidemment jalosé par les Français. Les projets français s'inscrivent sur une même palette que projets et réalisations européens.

3.1 - Le médiateur médical

*Projet
Mac Aleese*

A la fin des années 70, une commission présidée par **M. Mac Aleese**, conseiller à la Cour de cassation, devait se saisir de la question à la demande du gouvernement. Elle rendit, en juillet 1980, un rapport préconisant l'institution de médiateurs médicaux ayant une double fonction d'« information objective » sur les circonstances des accidents et de conciliation.

Le médiateur, un magistrat, serait saisi avec l'accord des parties. Il désignerait des experts, les assureurs des médecins acceptant de prendre en charge les frais d'expertise. On escomptait que l'information ainsi produite, dissuaderait les victimes d'intenter des procès, en particulier pénaux, contre les médecins et encouragerait la pratique de la conciliation.

Le 15 mai 1981, un décret signé par le gouvernement Barre, alors démissionnaire, instituait les médiateurs médicaux. Mais ce décret, attaqué devant le Conseil d'Etat par une organisation de consommateurs, fut annulé pour excès de pouvoir¹⁰.

*Proposition
B. Debré*

Le 17 novembre 1987, **M. Bernard Debré** reprenait le projet sous forme d'une proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale. L'existence d'une procédure de transaction permettrait de réduire le nombre des actions en responsabilité médicale. « Les médiateurs médicaux, stipulait l'article 1 du projet, ont pour mission de veiller à l'information des patients et de faciliter le règlement amiable des différends ». La proposition insistait sur le fait que le médiateur, un magistrat en activité ou honoraire, n'aurait aucun rôle juridictionnel, ni aucun pouvoir de coercition. Sa saisie était facultative et ne pourrait résulter que de l'accord des parties. En cas de désaccord persistant, le rapport de l'expert, désigné par le médiateur, pouvait être versé au dossier de la procédure judiciaire. Restée sans suite, M. Bernard Debré déposait à nouveau sa proposition, le 6 juillet 1988¹¹. Toujours en vain.

*Proposition
J. L. Masson*

Dans une perspective comparable, **M. Jean-Louis Masson**, député, avait déposé le 14 décembre 1982 une proposition de loi portant sur la création de « commissions d'indemnisation, compétentes en matière de responsabilité médicale »¹². Composée d'un président-médiateur, de médecins élus et de représentants des usagers, et chargée d'apprécier les dommages découlant de la faute commise par les professions médicales et de déterminer le montant d'une provision - l'octroi de l'indemnité définitive relevant du tribunal de grande

10. Les dispositions prévues relient, selon l'arrêt du Conseil d'Etat, de la compétence du législateur.

11. On avait changé de législature.

12. Assemblée nationale, n°1360, 14/12/1982.

instance - une - commission d'indemnisation - devait être créée auprès de chaque tribunal de grande instance.

La procédure aurait été la suivante : la commission aurait obligatoirement été saisie en matière civile. Le président-médiateur aurait instruit le dossier, désigné trois experts, - un généraliste, un spécialiste et un légiste - et présenté le rapport définitif. La procédure aurait été contradictoire. La proposition, qui s'inspirait à l'évidence de l'expérience allemande - encore que la - commission d'indemnisation - accueillait les usagers - fut classée sans suite.

Conciliation et médiation, qui furent si à la mode dans les années 70, n'ont plus l'heur de plaire, même s'il est de bon ton de faire grand cas des systèmes d'information et de médiation, installés en Suède, en Finlande, en Suisse ou en Bavière, et d'évoquer les dispositifs d'accueil mis en place à l'hôpital Bichat ou aux hospices civils de Lyon. Un sort malin s'acharne sur cet aspect primordial de la question qu'est la qualité des rapports médecin-patient. Dommage ! Car si l'on veut venir à bout des conflits, la première mesure à prendre est de remédier à l'inégalité d'information entre les parties en leur donnant les moyens de s'entendre sur une commune objectivité des faits. Tel est le rôle de la médiation. C'est le préalable nécessaire à toute réforme.

3.2 - Le renversement de la preuve

C'est la solution juridique. Proposée par le médiateur de la République, **M. Paul Legatte**, elle peut, aujourd'hui, se prévaloir des intentions affichées par le projet de directive européenne concernant la responsabilité des prestataires de services.

*Projet
P. Legatte*

Nommé en 1986, Paul Legatte se trouvait bientôt saisi d'une trentaine de cas douloureux et constatait que la justice avait beaucoup de mal à répondre à l'attente des patients. La loi paraissant inadaptée, il lui sembla nécessaire de suggérer la mise au point d'un système efficace, dépassant le traditionnel *distinguo* faute simple-faute lourde, selon l'établissement de soins mis en cause. C'était en avril 1988. La démarche entreprise auprès du gouvernement n'ayant pas produit l'effet escompté, le médiateur remettait, en septembre 1990, au ministre de la Santé, un - projet de loi relatif à la responsabilité médicale et à l'assistance aux victimes d'un accident thérapeutique - où il plaidait les avantages de la responsabilité objective¹³, le renversement de la charge de la preuve¹⁴ et la nécessité d'octroyer immédiatement, les secours indispensables aux victimes ou à leurs ayants droit.

Aussi le projet proposait-il la création d'un droit à réparation, si le médecin mis en cause n'établissait pas avoir agi avec une diligence et une compétence normales, et l'institution d'un fonds de secours et d'assistance doté de la

13. *Le dommage résultant de la prestation du service défaillant étant un risque de société à couvrir équitablement en dehors de toute faute.*

14. *Les prestations étant présumées défectueuses lorsque un dommage se produit.*

personnalité civile, alimenté par un prélèvement sur les contrats d'assurance. Le fonds serait habilité à exercer, à ses frais, les droits de la victime contre le responsable. Il pourrait accorder un secours dans le mois de la demande. Il apprécierait enfin si la défense de la victime était suffisamment fondée.

*Proposition
J. M. Belorgey*

Le 19 décembre 1990, **Jean-Michel Belorgey**, président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, a transformé ce projet en une proposition de loi. Conscient des dépenses que le système entraînerait pour l'Etat, il lui a ajouté un quatorzième article stipulant que : « Les dépenses résultant pour l'Etat de l'application de la présente loi sont compensées par la majoration à due concurrence des droits de consommation sur les tabacs, prévus à l'article 575 A du code général des impôts ».

Même si ce type de projets peut désormais se prévaloir du cadre fourni par le projet de directive européenne, il encoure plusieurs critiques. Il semble d'abord introduire l'idée d'une réparation à deux vitesses : *restitutio in integrum* au cas où la responsabilité du médecin ou de l'hôpital serait mise en cause, secours dans les autres cas. Ce faisant, il institue une discrimination entre victimes, privilégiées ou seulement assistées, difficilement acceptable. Les victimes ne sont-elles pas égales devant le dommage subi et ses conséquences ? N'est-ce pas cette égalité qu'une réforme du système existant doit atteindre ? Cette discrimination tient à ce que ces projets restent centrés sur la sanction de la responsabilité du médecin plus que sur la protection du malade.

Par ailleurs, ce type de projets est une machine à procès. Toute victime d'une complication voudra bénéficier du statut de victime privilégiée, liée à une action judiciaire, et cela, d'autant plus que le principe du renversement de la preuve et de la responsabilité objective du médecin pourra lui paraître favorable.

Au plan de l'éthique, enfin, comment admettre qu'un médecin puisse être responsable sans qu'une faute ne lui soit imputable ? Tout a été dit sur le danger de stagnation de la médecine, dès l'instant où le médecin doit passer le plus clair de son temps, non à soigner, mais à se ménager les preuves de sa non-responsabilité. De tels projets sont déstabilisateurs de la médecine. Ils escamotent l'esprit de prévention au profit d'une assistance mise à la charge de la collectivité.

3.3 - Le risque thérapeutique

*Objectifs de
la réforme*

Rappelons les objectifs de toute réforme en la matière. Ils sont doubles : supprimer les procès et, pour cela, mettre en place un dispositif qui permette une indemnisation des victimes sans que cela passe par la recherche préalable d'une responsabilité. Problème désormais bien connu des spécialistes du droit de la responsabilité : il reçoit, depuis un siècle, une solution par l'assurance. L'assurance indemnise la victime et se retourne contre l'auteur du dommage dans le cas où une responsabilité est en jeu. L'instauration d'un tel dispositif, en matière médicale, suppose la définition d'un risque assurable, **le risque thérapeutique**, ainsi que des institutions capables de le prendre en charge.

3.3.1 - Définition.

Le recours à la notion de risque thérapeutique signifie d'abord, la volonté de penser à l'indemnisation des victimes, indépendamment des catégories et des aléas de la procédure judiciaire. Seule compte la victime, le dommage subi, la protection qu'il est possible de lui garantir. La notion de risque thérapeutique s'inscrit dans une problématique de l'indemnisation rapide, sans procès, à partir de la seule reconnaissance de la réalisation du dommage, indépendamment, dans un premier temps, de la recherche de responsabilités.

Prendre le point de vue de la victime

Le risque thérapeutique, c'est l'aggravation ou la complication, imprévisible et inattendue, subie par le malade en relation avec un acte thérapeutique ; c'est ce qui excède l'incidence prévue et prévisible du traitement accepté par le patient. La notion¹⁵ correspond à une détérioration qualitative de ce traitement par rapport à ce à quoi le patient pouvait normalement s'attendre, compte tenu de l'évolution prévisible de sa maladie. Le risque thérapeutique n'est pas le risque-maladie. Il vient en quelque sorte en excès. Il représente un événement supplémentaire par rapport au déroulement prévisible de la maladie, normalement traitée. Le risque thérapeutique ne désigne donc pas la non-remise du malade en un état de santé parfait ou meilleur que ne l'était l'état antérieur, ni l'inefficacité du traitement, ni l'évolution normale de la maladie, ni bien évidemment le fait volontaire du patient ou un état sans lien avec la maladie soignée ou avec l'intervention chirurgicale.

Risque thérapeutique et risque maladie

La notion de risque thérapeutique rappelle que la relation thérapeutique est une relation d'incertitude. Le malade, précisément parce qu'il est malade, est un facteur de risque. S'il va consulter un médecin, c'est qu'il estime qu'il a plus de chances de guérir en ayant cette conduite qu'en adoptant une autre. Il évalue les risques et choisit de prendre les moindres. Mais il sait aussi, que ceux-ci peuvent se réaliser même en ayant recours au médecin (risque d'inefficacité du traitement, par exemple). Par contre, il est en droit d'attendre que l'intervention médicale n'aggrave pas ceux qu'il encourt, car c'est ce que lui promet le médecin. C'est cette relation d'incertitude que décrit la distinction juridique entre obligation de moyens et obligation de résultats.

Risque thérapeutique et relation thérapeutique

Précisément, le droit de la responsabilité médicale propose une manière de penser la répartition des risques, au sein de la relation thérapeutique. Il dit, dans son état actuel, que ne doivent pas rester à la charge du patient : les risques que le patient n'a pas pu évaluer et dont la connaissance l'aurait peut-être amené à une autre conduite (c'est la problématique du consentement éclairé), les complications qui auraient probablement pu être évitées par le recours à un autre traitement ou une autre manière de le mettre en oeuvre (c'est la doctrine de la faute et de la perte de chance qui correspond à l'obligation faite au médecin de

Le partage des risques

15. Elle est susceptible de s'appliquer aussi bien à un acte chirurgical, au traitement médical antérieur, concomitant ou postérieur à cet acte, ou au médical pur.

garantir, dans tous les cas, la meilleure offre de soin). La notion de risque thérapeutique ne revient pas sur cette analyse qui exprime une certaine philosophie de la relation médicale. Elle en permet une mise en oeuvre simple, rapide et certaine, tout en offrant une protection plus large de la victime.

Ceci étant dit, la notion de risque thérapeutique variera en extension et en compréhension selon la manière dont on définit :

- l'événement qui ouvre droit à l'indemnisation (problème du seuil de gravité des lésions ouvrant droit à l'indemnisation, problème de la définition des critères et des règles permettant de discriminer entre simple risque maladie et risque thérapeutique - définition dont la casuistique, inscrite dans le protocole suédois, donne un bon exemple¹⁶) ;
- ses conséquences indemnisables (quels préjudices indemnise-t-on ?) ;
- le montant de l'indemnisation (se donne-t-on un forfait ou se réfère-t-on au droit commun de l'indemnisation ?).

3.3.2. Qui doit supporter la charge du risque thérapeutique?

Cette définition du risque thérapeutique est plus large que celle que sous-entend le risque garanti par l'assurance-patient suédoise. Elle inclut, en effet, les complications dont la cause, quoiqu'en relation avec un acte thérapeutique, est endogène au patient : la complication, statistiquement repérée quoiqu'imprévisible, tenant à la réaction du malade à telle ou telle intervention.

Le risque thérapeutique est le risque de la relation thérapeutique. Ses facteurs sont partagés entre médecin et malade. Il revient à l'assurance de ce risque d'en organiser équitablement la répartition. Elle doit comprendre une assurance du patient, pour la part du risque qu'il représente, et une assurance de responsabilité du médecin, correspondant à sa propre part de risque. La complémentarité des deux assurances couvre le risque thérapeutique.

*Un mécanisme
à double
détente*

Pratiquement, il convient d'imaginer le dispositif qui effectue cette répartition sans qu'elle se fasse au détriment du malade. On dispose désormais d'un mécanisme qui a fait ses preuves : l'avance sur recours. L'assurance du patient, dont le coût reste mesuré à la part du risque qu'il représente, préfinance la couverture du risque thérapeutique avec la possibilité d'exercer un recours contre l'assureur du médecin responsable, recours qui s'effectue donc sans que l'indemnisation du patient en dépende. Aussi, dans le calcul du coût de l'assurance du risque thérapeutique pour le patient, convient-il de défalquer les sommes versées par les médecins pour l'assurance de leurs responsabilités.

Un calcul, effectué selon les données dont on dispose actuellement, indique que la part de la couverture du risque thérapeutique, correspondant à l'assurance du

16. On peut imaginer que les experts qui auront à se prononcer sur l'existence du dommage, la part afférente à l'acte thérapeutique et la causalité avec celui-ci, retiendront, à titre de fil conducteur la disproportion entre la maladie à soigner et l'état ultérieur du patient.

patient, pourrait être, si la garantie est suffisamment diffusée, de 100 francs par famille et par an.

3.3.3. L'assurance du risque thérapeutique.

Comment doit être organisée l'assurance du risque thérapeutique ? Faut-il créer une institution nouvelle, un fonds de garantie, un fonds d'assistance et de secours ? Ou revient-il aux compagnies d'assurance existantes de diffuser une police spécifique ? Et, subsidiairement, faut-il instituer cette assurance comme une assurance obligatoire, afin que personne ne se retrouve sans protection ?

Il semble que la réponse à ces questions dépende d'une philosophie : si l'on estime, comme souvent dans les projets parlementaires, que le risque thérapeutique est un « risque social » ou un « risque de société », on penchera vers une prise en charge collective. Si l'on estime, au contraire, qu'il s'agit d'un « risque individuel », il reviendra aux institutions de la prévoyance privée d'assurer sa couverture. Mais à l'âge de la mort des idéologies, il vaudrait mieux ne pas trop s'enfermer dans des discussions de principe et examiner les faits et les expériences.

• **Les projets parlementaires.** Les projets parlementaires concernant la responsabilité médicale, qu'ils viennent de la gauche ou de la droite, préconisent généralement l'institution d'un fonds de garantie. Cela tient peut-être à ce que les assureurs, jusqu'à récemment, se sont désintéressés de la question, pouvant ainsi laisser croire que le risque thérapeutique ne pouvait être garanti dans le cadre de leurs institutions et des techniques qu'elles mettent en oeuvre.

*Fonds de
garantie...*

Les premiers projets visant l'institution d'une couverture du risque thérapeutique par un fonds de garantie remontent à 1977. Le premier fut présenté le 30 juin 1977 par **MM. Gau**, au nom du parti socialiste, et des radicaux de gauche et apparentés. Le débiteur de l'indemnité était un fonds d'indemnisation géré par des représentants des professions de santé, des assureurs et des usagers, l'ensemble étant placé sous la direction d'un fonctionnaire et alimenté par une contribution à la charge des professionnels et des hôpitaux, une taxe sur les contrats d'assurance et les recours subrogatoires. L'indemnisation intervenait selon les règles du droit commun. Toutefois, la victime ne disposait pas de recours à l'encontre du médecin ; elle devait s'adresser au fonds, tributaire des juridictions civiles. Le fonds disposait d'un recours, contre le professionnel fautif, au-delà d'un seuil d'indemnité à fixer par décret. La victime avait la latitude de se constituer partie civile après décision du fonds sur l'indemnisation, l'absence de décision suspendant le cours de la prescription.

*Proposition
Gau*

Une seconde proposition, présentée le 3 novembre 1977 par **MM. Delhalle et Pons**, parlementaires du groupe R.P.R., ne concernait que les médecins d'exercice libéral. Deux cas d'indemnisation étaient prévus : la faute du médecin et le risque thérapeutique. Un fonds regroupant les docteurs en médecine était créé, géré par eux-mêmes, et alimenté par leurs cotisations, majorées à la suite du deuxième accident. La réparation, réduite dans son objet et ses modalités,

*Proposition
Delhalle
et Pons*

comportait le remboursement des frais et soins, le paiement des pertes de salaire assorti d'un plafond, l'atteinte à l'intégrité corporelle, le préjudice esthétique grave entraînant une incidence sur les conditions d'existence et d'activité professionnelle. Enfin, la perte d'assistance due au décès. Privée de tout recours contre le médecin, la victime n'avait d'action que contre le fonds et les tiers non-médecins.

Ces deux projets, dont la finalité était d'éviter l'affrontement judiciaire entre le patient et le soignant, aboutissaient à créer une justice corporatiste, assortie d'une façade de contrôle juridictionnel. Un tel empiètement sur la vie et les droits des citoyens n'était guère concevable. Aussi ces projets, qui constituent la première apparition du risque thérapeutique sur la scène parlementaire, n'eurent-ils aucune suite.

*Proposition
Poniatowski*

Récemment, le 24 avril 1990, **Michel Poniatowski** a déposé sur le bureau du Sénat, une nouvelle proposition de création d'un fonds de garantie. Elle comporte 25 articles bien charpentés. Le fonds englobe la médecine libérale et le secteur public. La loi s'applique aux victimes d'actes médicaux, sauf lorsqu'elles sont directement responsables de leur dommage. La victime ou ses proches devront s'adresser directement au fonds de garantie. Le texte définit la notion d'accidents médicaux comme « conséquences défavorables d'un diagnostic, d'une exploration, d'un traitement ou d'une intervention, lorsque l'état du patient et les circonstances pathologiques ne rendent pas ces conséquences normalement prévisibles ». Il précise que la victime devra apporter la preuve du rôle causal de l'activité médicale, en évoquant les éléments permettant au fonds de décider. Le texte ajoute que, la demande sera déclarée recevable par un Comité d'éthique composé de cinq médecins. En cas de rejet, le patient pourra engager la procédure de droit commun.

Les chefs de préjudice, donnant lieu à compensation du dommage, sont : les frais de traitement médical et les frais accessoires ; la perte de salaire ou de gains dans la limite de quatre fois le SMIC ; l'atteinte à l'intégrité corporelle, avec une précision importante : « dans tous les cas, en dehors de toute contestation sur la causalité, l'état antérieur de la victime devra être pris en considération pour déterminer la réalité de cette perte ». Le malade sera tenu d'apporter au fonds, « les éléments permettant cette appréciation » ; le préjudice esthétique « particulièrement grave ». En cas de décès, les héritiers pourront réclamer le remboursement des frais, et les personnes à charge, la compensation de l'assistance qu'elles pouvaient attendre. L'article 16 précise, que « les indemnités sont payées à bref délai, soit par un accord amiable, soit au vu de la décision du tribunal de grande instance, seul compétent. En cas de désaccord sur le montant des indemnités le fonds sera tenu d'effectuer un règlement provisionnel correspondant au montant non contesté ».

Le médecin qui cause intentionnellement l'accident subira un recours. En cas de faute inexcusable, une commission mixte paritaire donnera son avis sur le

remboursement partiel des sommes, lequel pourra intervenir sous la forme d'une majoration des cotisations annuelles. Des sanctions sont infligées et des précautions prises vis-à-vis des médecins récidivistes. Les sanctions pécuniaires sont déclarées « inassurables ». Un dernier article stipule que les actions entre médecins et patients sont strictement limitées à celles prévues par la loi.

Cette proposition, qui traite les difficultés essentielles, est utopique au plan économique, sauf à faire assurer le risque par les établissements publics, et corporatiste dans son essence. En effet, le fonds de garantie comme le Comité d'éthique, chargé d'élire les heureux bénéficiaires de l'indemnisation, sont aux mains des médecins qui donc décident de tout.

• **Pratiques et propositions des assureurs.** Certains assureurs ont mis au point une police spéciale pour la couverture du risque thérapeutique. Elle s'inscrit dans le cadre des assurances de personnes avec avance sur recours. L'intérêt de la formule est qu'elle apporte une solution au problème sans qu'on ait à toucher aux règles du droit de la responsabilité des médecins. Elle revient à organiser la répartition de la charge des risques, entre assureurs de responsabilité et assureurs des victimes, selon un mécanisme analogue à celui mis en place en matière d'assurance-construction ou par la loi Badinter sur les accidents de la circulation.

*... ou
assurance de
personnes*

La première police, intitulée « **Prisme** », a été lancée en octobre 1981 par la **compagnie Yorkshire**. Il s'agissait d'un contrat d'assurance de personnes classique. La police visait les « accidents chirurgicaux », ainsi que les actes pré et post opératoires, provenant d'une intervention pratiquée par un médecin, un chirurgien ou un auxiliaire médical et donnant lieu à un remboursement pris en charge par un organisme social.

*Police
« prisme »*

Elle offrait un capital décès, ramené à 10% pour les mineurs de moins de 18 ans, et une garantie-invalidité permanente, en cas d'incapacité égale ou supérieure à 33 %, selon le barème accident du travail. La garantie s'appliquait aux actes préopératoires effectués dans le mois précédent l'opération et aux dommages corporels se manifestant dans le mois suivant celle-ci. Elle excluait les sinistres aggravés par l'alcoolisme ou la toxicomanie, ainsi que les accidents causés intentionnellement par l'assuré. N'étaient admis à souscrire que les postulants âgés de moins de soixante-cinq ans et admis en état de lucidité dans les services de soins. En cas de maladie antérieure à l'intervention, un délai d'attente de deux mois, avant la prise d'effet de la garantie, était stipulé au contrat.

Le souscripteur, admis automatiquement et sans examen médical préalable, avait le choix entre trois garanties :

- 250 000 francs pour une cotisation de 250 francs (décès et invalidité totale);
- 350 000 francs pour une cotisation de 350 francs (décès et invalidité totale);
- 500 000 francs pour une cotisation de 500 francs (décès et invalidité totale).

Ce contrat, comparable aux garanties souscrites dans l'enceinte d'un aéroport pour un voyage, présentait un double inconvénient : susciter l'anti-sélection chez les souscripteurs ; permettre à la victime de cumuler la prestation promise avec l'éventuelle réparation attendue en droit commun, à la suite d'un procès intenté contre les soignants. Mais il montrait que l'on pouvait assurer le risque thérapeutique.

La « sécurité chirurgicale » de l'UAP

Une seconde réalisation, la garantie « **sécurité chirurgicale** », fut commercialisée par l'U.A.P. en 1988. Elle entre dans la catégorie de l'individuelle « avance sur recours » à caractère indemnitaire. Elle se propose selon trois formules :

- en annexe aux contrats complémentaire-maladie ;
- comme une police isolée consistant en une garantie individuelle indemnitaire, avec avance sur recours ;
- comme une individuelle classique, à capitaux.

S'inspirant des leçons de l'expérience faite par la société Yorkshire, l'U.A.P. a cherché à lutter contre l'anti-sélection en proposant la première formule en annexe aux garanties maladie souscrites par ses assurés¹⁷ ; en ne prospectant qu'avec discernement, c'est-à-dire après examen préalable, les souscripteurs de la deuxième formule ; en attendant les résultats de l'expérience avant de mettre sur le marché la formule à capitaux ne comportant ni subrogation ni référence au calcul du dommage selon le droit commun.

La première formule, souscrite non en prévision d'une intervention chirurgicale mais chez les bien portants, à l'année, pour une cotisation de 32 francs par personne, taxe incluse, définit le risque chirurgical comme un « événement anormal, aléatoire et imprévu, non imputable à une maladie, un accident ou une maternité, exclusivement consécutif à une intervention chirurgicale ». Les préjudices sont indemnisés selon le droit commun, sous déduction des prestations reçues par le patient en provenance des organismes sociaux et des tiers payeurs. La prestation consiste dans le paiement immédiat d'une avance, le solde étant versé dans le mois suivant l'accord des parties. Les contestations médicales sont soumises à un expert désigné d'un commun accord, et, à défaut d'accord, nommé par le président du tribunal de grande instance. Les faits de guerre, les phénomènes de radioactivité et la désintégration du noyau atomique, en relation avec l'accident thérapeutique sont exclus, de même que les interventions à finalité esthétique. La garantie s'applique dès lors que l'accident intervient pendant la période de validité du contrat, et ce dans les pays de l'Europe de l'Ouest. Le patient peut opter pour l'application du droit local si celui-ci lui paraît plus favorable dans le cadre de l'évaluation du dommage. L'assureur, enfin, est subrogé dans les droits de l'assuré, conformément aux dispositions de la loi de 1985.

Le contenu de la deuxième formule, souscrite à la veille d'une opération, ne

17. Plus de 80% de la clientèle concernée devait souscrire.

diffère du modèle décrit qu'en raison de cette particularité. Il est stipulé que - la garantie porte sur une seule intervention chirurgicale dont la date est indiquée aux conditions particulières - . Sont assimilés à l'intervention proprement dite les actes médicaux pré et postopératoires dans la mesure où ces derniers sont pratiqués dans les deux mois qui suivent l'opération. La cotisation est calculée en fonction du risque prévisible, c'est-à-dire au coup par coup, selon l'état de santé du proposant.

Deux professeurs de médecine¹⁸ ont mis en garde les assureurs contre les risques courus, du fait de l'état antérieur des opérés et des techniques utilisées en chirurgie et par conséquent en anesthésie : - Chez un patient, pour lequel les thérapeutes auront pris toutes les précautions possibles, se produira malgré tout l'accident qui, statistiquement, ne pouvait pas ne pas se produire un jour... Il y a là une injustice du sort qui apparaît par bien des côtés, révoltante. Chaque chirurgien, chaque anesthésiste, garde ainsi en souvenir des décès incompréhensibles où seule a frappé une aveugle loi statistique, d'autant plus insupportable que l'intervention aura été plus bénigne et le sujet plus robuste... -. Ils ajoutent : - Il existe certainement un problème correspondant aux interventions chez les sujets à haut risque, voire les moribonds. Il faudrait éviter les effets pervers éventuels d'une telle assurance (individuelle) en poussant à la chirurgie des *morituri* -. D'où la proposition consistant à obtenir une déclaration sur l'honneur du proposant, aux termes de laquelle il attesterait ne pas entrer dans un cas de maladie à 100% selon la Sécurité sociale, et la conclusion selon laquelle aucune garantie ne devrait être accordée moins de 10 jours avant l'intervention. Ces réflexions expliquent sans doute la circonspection que la matière suscite chez les assureurs. Comment éviter les phénomènes d'anti-sélection ? Comment passer du risque chirurgical, au risque thérapeutique global, c'est-à-dire chirurgical plus médical, sans dérapage ? C'est ce que permettra la diffusion de la garantie sur l'ensemble de la population.

L'Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages (APSAD) a mis en chantier la rédaction d'une police qui assurerait le risque thérapeutique. En voici les principales dispositions¹⁹ :

Le projet de l'APSAD

• Le risque thérapeutique est défini comme suit : - Il y a accident médical : non seulement lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes, de caractère médical, a eu sur le patient des conséquences dommageables pour sa santé, parce qu'il n'a pas été accompli avec la diligence et la compétence normales eu égard aux circonstances ou parce que l'organisation du service hospitalier de soins est en cause ; mais encore, lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu sur le patient des conséquences dommageables pour sa santé, exceptionnelles et

18. Dans une communication écrite à l'Académie de chirurgie, en 1989.

19. Nous empruntons ces indications au texte de M. Delpoux, directeur Responsabilité civile de l'Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages (F.F.S.A.) que l'on trouvera en annexe.

anormalement graves, indépendantes de l'affection en cause et de l'état antérieur connu. »

- La victime serait indemnisée selon les règles du droit commun, la garantie entrant en jeu à partir d'un seuil de gravité minimal des lésions (décès et I.P.P. de l'ordre de 50 % minimum), les malades ayant la possibilité de souscrire une garantie facultative les couvrant pour des séquelles moins sévères. Par souci d'accélérer le versement des indemnités, l'assureur aurait à faire une proposition dans les six mois suivant la consolidation de l'état de l'assuré. En cas de contestations d'ordre médical, le projet prévoit le recours à un organisme de conciliation indépendant des assureurs.

- L'assuré serait le souscripteur, son conjoint et leurs enfants, ainsi que les personnes résidant chez lui. Il s'agit donc d'une sorte d'assurance familiale, annexée à la police multirisques-habitation, que le législateur aurait à rendre obligatoire. Ainsi, elle pourrait être diffusée pour une somme n'excédant pas 100 francs par souscripteur et par an²⁰.

■ IV. LES TERMES DU CHOIX

Trois types de solutions se trouvent donc en concurrence : l'institution d'un médiateur, une modification du droit de la responsabilité des médecins (visant à les rendre responsables de tout dommage qui ne serait pas dû à la force majeure), l'assurance du risque thérapeutique. La première solution est insuffisante : elle ne traite que d'une partie du problème. La deuxième, qui laisse à la charge du malade tout ce qui relève proprement de l'accident, ne ferait que compliquer les choses. Elle multiplierait les procès. L'histoire et la pratique la condamnent : depuis un siècle que ce type de problèmes se pose, on ne les a jamais résolus par un changement des conditions de la responsabilité du responsable - sauf, en matière d'accidents automobiles, à créer de nouvelles injustices et précipiter de nouvelles réformes -, mais par cette sortie du juridique que permet le recours à une notion, comme celle de risque thérapeutique.

Le problème est donc de définir le risque thérapeutique et d'organiser son assurance. Deux modèles sont en concurrence²¹ : celui du fonds de garantie et celui d'une assurance de personnes. Le choix des deux solutions dépend de

20. Ce chiffre est avancé en fonction du niveau actuel de la réparation du dommage corporel selon le droit commun. Rien n'indique que ce montant ne soit pas affecté sensiblement par le montant des condamnations émanant de certaines juridictions qui ont eu à se prononcer récemment sur des cas de séropositivité ou de handicaps graves. Il semble que la France ait tendance, dans ce domaine, à vivre au-dessus de ses moyens. En tout cas, elle n'a pas réussi à tirer l'indemnisation vers le haut - au sein des États-membres de la CEE. D'où la suggestion consistant à plafonner la garantie du risque thérapeutique à trois ou cinq millions de francs par victime afin de réfréner les ardeurs californiennes.

Cette suggestion dépasse au demeurant le cadre du risque thérapeutique, puisqu'elle trouve sa place, avec le risque de développement ou la responsabilité de plein droit, tant dans le domaine thérapeutique que dans les accidents de la circulation.

21. Si l'on fait abstraction du fonds de secours prévu par la proposition Bellorgey qui s'inscrit plus dans une philosophie de l'assistance aux démunis que de l'assurance du risque thérapeutique. On peut aussi penser à une extension du rôle de la Sécurité sociale à la couverture du risque thérapeutique avec des prestations à mi-chemin entre la maladie et l'accident du travail. Mais on voit mal que cette solution puisse être retenue étant donné l'état des finances de l'institution et la volonté toujours réaffirmée de ne plus augmenter les charges sociales.

plusieurs paramètres : un paramètre de praticabilité, un paramètre d'harmonie avec les conditions actuelles d'exercice de la médecine et leur philosophie.

L'institution d'un fonds de garantie pouvait se comprendre, dès lors que les assureurs ne montraient guère de passion pour l'assurance de ce type de risque. Ce n'est plus le cas : la pratique de l'U.A.P., le projet de l'A.P.S.A.D. montrent que le risque thérapeutique est assurable par les assureurs sans qu'il y ait à créer de nouvelles institutions, sans qu'il y ait à toucher au droit de la responsabilité. C'est la solution pratiquement la plus économique. Car les grandes finalités ne sont plus contestées. L'heure est aux questions techniques, à la définition concrète du risque thérapeutique, à la recherche d'un équilibre entre les conditions de la garantie offerte et son coût économique. Il s'agit plutôt là, d'un débat d'experts et ce n'est pas un hasard si les différentes propositions de loi qui parlent de fonds de garantie en renvoient l'organisation pratique à des décrets pris en Conseil d'Etat. L'expérience suédoise peut servir ici de modèle. La formule conventionnelle, par sa souplesse, a permis d'ajuster le système aux besoins et de le réformer progressivement.

L'idée de fonds de garantie est liée à celle que le risque thérapeutique serait un risque social. Cela revient à faire de la médecine une fonction sociale générale dont les progrès, qui profitent à tous, se solderaient par des échecs, malheureusement inévitables, dont il conviendrait de répartir la charge sur l'ensemble de la société. Mais cela ne s'applique qu'à ce qui relève de l'innovation. La thèse pourrait s'appliquer à la médecine hospitalière, mais elle correspond mal à l'idée de médecine libérale. L'institution d'un fonds de garantie, dont il faut rappeler que les pouvoirs disciplinaires et normatifs seraient loin d'être négligeables, constituerait un dispositif accélérateur d'une socialisation de la médecine et d'une fonctionnarisation des médecins. A l'inverse, l'assurance personnelle correspond mieux à la philosophie de la médecine libérale et au principe du libre choix du médecin. Elle respecte le colloque singulier malade-médecin. Elle a l'avantage de rappeler au malade les risques que comporte toute intervention thérapeutique. Elle agit donc dans un sens de prévention. Par ailleurs, on voit mal qu'un fonds de garantie ne donne pas une part prépondérante à l'avis des médecins dans le choix des bénéficiaires, ce qui revient à instituer une sorte de justice corporatiste qu'évite au contraire le recours à l'assurance de personnes.

Mais elle a un inconvénient : elle ne couvre que ceux qui en bénéficient. Elle nécessite donc sa généralisation, comme le prévoit le projet de l'A.P.S.A.D. Et les assureurs devraient par ailleurs s'engager à créer un pool, destiné à indemniser forfaitairement les victimes non assurées.

Instituer une obligation d'assurance de personnes à caractère indemnitaire dans un régime compétitif de « prévoyance forcée », l'assurance chassant sur les terres de la mutualité ou de la Sécurité sociale, voilà sans doute qui heurte un tabou ! Mais là serait la véritable innovation, beaucoup plus que dans l'institution d'un

nouvel organisme d'assurance collectif dont l'histoire nous enseigne qu'elle est une solution d'un âge désormais révolu ■

BIBLIOGRAPHIE

- ALMERAS (J.P.), 1990, « Qui doit répondre de l'accident thérapeutique ? », *Concours médical*, p. 496.
- ALMERAS (J.P.), « Le témoin assisté », *Concours médical*, 1988, p. 976; « Je n'ai rien fait », *Concours médical*, 1990, p. 2873.
- ACADEMIE DE CHIRURGIE : « Le risque chirurgical et son indemnisation », séance du 19 avril 1989, *Chirurgie*, Masson.
- BOUHEY (H.) et autres, 1987, « L'assurance du risque médical », table ronde, *Concours médical*, p. 2885.
- CHAUVEAU (L.), 1989, *Pire que le mal*, Paris, Calmann-Lévy.
- COMITE EUROPEEN DES ASSURANCES, 1987, XIème colloque juridique international, Montreux, *Revue Générale des Assurances Terrestres*.
- DEFANCE (G.), 1991, « L'Europe de la R.C. médicale », *L'Argus*, p. 797.
- DEPRIMOZ (J.), « De l'indemnisation des incidents thérapeutiques en Suède », *J.C.P.*, 1988, I, 3.038.
- Deux approches pour l'indemnisation des dommages résultant de soins et traitements thérapeutiques : la française et la suédoise », *J.C.P.*, 1984, I, 3.138.
- FREDERICQ (S.) : 1990, *Risques modernes et indemnisation des victimes corporelles*, Bruylant, Bruxelles.
- HUSSON (R.), 1990, « Rapport (statistique) pour 1989 », *Concours médical*, p. 2413.
- GROUPE DES MUTUELLES MEDICALES : 1990/4, « La responsabilité civile professionnelle médicale dans le cadre européen », *Revue Assurance mutuelle*, p. 14.
- LAMBERT-FAIVRE (Y.), 1990, *Le droit du dommage corporel*, Paris, Les Editions Dalloz.
- LECOEUR (J.), 1978, « L'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques est-elle présentement équitable ? », *Revue française du dommage corporel*, p. 69.
- MONTES (M.), 1991, « Accidents médicaux : quand l'impensable survient », *Mutuelles de France*, p. 22.
- MARGEAT (H.), 1978, « Le risque thérapeutique », *Gazette du palais*, 22 août 1978; *L'Argus*, p. 599.
- Faut-il assurer le risque thérapeutique ? - *Revue française du dommage corporel*, 1978, p. 155.
- FIGANIOL (G.) et CARA (M.), « Le risque d'accidents opératoire et anesthésique et ses possibilités de couverture par une police d'assurance » (communication).
- RENTCHNICK (P.), « Vers la fin des procès contre les médecins », *Médecine et hygiène*, 28 octobre 1987, Genève.
- VATHAIRE (A.), « Aléa thérapeutique : les accrocs de la santé », *L'Argus*, 1990, p. 1545.

ANNEXE 1



Pour une généralisation de l'assurance personnelle des accidents médicaux

Le Docteur Knock nous a appris que « les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent ». Si ce précepte permettait au célèbre personnage de Jules Romains d'entretenir une activité médicale artificielle, mais fort lucrative, n'a-t-il plus sérieusement un fond de vérité en soulignant la précarité de la santé et la nécessité de prévoir les conséquences de sa dégradation... Qui, aujourd'hui, se plaindrait du principe d'une assurance maladie généralisée, sinon de ses modalités et de son coût ?

Mais voici que l'activité médicale elle-même, destinée à soigner et dans la mesure du possible à guérir, peut non seulement manquer le but escompté, mais encore provoquer un dommage plus grave que l'affection qu'elle cherchait à guérir. Et si les cas graves sont relativement rares, ils n'en sont pas moins douloureux pour le patient désormais privé d'une vie normale... Le refus de la fatalité, le sentiment d'injustice naturellement éprouvé par la victime ou sa famille appellent des comportements réactifs et puisque le ciel ne répond plus du malheur des hommes, ne peut-on craindre que la réaction ne s'exerce, voire ne s'exacerbe à l'encontre du médecin ?

Or, on sait bien que la médecine n'est ni une science exacte, ni un art aux effets absolument déterminés, et qu'on ne peut demander au médecin plus que des soins diligents et attentifs conformes aux données acquises de la science.

Doit-on dès lors, par souci d'indemnisation de la victime, construire une responsabilité médicale fondée sur le risque thérapeutique, ne plus voir qu'en la matière le risque réside davantage dans l'état physiologique du patient qu'il n'est inhérent à l'acte pratiqué par le médecin et oublier qu'une objectivation de la responsabilité aboutirait en fait à une déresponsabilisation ?

Faut-il plutôt voir dans tout médecin un responsable qui s'ignore et, gardant un semblant de fondement subjectif, le présumer responsable des conséquences dommageables de son activité, à charge pour lui de prouver qu'il n'a commis aucune faute, c'est-à-dire de se justifier, et oublier que cette présomption implique de préparer la défense au moment même où l'acte est accompli, ce qui ne peut être sans incidence sur la relation médecin/malade et sur le coût du système de santé ?

* Directeur Responsabilité Civile de l'Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages, Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

Le problème essentiel en la matière est celui de l'indemnisation et celle-ci ne passe pas nécessairement par le biais de la responsabilité.

Un consensus s'est établi pour que la victime d'un accident médical ne soit pas abandonnée sans assistance à son sort.

S'agissant d'un risque aléatoire, les assureurs peuvent en gérer la mutualisation et mettre en place un système d'indemnisation :

- dont la charge sera répartie sur le plus grand nombre afin que le coût individuel soit faible ;
- qui sera prioritairement axé sur la victime et permettra la prise en charge du préjudice avant toute recherche de responsabilité.

I - L'OBJET DE L'ASSURANCE : DE L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE A L'ACCIDENT MÉDICAL

L'aléa thérapeutique est généralement défini comme la part d'incertitude inhérente à toute intervention chirurgicale ou à tout acte médical, même le mieux réalisé, du fait de réactions imprévisibles du patient ou de circonstances imparables ne mettant pas en cause la technique ou la compétence du soignant.

Cette définition, en dépit de sa clarté, ne permet pas de cerner les contours de l'aléa thérapeutique assurable. L'expression même « aléa thérapeutique » présente le double inconvénient :

- d'être trop large par son premier terme car le risque même de non guérison - évidemment différent de l'accident thérapeutique - est aléatoire sauf maladie incurable ;
- d'être trop étroite par le second, l'adjectif thérapeutique ne caractérisant pas tous **les actes médicaux** dès lors que certains se situent nécessairement avec l'action thérapeutique.

En réalité, l'expression « **accident médical** » rend mieux compte du risque résultant de l'activité médicale, à condition bien-sûr d'en préciser la définition.

Si nous nous plaçons du point de vue du patient, l'accident médical peut être la conséquence :

- soit d'une faute des médecins ou auxiliaires (la notion de faute médicale a fait l'objet de multiples analyses doctrinales et d'abondantes applications jurisprudentielles. Point n'est besoin de la développer ici) ;
- soit de circonstances particulières exclusives de toute faute qui ont donné à l'action médicale un effet nocif.

Dans l'un et l'autre cas, le patient se trouve après l'action médicale dans un état où il n'aurait pas dû « normalement » se trouver. C'est la constatation de cet état et de son imputabilité à l'action médicale qui devrait ouvrir le bénéfice de l'indemnisation.

Mais toutes les conséquences d'un acte médical non fautif ne constituent pas un accident médical ; il faut encore les caractériser et quelques critères permettent de cerner les contours de l'accident médical objectif. Les conséquences de l'action médicale pour la santé du patient deviennent un accident médical lorsqu'elles sont à la fois :

- **exceptionnelles** : terme préférable à imprévisible car certains risques thérapeutiques sont connus malgré leur rareté (par exemple les accidents d'anesthésie) et dès lors statistiquement prévisibles. Il s'agit bien d'accidents médicaux ;
- **anormalement graves** : il s'agit de l'anormalité des conséquences par rapport à l'ensemble des circonstances antérieures ou concomitantes à l'action médicale. Le critère sera donc apprécié au cas par cas en fonction de l'affection soignée, du traitement pratiqué, de l'état du malade avant traitement, etc.

C'est donc le rapport entre l'état résultant de l'affection soignée et ses conséquences normales d'une part et celui constaté après la survenance de l'accident d'autre part, qui établira l'anormalité.

Le cas qui a donné lieu à l'arrêt rendu le 21 décembre 1990 par la Cour administrative d'appel de Lyon illustre bien ce critère d'anormale gravité : un jeune homme souffrant d'une cyphose évolutive subit une intervention chirurgicale ; le chirurgien ne commet pas de faute mais des complications post-opératoires rendent le patient paraplégique.

La création jurisprudentielle d'une responsabilité objective - en cas d'utilisation d'une thérapeutique nouvelle - suscite des réserves, mais rendons aux juges administratifs de Lyon justice..., et droits d'auteur pour avoir introduit dans leurs considérants l'expression - (complications) exceptionnelles et anormalement graves - dont les assureurs pourront s'inspirer.

● **indépendantes de la maladie et de l'état antérieur connu** : c'est le principe de causalité qui est sous-jacent ici. Par rapport à l'évolution normale des choses, l'accident médical a joué un rôle perturbateur et seules les conséquences dommageables qui en résultent peuvent être indemnisées.

En responsabilité civile, seul le dommage imputable au fait générateur incriminé est réparé (en invoquant au besoin la notion de perte de chance). L'exigence du lien de causalité entre l'accident et le dommage conduit donc à ne pas prendre en charge :

- les conséquences de l'évolution de la maladie (le risque de non guérison ne relève pas de l'accident médical) ;
- les conséquences de l'état antérieur à l'accident médical.

Le rôle causal de l'accident sera établi par l'expertise qui devra non seulement établir le lien entre l'état de la victime et l'accident médical mais encore distinguer, dans cet état, les séquelles strictement imputables à l'accident de celles résultant du déficit de santé préexistant.

II - QUELS PRÉJUDICES POURRAIENT ÊTRE INDEMNISÉS ?

Jouant en partie en avance sur recours, le contrat d'assurance devra prévoir une indemnisation de la victime selon les règles du droit commun. Toutefois, certains tempéraments pourraient être apportés à ce principe afin que le montant de la prime reste dans des limites supportables par toutes les familles.

2.1. Ne stipuler la garantie que pour les accidents entraînant soit le décès, soit des séquelles graves.

La garantie personnelle des accidents médicaux peut être conçue à deux niveaux :

- une garantie des cas les plus graves légalement généralisée à l'ensemble de la population ;
- une garantie facultative intervenant pour des séquelles moins sévères, au bénéfice des personnes qui y souscriront.

Pour la garantie minimale généralisée, le seuil d'intervention de l'assureur pourrait correspondre aux cas très graves : décès et I.P.P. de l'ordre de 50 % minimum.

A titre d'exemples, le taux d'I.P.P. de 50 % correspond à la paralysie totale (ou à l'amputation) de la main dominante (40 % pour l'autre) ; une insuffisance respiratoire ou cardiaque modérée est estimée de 30 à 60 % ; une atteinte hépatique évolutive de 50 à 80 % (barème indicatif des invalidités du *Concours Médical*).

2.2. La limiter aux préjudices de nature patrimoniale, l'indemnisation des préjudice moraux étant l'exemple même de ce que pourrait offrir une assurance facultative plus étendue.

2.3. Prévoir des plafonds de garantie tenant compte du fait que le patient frappé par l'accident médical bénéficie par ailleurs des prestations des organismes sociaux et qu'en cas de décès, les régimes de prévoyance, et éventuellement les assurances vie mettent les personnes à charge de la victime à l'abri de difficultés financières, au moins pour les besoins de première nécessité.

III - LES PERSONNES ASSURÉES

Le contrat s'adresserait aux **familles**, ou plus exactement, à chaque **foyer** dont tous les membres devraient être assurés. Une définition large de l'assuré pourrait englober :

- le souscripteur ;
- son conjoint, jusqu'à la date de l'ordonnance du juge autorisant la résidence séparée ;
- ses enfants mineurs, et ceux de son conjoint ;
- ses enfants célibataires, majeurs et âgés de moins de 25 ans, ainsi que ceux de son conjoint, dès lors qu'ils poursuivent leurs études et dépendent pour leurs ressources de leur famille ;
- les enfants effectuant leur service national ;
- les enfants majeurs, handicapés ne pouvant exercer de ce fait aucune activité professionnelle (ou travaillant en milieu protégé) ;
- les personnes ayant pour seule résidence le foyer du souscripteur (à l'exclusion de celles ayant la qualité de locataire ou de sous-locataire).

IV - LA GESTION DU SINISTRE ET LE RECOURS

L'indemnisation rapide de la victime devra être l'objectif prioritaire de la gestion des sinistres, ce qui impliquerait :

- des délais de gestion et de règlement inspirés par la Loi Badinter (Loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation) s'imposant aux assureurs ;
- des modalités particulières pour traiter objectivement et rapidement les contestations d'ordre médical ;
- le versement de provisions dès que les critères de l'accident médical garanti auront été vérifiés.

L'indemnisation précède le recours en responsabilité ; subrogé dans les droits de son assuré, l'assureur de l'accident médical pourra exercer, chaque fois que le droit commun actuel de la responsabilité médicale le permet, une action récursoire contre l'auteur de l'acte médical incriminé. La technique de l'« **avance sur recours** », introduite dans notre droit par l'Article 33, alinéa 3, de la Loi du 5 juillet 1985 (Loi Badinter) présente deux avantages :

- diminution du poids global du risque grâce au montant des recours ;
- maintien de la « responsabilisation » du médecin qui continue à répondre de sa faute.

Mais le recours s'exerçant entre assureurs, l'application du régime de la responsabilité médicale, qui ne sera plus « polluée » par la nécessité de l'indemnisation de la victime pourra s'effectuer dans une sérénité exempte d'arrière-pensée.

V - VERS LA GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE PERSONNELLE DES ACCIDENTS MÉDICAUX

En dépit d'affaires navrantes, largement médiatisées, il n'apparaît pas que la conscience individuelle du risque d'accident médical soit assez développée pour que chacun éprouve le besoin de s'assurer volontairement. Pour le bien portant, il s'agit, en effet, d'un risque au deuxième degré qu'il ne peut concevoir que par une double hypothèse : - si demain je suis malade... et si le remède est pire que le mal... ».

Pourtant l'accident médical, qu'il résulte d'une - bavure - ou de la fatalité, est devenu un problème de société en ce sens qu'il implique l'organisation d'une solidarité pour secourir ceux qui en sont victimes.

Prévoir par ailleurs la possibilité d'une assurance volontaire au moment de l'acte médical serait obliger le malade à penser aux conséquences néfastes d'un traitement alors qu'il doit être confiant en ses possibilités de guérison.

L'assurance du risque médical doit être indolore tant du point de vue psychologique que du point de vue financier. Cela suppose que cette garantie soit annexée à un **contrat de grande diffusion** et que cette annexion soit **obligatoire**.

Seule la loi peut créer une nouvelle obligation d'assurance. Mais toute solution d'indemnisation du risque thérapeutique passant par le législateur, pourquoi n'édicterait-il pas cette obligation dont les conditions minimales seraient fixées par décret ?

Quel serait le contrat support ? S'agissant de couvrir tous les éléments de la famille, le plus approprié est la police - Multirisques Habitation - qui comporte déjà une définition extensive de l'assuré et concerne environ 20 millions de foyers.

La généralisation obligatoire de l'assurance des accidents médicaux pourrait être obtenue pour une prime additionnelle n'excédant pas 100 F par contrat, contribution modeste pour une solidarité dont chacun peut un jour bénéficier ■

ANNEXE 2



Une évaluation du coût de l'assurance du risque thérapeutique

1. Ce que l'on sait :

- Actes médicaux dispensés en France au cours d'une année : 400 millions ;
- Praticiens en exercice : environ 150 000 ;
- Sinistres corporels faisant l'objet d'une réclamation : environ 2 000 ;
- Décès - thérapeutiques - selon l'INSERM : 2 100 par an.

2 - Ce qui est pris en charge au titre de la responsabilité médicale,

par référence au rapport annuel de monsieur René Husson, secrétaire général du **Sou Médical** :

Le **Sou Médical** a relevé une recherche de responsabilité pour 74 assurés en 1988 et une recherche pour 72 assurés en 1989. Au titre de cette dernière année, sur 439 dossiers terminés, 47% sont demeurés sans suite, 9% ont donné lieu à une transaction, 34% ont débouché sur une instance civile avec 28,5% de succès, 10% ont suscité une plainte dont 1/9 avec succès pour le patient.

Au total, 21,4% des lésés ont reçu une indemnité en 1989, contre 22,5% en 1988.

3 - Ce que l'on peut extrapoler à partir de ces données :

Si l'on se fondait sur les demandes pour jauger le risque thérapeutique, on aboutirait à la conclusion que 77 à 78% des cas entrent dans cette catégorie.

D'où la conclusion que le risque thérapeutique coûterait 4 fois la charge actuellement assumée par les assureurs de responsabilité médicale soit, approximativement, 500 millions x 4 = 2 milliards de francs par an.

4 - Ce que l'on ne sait pas :

- L'incidence du système de réparation sur le nombre de réclamations. Dans le domaine voisin des accidents de la circulation, la mise en place de systèmes no-fault, dans la moitié des Etats, a provoqué aux Etats-Unis une augmentation de 40 % du nombre de réclamations ;
- L'incidence du système choisi sur la qualité de la médecine, raison éminente pour ne point modifier les règles de la responsabilité actuellement en vigueur ;
- L'incidence enfin, du dispositif sur le comportement des experts, c'est-à-dire sur leur manière d'apprécier les relations causales, notamment dans un domaine aussi délicat que celui des soins médicaux purs.

5 - Ce que l'on obtient en extrapolant les résultats suédois

La comparaison entre la Suède et la France est sujette à caution pour la raison que le système suédois n'intervient qu'en complément de la Sécurité sociale dont le niveau de réparation est très élevé par rapport au nôtre. Sur la base d'une cotisation annuelle de 100 millions de couronnes, correspondant au risque assumé pour 8 millions d'habitants, nous atteindrions en France un coût d'environ 770 millions de francs pour une population de 56 millions de personnes. Compte tenu de notre niveau de prestations sociales, ce chiffre devrait probablement être multiplié par 2, soit 1,5 milliards. Cela signifie que l'on peut estimer à ce jour le coût de l'indemnisation du risque thérapeutique à un montant oscillant entre 1 et 2 milliards de francs.

En conclusion, le coût étant facteur de la fréquence des réclamations, de la gravité des cas, des niveaux de réparation et de l'effet iatrogène de l'indemnisation, la cotisation pourrait varier entre 10 et 50 francs par personne et par an ■

ANNEXE 3



Le GEMA et l'aléa médical

Le GEMA (Groupement des sociétés d'assurances à caractère mutuel) estime, quant à lui, que la création d'un fonds, dont le financement ferait appel à la solidarité nationale, constituerait une réponse appropriée à la demande, de plus en plus pressante, en faveur de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux non fautifs.

Il recommande également la mise en place de conciliateurs médicaux qui permettraient une meilleure orientation des patients et de leur famille, et un accès plus rapide à l'expertise dont les frais pourraient être à la charge des assureurs ■

* *Directeur Général du Sou Médical.*

ANNEXE 4



La responsabilité civile professionnelle médicale : une approche statistique

Le SOU MEDICAL, qui coassure avec la M.A.C.S.F. 60% des médecins exerçant en secteur privé, dispose de données exploitables sur plus de vingt ans.

Cela lui permet d'élaborer des statistiques efficaces et représentatives, en particulier, en ce qui concerne l'évolution des accidents médicaux fautifs mettant en cause la responsabilité des professionnels.

Si l'évolution des dernières années ne peut cacher une certaine aggravation du risque, il faut toutefois relativiser cette constatation en étudiant successivement les déclarations d'accidents et leur devenir, puis l'évolution du risque par spécialité.

I - LES DÉCLARATIONS D'ACCIDENTS ET LEUR DEVENIR

De 1980 à 1989 le nombre de médecins assurés par le SOU MEDICAL et la M.A.C.S.F. a augmenté de 65%. Pendant la même décennie, les déclarations d'accidents susceptibles d'entraîner des dommages corporels, faites aux deux sociétés par les praticiens du secteur privé, ont doublé (Fig.1).

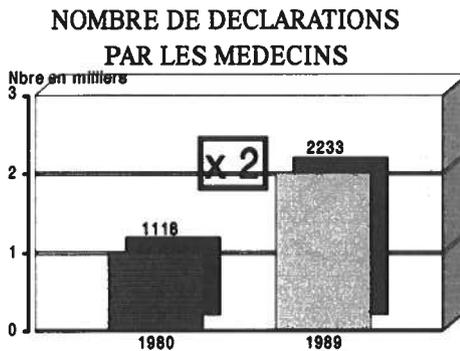


Figure 1

* Président du SOU MEDICAL

** Actuaire du SOU MEDICAL

Mais dans le même temps, les sinistres résultant de mises en cause de médecins par les malades ou leur famille, à propos de ces accidents, n'ont progressé que de 18% (Fig.2).

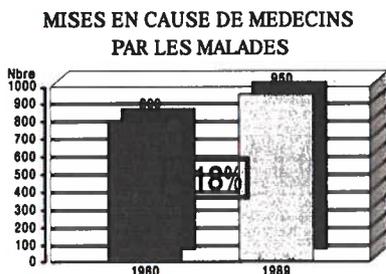


Figure 2

Ces mises en causes sont, pour 33% d'entre elles, des réclamations simples, pour 5%, des plaintes disciplinaires devant le conseil de l'Ordre des médecins, pour 34% des assignations civiles et pour 28% des plaintes pénales (Fig.3).

TYPES DE DECLARATIONS

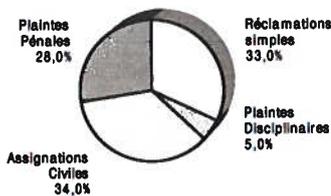


Figure 3

En examinant les suites de 4 189 dossiers de sinistres, terminés entre 1977 et 1989, on constate que 1 041 victimes d'accidents médicaux reconnus fautifs et responsables d'accidents corporels ont été indemnisées, 696 par transactions amiables, 271 par condamnation civile, 74 par condamnation pénale (Fig.4).

DEVENIR DES DECLARATIONS

Sur 4189 Dossiers Clos entre 1977 et 1989

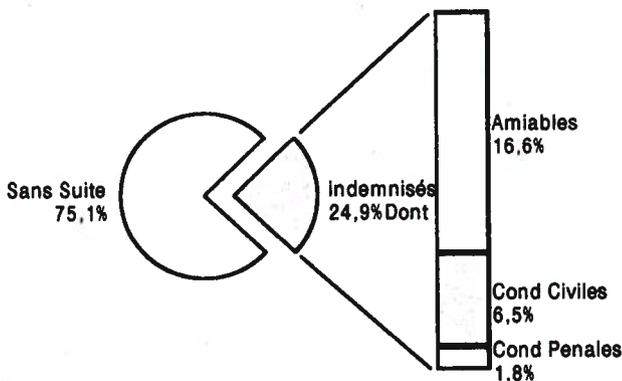


Figure 4

II - L'ÉVOLUTION DU RISQUE ET DU COÛT PAR SPÉCIALITÉ

Chaque année, le SOU MEDICAL et la M.A.C.S.F. réalisent une étude statistique permettant de mesurer la fréquence (nombre de sinistres / nombre d'assurés) et le coût moyen des sinistres par spécialité de médecins.

En ce qui concerne les coûts, une actualisation de tous les règlements est effectuée pour obtenir des coûts en francs de l'année de l'étude.

En fait, pour un exercice de surveillance donnée, on calcule la fréquence et le coût moyen de la décennie précédente. Ainsi pour 1989, les graphiques font apparaître la moyenne de la fréquence et du coût moyen pour les années 1980 à 1989. Cette méthode permet d'obtenir des effectifs de sinistres et d'assurés suffisants dans chaque catégorie. Elle permet également d'amoindrir l'impact des sinistres inconnus.

En effet, si 80% des sinistres sont connus dans l'année qui suit l'exercice de surveillance, il reste encore 5% des sinistres qui sont déclarés à l'assureur entre cinq et trente ans après l'exercice de surveillance.

Pour l'ensemble des médecins, la fréquence des sinistres déclarés, après avoir connu une diminution de 1982 à 1985, est à nouveau en augmentation (Fig.5).

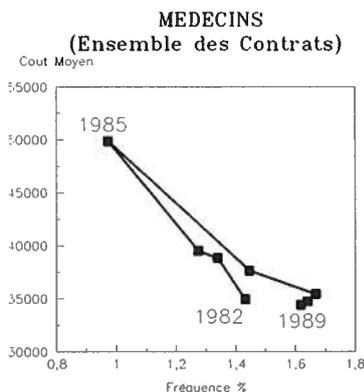


Figure 5

Mais cette évolution globale traduit des situations différentes suivant les spécialités.

On constate des risques à forte fréquence et fort coût moyen (ex. gynécologues, anesthésistes, chirurgiens) ; des risques à faible fréquence et faible coût moyen (ex. médecine générale) ; des risques à forte fréquence et faible coût moyen (ex. O.R.L. effectuant des actes supérieurs à K30...).

Les figures 6,7,8 et 9 indiquent respectivement les évolutions des fréquences et coûts moyens pour les médecins généralistes, les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens.

Cela étant, il y a lieu de relativiser ces fréquences en les rapportant au nombre d'actes médicaux pratiqués en France. Ainsi, tandis que l'assureur des chirurgiens note que la fréquence dans cette discipline passe de 5,5% en 1977, à 8% en 1989, on peut estimer qu'en 1988 la probabilité de déclaration d'un accident est de 1,05 pour 10 000 interventions. (En 1988, par exemple, tandis que la seule Caisse nationale d'assurance maladie remboursait plus de 253 millions de consultations et visites, à l'exclusion des actes techniques ou spécialisés, 6 170 chirurgiens - secteur privé et secteur public confondus - effectuaient 3 500 000 interventions chirurgicales).

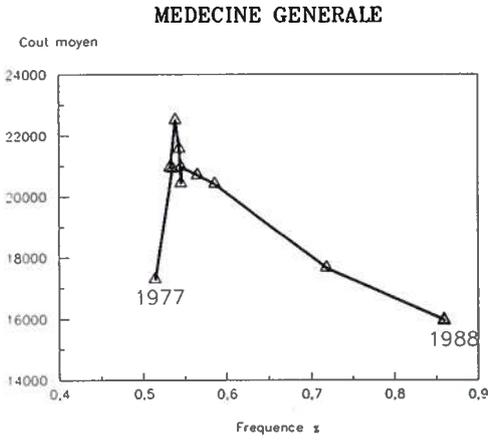


Figure 6

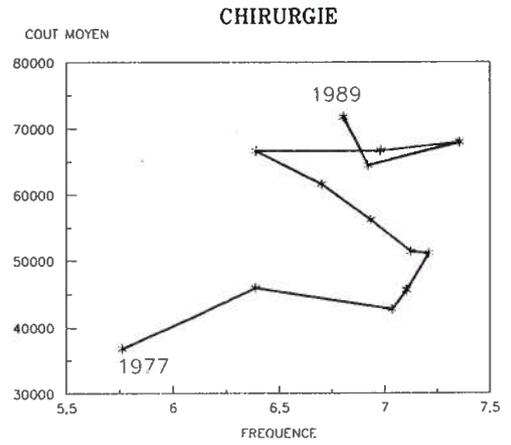


Figure 7

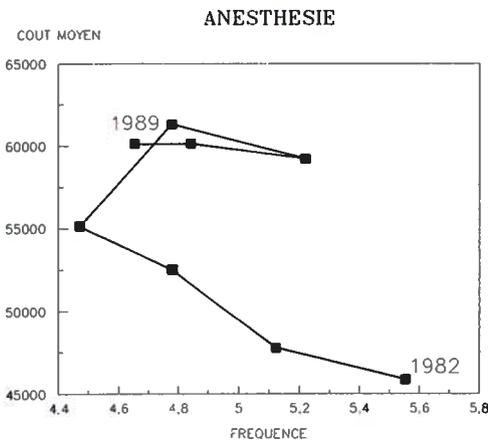


Figure 8

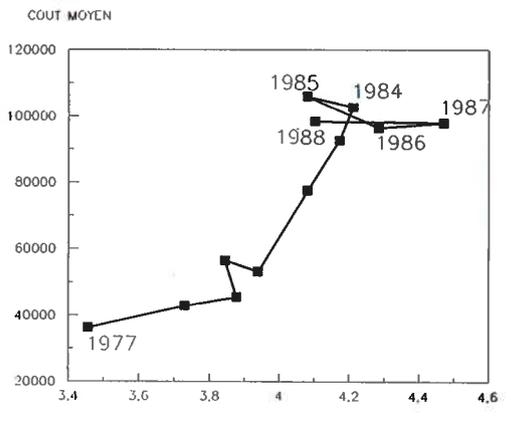


Figure 9

En ce qui concerne le coût du risque (mesuré par la formule fréquence X coût moyen et rapporté en indice), il a évolué au cours des dernières années de manières très différentes selon les spécialités (Fig.10). On peut constater à quel point les écarts se creusent entre la médecine générale, par exemple, et la chirurgie ou l'obstétrique.

COUT DU RISQUE
INDICE DE VARIATION

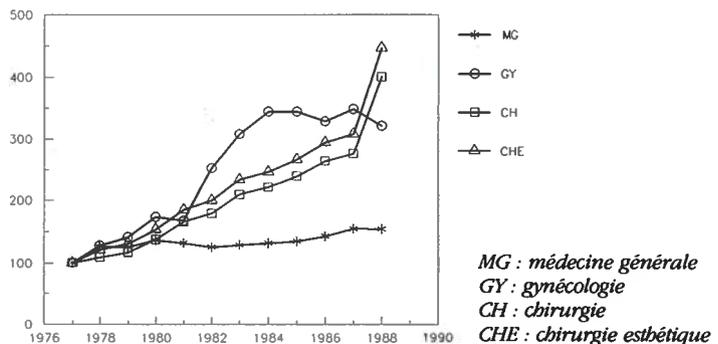


Figure 10

III - CONCLUSION

Nul ne saurait nier une certaine aggravation du risque médical en France. Si les accidents médicaux restent très rares, relativement au nombre d'actes pratiqués (plus d'un million par jour, plus de 365 millions par an), on peut noter une augmentation du nombre des accidents graves.

Mais le nombre d'accidents, reconnus comme fautifs, progresse moins vite que le nombre des réclamations par les patients, ce nombre progressant moins vite encore que le nombre des déclarations par les praticiens.

Ces déclarations de prudence mettent en lumière la progression du nombre d'accidents non fautifs, directement liés au progrès de la médecine, qui, gagnant en efficacité, gagne, hélas, parfois en dangerosité. Ces accidents non fautifs ne peuvent faire l'objet d'une indemnisation mise à la charge des praticiens, et à travers eux, de leur assurance, en responsabilité civile professionnelle.

Or, cette indemnisation des conséquences d'accidents non fautifs serait légitime. C'est une question de solidarité nationale. En l'absence de solution, on perçoit déjà l'embarras de certaines décisions de justice qui, dans le respect de la trilogie faute-préjudice-lien de causalité, invoquent des éléments subjectifs tels que parfois, l'absence de consentement éclairé, la perte de chance, la non-assistance à personne en danger, voire quelquefois, une quasi-obligation de résultat.

L'indemnisation de l'aléa médical non fautif est une grande question des années à venir comme sera une grande question, la contradiction que chaque praticien connaît déjà, entre sa responsabilité technique vis-à-vis de chacun de ses patients et sa responsabilité économique vis-à-vis de la collectivité ■

Loi Finlandaise du 25 juillet 1986¹

Loi n° 585 du 25 juillet 1986 sur le dommage-patient²

◆ 1 - Domaine d'application de la loi

Pour le dommage à la personne, qui est causé à un patient par un service médical ou de santé (dommage-patient), une indemnisation est accordée par la présente loi.

On considère également comme patient, une personne volontaire pour des expériences, qui est l'objet d'examens cliniques (voir la loi n° 255 du 6 mars 1987, sur l'obligation d'indemnisation du patient selon le niveau de salaire).

◆ 2 - Dommage-patient

Est indemnisé comme dommage-patient le dommage à la personne :

1- qui, selon toute probabilité³, a été causé au patient par des examens, traitements, ou autres mesures du même genre ou quelque chose de semblable qui a été négligé ;

2- qui est causé par contagion ou infection qui, selon toute probabilité, résulte de faits en rapport avec des examens, traitements ou autres mesures dont le patient a fait l'objet, ou

3- qui est causé par un accident :

a - en liaison avec des examens, traitements ou autres mesures dont le patient a été l'objet,

b - pendant le transport du malade ou en liaison avec un incendie ou autre dommage, sur les lieux de soins ou du fait de l'équipement, ou

c - qui est la conséquence d'un défaut de l'équipement du service médical ou d'un instrument du service médical.

Une conséquence d'une mesure de ce genre, motivée au point de vue médical, qui n'aurait pu être évitée grâce à un autre procédé, également efficace pour le traitement du patient, n'est pas considérée comme le dommage-patient mentionné à l'alinéa 1 (points 1 et 2). Le dommage, subi à la suite d'un examen qui a été fait pour diagnostiquer une maladie ou le dommage subi par le patient, est indemnisé comme dommage-patient, si les conséquences de l'examen sont tout à fait excessives eu égard à l'espèce et au degré de gravité des blessures ou de la maladie qui est diagnostiquée et, eu égard aussi, à l'état de santé du patient.

1. Traduction faite par Monsieur Max Le Roy et publiée avec son aimable autorisation.

2. Les lois finlandaises sont rédigées en finnois et en suédois. La grande concision de la langue suédoise nous a amené à utiliser certaines expressions telles que « dommage-patient », « assurance-patient » ..., sous peine de dénaturer le texte original.

3. *Sanmolikt* : probablement.

En suédois, ce mot est beaucoup plus fort (selon toute probabilité).

◆ **3 - Fixation de l'indemnité**

Pour la fixation du préjudice du patient, on doit se conformer aux dispositions du chapitre 5§2-4 et du chapitre 7§3 de la loi 412-74 sur les indemnités. L'indemnisation n'est toutefois pas accordée pour les dommages peu importants.

Si un patient subit un dommage volontairement ou a contribué grossièrement à sa naissance, l'indemnisation est accordée uniquement dans la mesure où, d'autres circonstances ont contribué à la naissance du dommage. (Voir loi sur les indemnités C.I. 35.A)

◆ **4 - Obligation d'assurance**

Celui qui exerce une activité sanitaire ou médicale doit avoir une assurance pour la responsabilité, visée dans la présente loi.

Celui qui omet de prendre une assurance doit pour la période d'omission payer, au plus, le décuple de la prime d'assurance.

La prime d'assurance, avec les intérêts de retard, est due sans jugement ou arrêt.

◆ **5 - Assureur**

L'assurance mentionnée dans la présente loi ne peut être consentie que par une compagnie nationale⁴ d'assurance, qui est autorisée à pratiquer l'assurance responsabilité.

Toute compagnie d'assurances, qui pratique une activité d'assurance dommage-patient, doit faire partie d'une union d'assurance-patient. L'Union peut, pour le compte des compagnies, consentir une assurance et gérer le service d'indemnisation. L'Union est responsable du dommage, en cas d'omission de prendre une assurance, et ordonne, fixe et perçoit la prime augmentée au §4 alinéa 2.

Les statuts de l'Union sont fixés par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

◆ **6 - Fixation des conditions de l'assurance-patient et des bases des primes d'assurance**

Le ministère des Affaires Sociales et de la Santé établit, après avoir entendu les centrales compétentes pour l'assurance ou leurs organisations, sur la demande de l'union des assurances-patient, les conditions d'assurance qui doivent être observées pour l'assurance-patient en même temps que les bases de primes d'assurances.

Les bases de primes d'assurances doivent être fixées de telle façon, que les primes, augmentées des recettes des - intérêts - pour faute du responsable, soient suffisantes pour couvrir les débours de l'organisme d'assurances qui est mentionné dans la présente loi, et dans la mesure que prescrit le ministère pour maintenir les capacités de responsabilité d'un tel organisme qui exerce l'activité sus-mentionnée.

4. C'est-à-dire finlandaise.

◆ **7 - Obligation d'assurer⁵**

L'union des assurances-patient ne peut refuser de consentir ou de maintenir l'assurance-patient prévue par la présente loi, si l'entreprise visée au §5 alinéa 7 refuse de le faire.

◆ **8 - Responsable**

La victime a droit à l'indemnisation du dommage-patient par l'organisme d'assurance, visé au §5 alinéa 1, ou l'union, visée au §5 alinéa 2, indépendamment de ce dont la victime a droit d'être indemnisée pour quelque chose d'autre que ce qui est fondé sur la présente loi.

Si la victime a déjà obtenu une indemnité en vertu de quelque autre loi, le montant est déduit de l'indemnité qui est réglée en vertu de la présente loi.

◆ **9 - Transmission du droit à réparation et action récursoire**

Si la victime a droit à dédommagement pour dommage-patient, en vertu de quelque autre loi, le droit susvisé passe à celui qui a versé l'indemnité conformément à la présente loi, à concurrence du montant que celle-ci a reçu.

Si la victime a le droit d'être indemnisée par celui qui a causé le dommage ou son employeur, le droit précité, prévu par la présente loi, ne se transmet à celui qui a payé une indemnité qu'au cas seulement, où le dommage a été causé intentionnellement ou par une faute lourde.

Est sans effet, la convention par laquelle un assureur se réserve un droit plus étendu, envers celui qui est passible d'une action récursoire, que celui qui est fixé à l'alinéa 2.

◆ **10 - Présentation de la demande d'indemnité**

Quand l'indemnisation d'un dommage-patient est demandée, conformément à la présente loi, la demande d'indemnisation doit être présentée à l'assureur, au plus tard trois ans après que l'assureur qualifié ait eu connaissance du dommage. Pour des raisons particulières, une demande d'indemnisation présentée tardivement sera également admise⁶.

La demande d'indemnisation doit toutefois être présentée au plus tard, vingt ans après l'événement qui a causé le dommage.

◆ **11 - Commission de dommage-patient**

Il existe, auprès du ministère des Affaires Sociales et de la Santé, une commission dommage-patient nommée par le Conseil des ministres pour trois ans, dont la tâche est de donner un avis sur l'indemnisation du dommage-patient à celui qui réclame une indemnité, ou auquel il est réclaté une indemnité pour dommage-patient et à celui qui doit avoir une assurance de responsabilité conformément à la présente loi.

5. Littéralement : de consentir une assurance.

6. C'est-à-dire : s'il existe.

La tâche de la commission est, plus largement, de donner un avis au tribunal, qui juge une affaire d'indemnisation concernant un dommage à la personne.

Quand la commission exerce sa mission, elle doit rechercher une pratique homogène pour l'indemnisation du dommage-patient.

La composition de la commission du dommage-patient est fixée par décret. (voir décret sur la commission du dommage-patient du 10 avril 1987/396).

◆ **12 - Droit de la commission du dommage-patient de donner des renseignements**

La commission du dommage-patient a le droit d'obtenir, d'une autorité ou de celui qui exerce une activité médicale ou de santé, les renseignements qui sont nécessaires pour l'enquête sur l'affaire (l'instruction de l'affaire) qu'elle traite, nonobstant ce qui est prescrit sur le devoir de silence de l'autorité ou des médecins et du personnel médical.

◆ **13 - Devoir de silence**

Celui qui participe aux délibérations de la commission visée à la présente loi, ou qui dans un service ou d'une autre manière dans son emploi a eu connaissance de l'affaire, ne doit pas sans autorisation, révéler à quelqu'un d'étranger à l'affaire quelque chose qui, selon la présente loi ou les décrets, doit être tenue secret.

Celui qui viole le secret professionnel visé à l'alinéa 1 doit, pour infraction au secret professionnel visé à la loi sur le dommage-patient, être condamné à une amende ou à un emprisonnement de six mois au plus.

Le ministère public ne peut engager les poursuites pour violation de secret professionnel, si le plaideur n'a pas poursuivi le fait en justice.

◆ **14 - Jurisdiction compétente**

La demande d'indemnisation, en vertu de la présente loi peut, dans la procédure qui concerne les affaires litigieuses, être également portée devant le tribunal de première instance, du lieu où celui qui demande une indemnisation a son domicile, selon la loi sur le registre de l'état civil (141/69).

◆ **15 - Autorisation de prendre un décret**

Des dispositions plus détaillées sur l'exécution de la présente loi seront prises par décret. (Voir décret sur la commission dommage-patient 10 avril 1987/396).

◆ **16 - Entrée en vigueur**

La présente loi entrera en vigueur le 1er mai 1987.

La loi s'applique aux dommages-patients survenus après que la loi soit entrée en vigueur.

Les mesures que l'exécution de la présente loi suppose, peuvent être prises avant que la loi n'entre en vigueur ■

23/24 septembre 1991

Distribution of Insurance
The New Horizons - Europe + Beyond

18/19 novembre 1991

Healthcare Insurance - 4th annual conference

28/29 novembre 1991

Regulation of European Insurance

**BELINDA GRAHAM-RACK
IBC FINANCIAL FOCUS LTD**

57, 61 Mortimer Street - London, W1N 7TD
téléphone : (+44) 71 637 4385 - Fax : (+44) 71 323 4298

RUBRIQUES

Gestion

Didier Pfeiffer dresse un bilan
de l'assurance-vie durant les années 80.

Economie

Dieter Farny propose un modèle simple
d'arbitrage entre les stratégies de croissance
ou de profit des compagnies d'assurance.

Droit

André Tunc analyse la loi Badinter
du 5 juillet 1985 et les évolutions possibles.

Ressources humaines

Alain Bernard indique les critères de réussite
d'une université d'entreprise.
Des témoignages viennent illustrer son
propos.

Le marché français de l'assurance VIE ET DE LA CAPITALISATION : évolution et perspectives

MOTS-CLÉS : Assurance-vie • Banque • Capitalisation • Distribution • Primes • Produits •

Depuis 1980, le chiffre d'affaires de l'assurance-vie a été multiplié par un facteur sept. Cette croissance impressionnante s'est accompagnée d'un bouleversement dans les pratiques de l'assureur vie. Des produits nouveaux sont apparus, des intervenants sont entrés sur le marché. Ces dix années ont, aussi, été celles de l'arrivée massive des banques. Depuis un an, la progression très forte est cassée. Les produits de capitalisation ont laissé la place à des concurrents. Au seuil de cette nouvelle période qui devrait voir l'assurance-vie changer ses priorités, ce texte retrace ce qu'ont été ces « goldies » de l'assurance-vie et de la capitalisation.

I - ÉVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRES EN VIE ET EN CAPITALISATION DE 1980 À 1989

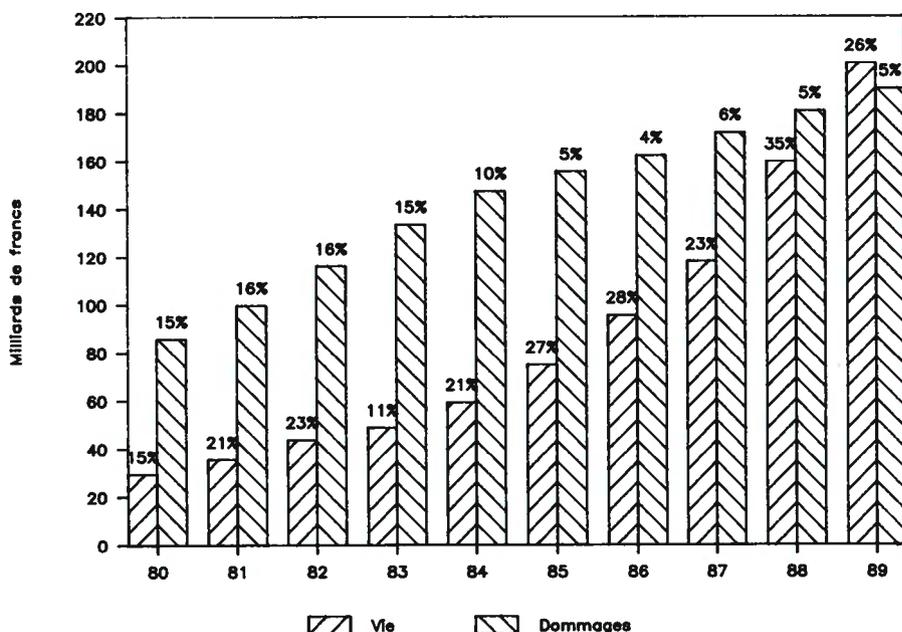
Par son chiffre d'affaires, les effectifs qu'elle emploie et les placements qu'elle gère, l'assurance tient une place essentielle dans l'économie en contribuant au développement des entreprises et à la protection des particuliers et de leur épargne.

Le chiffre d'affaires global de l'assurance française a été, en 1989, de 494,4 milliards de francs, soit une progression de + 20,1 % par rapport à 1988. Ce montant comprend l'activité des sociétés d'assurances et des sociétés de réassurances, tant sur le marché français qu'à l'étranger, par l'intermédiaire de leurs succursales et filiales. Pour les seules sociétés d'assurances agréées sur le marché français, le chiffre d'affaires s'est élevé à 390,9 milliards de francs en 1989, en croissance de + 14,7 %. Cette forte progression résulte du développement rapide de l'assurance-vie et de la capitalisation qui, en 1989, a atteint 200,8

* Président du Groupement des Assurances de Personnes de la F.F.S.A.

milliards de francs, (+ 25,7 %). Pour la première fois, le chiffre de ce secteur a représenté plus de la moitié de l'assurance française (53 % dont 38 % pour l'assurance-vie et 15 % pour la capitalisation). Le graphique ci-après illustre cette montée en puissance.

Evolution du chiffre d'affaires
des sociétés d'assurances-vie et capitalisation
et des sociétés d'assurances-dommages



Source : FFSA/GAP

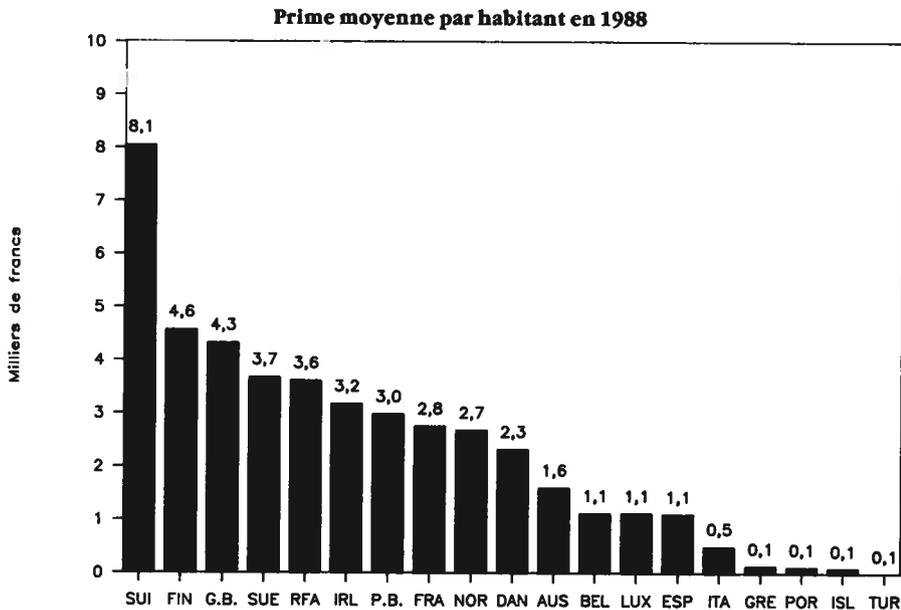
Le chiffre d'affaires vie et capitalisation, qui était de 29,5 milliards de francs en 1980, a donc été multiplié par sept sur la période 1980-1989, soit un taux d'évolution annuel moyen de + 23,7 %. Pendant six années consécutives (de 1984 à 1989), la croissance a été supérieure à 20 %. Cette progression, particulièrement élevée, fait des années 80, une décennie exceptionnelle pour l'assurance-vie et la capitalisation en France. Parallèlement, le total des provisions mathématiques, correspondant aux engagements des sociétés envers leurs assurés, s'est lui-même accru de façon importante : 705,8 milliards de francs pour l'assurance-vie et la capitalisation au 31 décembre 1989, soit une augmentation de + 31,4 % par rapport à l'année précédente.

Les sommes versées aux bénéficiaires, en assurance-vie et capitalisation, ont augmenté de 26,5 % en 1988 et se sont élevées à 252,8 milliards de francs. Elles se décomposent en : 84,1 milliards de francs de prestations payées et 168,7 milliards de francs d'accroissement des provisions mathématiques (43 % des placements financiers effectués par les ménages en 1989). Ces provisions représentaient, en 1989, 43 % de l'ensemble des placements financiers des ménages.

II - COMPARAISONS INTERNATIONALES

En chiffre d'affaires, la France occupait, en 1988, le cinquième rang après le Japon, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et l'Allemagne fédérale. Le Japon à lui seul représente plus du tiers des primes d'assurance-vie collectées dans le monde. En revanche, la France ne se situe qu'au douzième rang mondial pour la prime moyenne par habitant, en 1988, avec 2 768 francs, loin derrière la Suisse (8 064 francs), la Grande-Bretagne (4 336 francs), et l'Allemagne fédérale (3 621 francs). Cette situation s'explique, bien sûr, par l'existence, en France, d'une protection sociale obligatoire.

En 1988, la France occupait le troisième rang sur le marché de l'assurance-vie en Europe, avec 17 % des primes perçues en affaires directes (pays de l'Est non compris) après la Grande-Bretagne et l'Allemagne¹. En 1988, sur un chiffre d'affaires total en Europe de 908,5 milliards de francs, les trois premiers pays (Grande-Bretagne, Allemagne fédérale et France) représentaient 69 %, et les douze pays de la C.E.E. 86 %. En prime moyenne par habitant, le marché français ne se situe qu'au huitième rang en Europe.



Cette situation de moindre diffusion de l'assurance-vie se traduit dans la structure patrimoniale. On constate, en effet, que la France est, avec l'Italie, le pays où la part des créances sur les sociétés d'assurances et les fonds de retraite est la plus faible dans le patrimoine financier des ménages.

1. Le montant des primes, indiquées par l'Allemagne fédérale, inclut les participations aux bénéfices. Si l'on excepte ces participations, la France se situerait au deuxième rang européen, derrière la Grande-Bretagne.

Composition du patrimoine financier des ménages fin 1988
(en %)

	Etats- Unis	Royaume- Uni (1987)	RFA	France	Italie
Monnaie (espèces et dépôts à vue)	5,3	10,9	7,5	13,3	39,5
Dépôts et livrets d'épargne	26,7	19,6	43,2	32,0	
Obligations et emprunts (dont titres d'Etat ou du secteur public)	13,2 (8,1)	3,4 (3,1)	14,9 (nd)	5,1 (nd)	35,3 (32,1)
Actions de sociétés (dont sociétés d'investissement)	22,7 (nd)	17,2 (2,5)	6,0 (nd)*	36,6 (11,7)	13,3 (3,5)
Créances sur les sociétés d'assurances	3,2	43,9	18,2	10,8	4,5
Créances sur les fonds de retraite	26,3		7,6	0,0	0,0
Autres	2,6	5,0	2,6	2,2	7,4**
Total	100	100	100	100	100

* Créances ventilées entre actions et obligations en fonction de la composition du portefeuille.

** Principalement provisions pour départ en retraite, mais aussi un peu plus de 1 % de créances sur l'étranger.

Source : CREP

III - LES INTERVENANTS SUR LE MARCHÉ

3. 1. Les sociétés

141 entreprises d'assurance-vie et capitalisation opèrent sur le marché français à la fin de 1990 : 4 entreprises nationales d'assurances, 105 sociétés anonymes, 17 sociétés d'assurances mutuelles, 12 succursales de sociétés étrangères, 1 établissement public industriel et commercial (C.N.P.), ainsi que 2 tontines. Les 10 premiers groupes d'assurances directes sur le marché français de l'assurance-vie et de la capitalisation étaient, en 1989, les suivants (en milliards de francs)² :

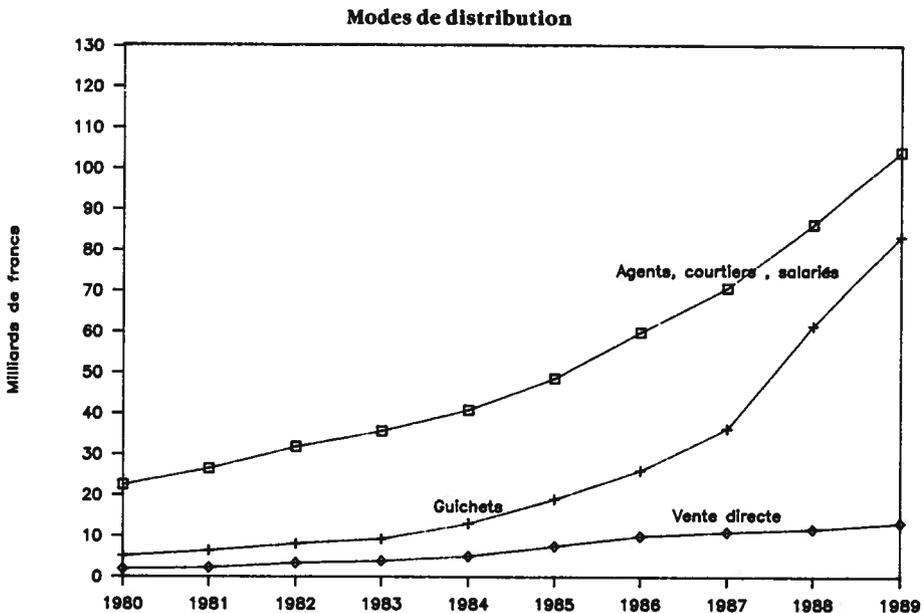
2. Hors filiales à l'étranger et réassurance.

Groupes		Chiffre d'affaires 1989 Vie et Capitalisation
1	- U.A.P.	25,2
2	- C.N.P.	23,4
3	- PREDICA	21,6
4	- A.G.F.	14,6
5	- G.A.N.	13,1
6	- VICTOIRE	12,3
7	- AXA	11,5
8	- ASS. FEDERALES VIE	5,9
9	- CARDIF	5,4
10	- SORAVIE	4,6

Le marché français est aujourd'hui, après les restructurations intervenues ces dernières années, relativement concentré. Les cinq premiers groupes représentent près de 50 % du chiffre d'affaires et les trois premiers, plus du tiers.

3. 2. Les réseaux de distribution

Au cours de la période 1980-1989, la part respective des différents réseaux de distribution s'est beaucoup modifiée, d'une manière très révélatrice de l'évolution qu'a connue le marché vie et capitalisation. Le graphique suivant retrace cette évolution des différents types de distribution sur les neuf dernières années.



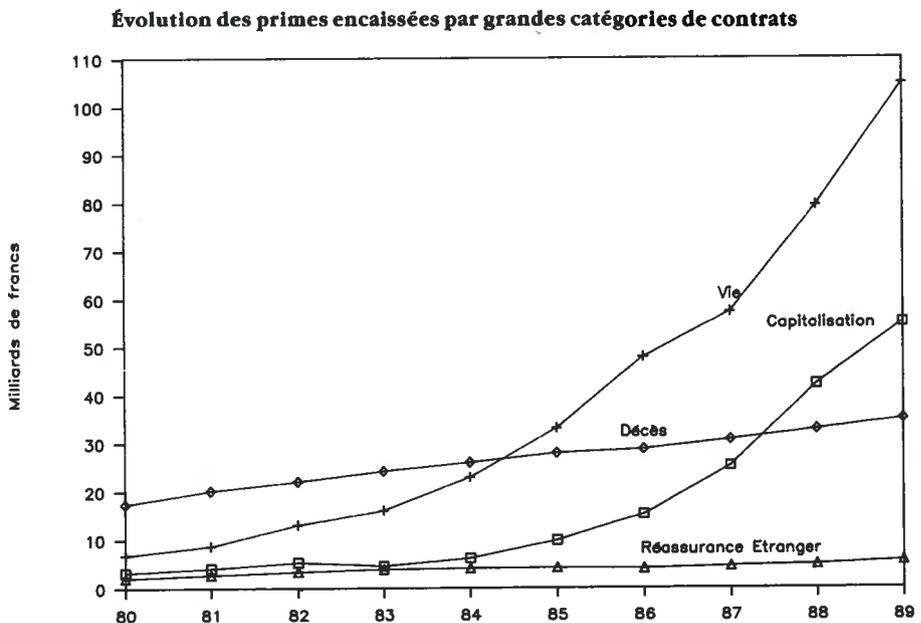
Source : FFS/GAP

Ce graphique démontre que si la croissance de la distribution par guichets (banques, institutions financières, Poste ou Trésor) a été très forte, les autres réseaux : agents, salariés, courtiers, ont également connu une progression importante, notamment depuis 1985. En termes de chiffre d'affaires, sur un total de 200,8 milliards de francs en 1989, la répartition par type de réseau était la suivante :

- 104,3 milliards de francs, des agents, courtiers ou salariés (+ 21 % par rapport à 1988) ;
- 83,3 milliards de francs des guichets (+ 35 %) ;
- 13,2 milliards de francs de la vente directe et vente par correspondance (+ 13 %).

IV - LES PRODUITS

Pour présenter l'évolution des produits, on peut se référer à trois grands types de contrats qui sont : les contrats en cas de vie, en cas de décès, et les contrats de capitalisation. Le graphique ci-dessous figure l'évolution en termes de chiffre d'affaires des trois grands types de contrats sur dix ans.



Source FFSA/GAP

4.1 Assurance en cas de vie

Le marché de l'assurance en cas de vie représente 104,8 milliards de francs en 1989, soit 52 % du chiffre d'affaires total vie et capitalisation, contre seulement 20 % au début des années 80. Ce marché comprend les contrats d'assurance-vie, souscrits individuellement ou par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association permettant la constitution d'une épargne et le versement de celle-ci en cas de vie de l'assuré, au terme du contrat, sous forme de capital ou de rente (épargne et complément retraite). Cette famille de produits, en hausse de 31,8 % par rapport à 1988, est celle qui a connu la plus forte progression depuis dix ans. Principalement, grâce au développement, depuis 1985, des contrats dits « groupes ouverts » (contrats collectifs à adhésion individuelle et à gestion paritaire, exonérés de la taxe d'assurance), et depuis 1987, aux contrats groupes, souscrits par les entreprises pour leurs salariés.

Cette évolution tient à un certain nombre de facteurs. Tout d'abord, on assiste depuis quelques années à une forte augmentation du nombre des intervenants sur le marché de l'assurance-vie : le nombre de sociétés d'assurances-vie, en France, est passé de 72, en 1980, à 141 à la fin de l'année 1990. Parmi les sociétés récemment établies, beaucoup de filiales de banques et d'établissements financiers se sont limités, dans un premier temps, à la présentation de contrats en cas de vie.

L'augmentation du nombre d'intervenants entraînant une intensification de la concurrence, sont apparus des contrats de plus en plus performants : faibles chargements et rendements de l'épargne largement supérieurs à l'inflation. En effet, la conjoncture économique et financière a permis aux sociétés d'assurances de proposer des rendements très positifs aux consommateurs, notamment ces dernières années, ce qui a indéniablement favorisé la diffusion de contrats avec épargne. A titre d'exemple, en 1989, le rendement moyen³ des contrats en cas de vie s'établissait à 9,1 %, soit 5,5 points au dessus de l'inflation. Il faut préciser que, dans le même temps, certains contrats ont vu leur diffusion diminuer fortement. C'est notamment le cas des contrats de types « combinés » et « mixtes » qui représentaient, en 1985, 7 % des primes émises en affaires nouvelles individuelles, et qui ne représentent plus, en 1989, que 1,8 % du marché de l'assurance-vie et capitalisation individuelle.

Les contrats développés par les assureurs sont aussi devenus plus sophistiqués. On peut citer en exemple les contrats en unités de compte qui ont connu une progression annuelle moyenne de près de 48 % depuis 1985, ou encore, les contrats à taux garanti supérieur au taux de base. Une autre raison du développement important des contrats en cas de vie est certainement liée à la prise de conscience par le public de réels besoins en matière de préparation financière de la retraite.

3. Selon une étude effectuée par le Groupement des Assurances de Personnes auprès de 40 sociétés représentant 82 % du marché.

4.2 Assurance décès

Les encaissements afférents à ces contrats ont représenté 35,2 milliards de francs en 1989 (+ 6,5 % par rapport à 1988). Il s'agit de contrats d'assurance souscrits individuellement, par l'intermédiaire d'une entreprise, d'une association, ou à l'occasion d'un emprunt, garantissant le versement d'un capital en cas de décès avant le terme du contrat. En assurance décès, l'assurance collective représente plus de 50 % du chiffre d'affaires. Ces contrats ont connu une croissance régulière au cours des années. Ils ont profité de l'évolution de l'ensemble des produits d'assurance, en ce qui concerne l'information des consommateurs, et ils ont connu un bon développement à travers les contrats collectifs d'emprunteurs et les contrats - groupes ouverts -.

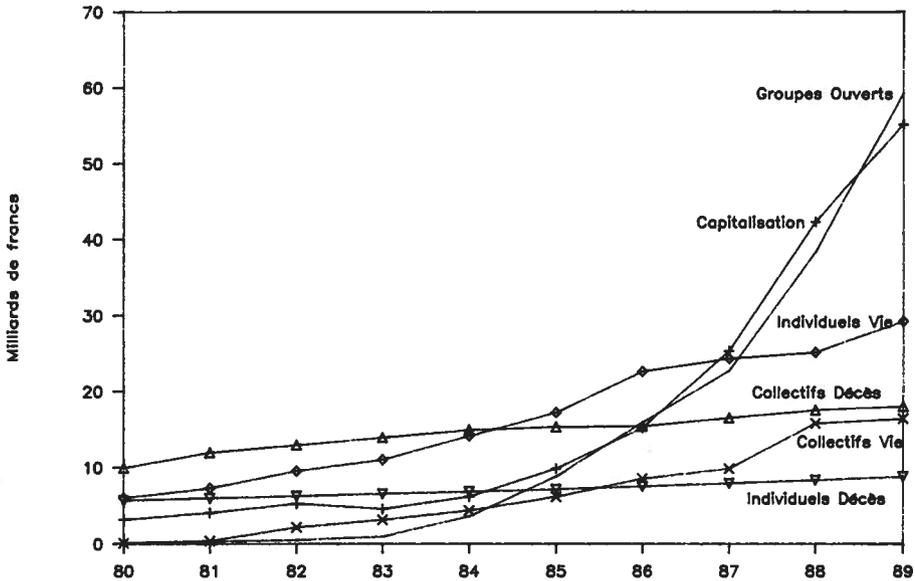
4.3 Capitalisation

Le mot - capitalisation - est utilisé ici, au sens de contrats de garantie d'épargne souscrits individuellement, et qui sont techniquement proches des contrats en cas de vie puisqu'il comporte les mêmes règles de gestion de l'épargne et les mêmes règles en matière de taux garantis. Il faut ajouter sur le plan fiscal, la possibilité pour le souscripteur d'opter ou non pour le régime de l'anonymat. Les cotisations versées au titre de ces contrats ont atteint 55,2 milliards de francs en 1989, en progression de 30 % par rapport à 1988. Bien que toujours élevée, cette augmentation est cependant inférieure à celle observée au cours des quatre années précédentes (plus de 50 % chaque année). Entre 1980 et 1989, le secteur de la capitalisation a vu son chiffre d'affaires multiplié par dix-sept. Comme pour les contrats en cas de vie, ils ont bénéficié d'une conjoncture favorable, en raison notamment, du niveau des taux d'intérêt élevés existant sur les marchés financiers, et du ralentissement de l'inflation. C'est dans ce secteur de la capitalisation que s'est fait l'essentiel du développement des sociétés filiales de banques.

V - PERSPECTIVES

Les traits dominants de la décennie écoulée ont finalement été :

- La progression des contrats groupes ouverts qui, très peu développés en 1980, représentent en 1989 près de 30 % du total des encaissements vie et capitalisation. Cette croissance élevée devrait se ralentir avec la suppression, à compter du 1er juillet 1990, de la taxe d'assurance qui pesait, jusqu'à cette date, sur les primes des contrats vie et dont les - groupes ouverts - étaient exonérés ;
- Le développement considérable de la capitalisation, essentiellement entre 1985 et 1988. En 1980, avec 3,2 milliards de francs d'encaissements, la part relative de la capitalisation dans le total du chiffre d'affaires vie et capitalisation ne s'élevait qu'à 11 % (13 % en 1985). En 1989, avec 55,2 milliards de francs, cette part atteint 28 %. Le graphique ci-après illustre cette double évolution.



Source FFS/GAP

Par rapport aux années précédentes, 1990 marque une rupture, puisque le chiffre d'affaires vie et capitalisation n'augmente que de 3 %, pour s'établir à 206 milliards de francs. S'agit-il d'une stabilisation conjoncturelle ou d'un véritable retournement de tendance ? Le net ralentissement de 1990 est dû à la chute brutale des contrats de capitalisation (- 30 %). L'assurance-vie, pour sa part, continue à progresser, quoique sur un rythme ralenti par rapport aux années précédentes (+ 15 %). La chute de la capitalisation s'explique par l'apparition de produits directement concurrents comme le P.E.P. financier et les S.I.C.A.V. de capitalisation. Il en est résulté une modification de la stratégie de beaucoup d'établissements bancaires, qui ont réorienté leurs réseaux sur ces nouveaux produits, au lieu et place de la capitalisation. Mais, on peut penser qu'après ce brusque changement, un rééquilibrage se produira. La capitalisation garde, en effet, tout son intérêt du fait qu'elle décharge l'épargnant du risque financier, tout en lui offrant, grâce à la gestion collective des fonds, des rendements attrayants.

D'autres éléments permettent de penser que le secteur vie et capitalisation conserve en France un bel avenir. Tout d'abord, un potentiel de développement important existe dans le domaine de la retraite où les besoins vont croître dans les prochaines années. Les entreprises possèdent la capacité technique pour répondre aux demandes dans ce domaine, qui nécessite une spécialisation dans la gestion de l'épargne à long terme et la garantie de prestations viagères. D'autre part, le secteur fait preuve d'une grande capacité d'innovation. De nouvelles générations de contrats sont d'ores et déjà proposées dans le cadre de l'ouverture du marché européen (contrats en devises, contrats reposant sur des parts

d'O.P.C.V.M.). Enfin, la comparaison avec le niveau de développement de l'assurance-vie dans d'autres pays occidentaux montre qu'il existe une marge de développement dans le domaine de la prévoyance, de la retraite et de l'épargne. Bien entendu, la réalisation de ce potentiel de développement sera conditionnée par l'évolution de la conjoncture économique et financière. Elle dépendra aussi largement du maintien, sur le plan législatif et fiscal, d'une réglementation efficace, adaptée et stable, indispensable à des opérations qui comportent des engagements contractuels sur le moyen et le long terme.

VI - CONCLUSION

Les besoins croissants de sécurité et de protection des Français devraient permettre, au secteur, de connaître - malgré le palier de 1990 - une progression sensiblement supérieure à celle du Produit National Brut. Cette estimation est d'ailleurs confirmée par les premiers résultats de 1991 ■

STRATEGIES DE CROISSANCE

ou de profit

des compagnies d'assurances

MOTS CLÉS : *Bénéfice . Cycle d'assurances . Effet de taille . Gestion . Planification . Stratégie .*

Le conflit entre les objectifs de croissance et de profit est une des bases de la stratégie des entreprises. Dans le domaine de l'assurance, ce conflit est masqué par l'importance des objectifs de taille. Ce texte propose un modèle simple pour hiérarchiser les objectifs et permettre d'inscrire la stratégie dans une perspective de long terme. Une interprétation originale du cycle d'assurance est proposée. Elle permet de comprendre comment des objectifs, opposés à court terme, peuvent s'harmoniser à long terme.

I - CROISSANCE ET PROFITS DANS LES STRATÉGIES DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Les deux objectifs principaux des compagnies d'assurances sont le profit et la croissance. Il est donc logique que les stratégies de court terme et celles globales de long terme soient orientées vers la réalisation de ces deux objectifs¹. Ces objectifs et les stratégies mises en oeuvre pour les atteindre entretiennent des relations complexes et peuvent entrer en conflit. Les conflits entre objectifs naissent dès lors que dans des situations de concurrence, une croissance supérieure à celle du marché ne peut être atteinte que par des coûts supplémentaires. L'intensification des efforts de vente d'une part, et le relâchement des procédures de sélection à la souscription d'autre part, augmentent les coûts de production.

Pour illustrer ce conflit, on distinguera une mesure quantitative du portefeuille (T), dont l'augmentation donnera la croissance de la compagnie, du prix moyen

* Professeur à l'Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln.

** Une version précédente de ce texte est parue dans : *- Risk, Information and Insurance -* avec l'aimable autorisation de l'auteur, D. Farny et des éditions Kluwer Academic Publishers.

de chaque *quantum* d'assurance (p). Le produit de T par p donnant l'encaissement ou chiffre d'affaires (CA).

Le profit espéré (π) s'obtient par le chiffre d'affaires (CA) diminué du coût des sinistres (CS) et des frais d'exploitation. Le coût des sinistres s'obtient par le produit de la quantité d'assurance vendue (T) et le coût moyen anticipé des sinistres (CMS) par *quantum* d'assurance. On distingue les frais fixes d'exploitation (FF) et les frais variables (FV). Les frais variables comprennent les frais de commercialisation et les rémunérations des réseaux de vente (commissions), le ratio, (v) exprime la part des frais variables dans le chiffre d'affaires.

**Tableau 1 :
Croissance et profit comme objectifs de compétitivité**

	<i>Position de départ</i>	<i>Situation croissancelbénéfices</i>				
		<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
Portefeuille T	100	110	120	130	140	150
Prix moyen de chaque quantum d'assurance p	10	9,9	9,8	9,7	9,6	9,5
Chiffre d'affaires $CA = T.p$	1000	1089	1176	1261	1344	1425
Côut moyen anticipé des sinistres par quantum d'assurance CMS	7	7,02	7,04	7,06	7,08	7,10
Coût des sinistres $CS = T \cdot CMS$	700	772	845	918	992	1065
Frais fixes d'exploitation FF	100	100	100	100	100	100
Frais variables d'exploitation en pourcentage du chiffre d'affaires v	0,15	0,1575	0,1654	0,1736	0,1823	0,1914
Frais variables d'exploitation $FV = CA \cdot v$	150	172	195	219	245	273
Profit $\pi = CA - CS - FF - FV$	50	45	36	24	7	- 13
Rentabilité du chiffre d'affaires π / CA	5,0	4,1	3,1	1,9	0,5	- 0,9
Taux de croissance en pourcentage par rapport à la position de départ, • de la taille du portefeuille • du chiffre d'affaires		10 8,9	20 17,6	30 26,1	40 34,4	50 42,5

On a donc au début du processus étudié :

$$\pi = CA - CS - FF - FV$$

$$\pi = (T.p) - (T.CMS) - (FF) - (v.T.p)$$

Le **tableau 1** montre, à partir d'une situation initiale donnée, quels peuvent être les cinq sentiers possibles de croissance/profit. Cette situation initiale étant :

$$\pi = 50 = (100 \times 10) - (100 \times 7) - (100) - (0,15 \times 100 \times 10)$$

Pour augmenter ses ventes, une compagnie devra baisser la prime moyenne (p) ; pratiquer une sélection plus souple des candidats à l'assurance et donc accepter une hausse du coût moyen des sinistres ; intensifier ses moyens de promotion commerciale et donc augmenter la part des frais variables dans le chiffre d'affaires.

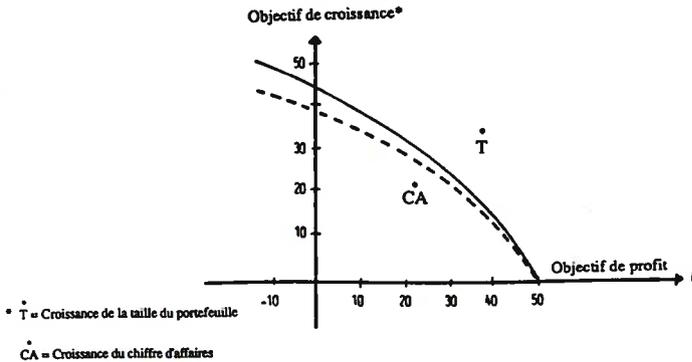
Il est aisé de voir que l'objectif de croissance entre en conflit avec l'objectif de rentabilité : plus les taux de croissance sont élevés, moins les profits le sont. La situation E, par exemple, décrit une situation où avec un taux de croissance quantitatif de 50 % du portefeuille, mais en valeur de seulement 42,5 %, il apparaîtra une situation déficitaire. Le **graphique 1** illustre ce conflit entre les variables objectifs de croissance et de profit.

■ II - POLITIQUE DE CROISSANCE

Les décideurs, dans les compagnies d'assurances, ont souvent tendance à penser que les objectifs de croissance sont des objectifs naturels. L'idée sous-jacente est, probablement, que les compagnies sont comme des organismes vivants, à l'existence menacée par la stagnation ou une diminution de taille². Les objectifs de croissance sont naturellement ressentis comme des éléments positifs dans l'ensemble des paramètres qui gouvernent une compagnie d'assurances. Les objectifs de croissance peuvent s'exprimer par des variables de flux ou de stock du cycle de production, ainsi en particulier :

1. **Les inputs** comme les principaux facteurs de production, le personnel de la compagnie, ses fonds propres...
2. **Les paramètres de transformation** ou facteurs de production spécifiques à l'assurance, comme le traitement des sinistres.
3. **Les outputs** qui seront mesurées par des variables de structure du portefeuille, comme le nombre de clients, de contrats, les risques couverts, le volume des primes. Le montant des investissements, au sens d'*output* de l'activité de placement.

1. Pour les objectifs des compagnies d'assurances, voir par exemple Farny (1967), Grossmann (1967), Kaluza (1979, 1982) et Spübler (1971). Sur la politique stratégique des compagnies d'assurances en général, voir Benölken (1984), Cummins (1985), Farny et Kirsch (1987), Haller (1983), et Pröbstl (1985).



Graphique 1 :

Opposition des objectifs de profit et de croissance dans les compagnies d'assurances

En pratique, la croissance est mesurée à partir des *outputs* du portefeuille, parfois, par rapport au bilan ou au volume des investissements.

Les objectifs de croissance peuvent être formulés en termes relatifs ou absolus. Dans ce dernier cas, la part de marché joue, en pratique, un rôle important. Cette part de marché peut recevoir différentes mesures portant sur le chiffre d'affaires, la quantité des contrats souscrits ou le volume des investissements. Un objectif de croissance est par nature limité ; un objectif de croissance illimitée ne serait pas opérationnel. Dans la pratique, on fixera l'objectif, par exemple, un certain pourcentage d'augmentation du chiffre d'affaires ou bien, un objectif de conquête de part de marché.

Un objectif de croissance très important appellera des stratégies spécifiques, des ruptures dans la planification. Il s'agira d'investissements considérables dans les éléments de production existants, ou bien, l'achat d'autres compagnies d'assurances : processus de création d'un groupe par croissance externe.

Le temps nécessaire à la réalisation d'un objectif de croissance peut aller de périodes très courtes à des planifications beaucoup plus longues. Les objectifs de croissance sont le plus souvent annuels.

Une politique de croissance comprend, non seulement la fixation des objectifs, mais aussi la définition des moyens pour les atteindre. En pratique, cette politique a le plus souvent une dimension fondamentale et de long terme, elle est donc stratégique. Si la croissance externe est l'objet de décisions exceptionnelles, la croissance interne ne peut, en règle générale, être atteinte que par l'exercice d'une volonté sur de longues périodes.

La stratégie globale est déterminée par les décisions suivantes :

- Le choix entre croissance interne et externe ;
- Le choix ou non de développer des activités nouvelles ;
- Le choix des instruments stratégiques appropriés pour chacun des domaines d'activité de l'entreprise.

La croissance interne s'exprime, le plus souvent, par le développement du portefeuille d'assurance. Les stratégies utilisées pour ce développement, dans le domaine des ventes, utiliseront la création de nouveaux produits, une redéfini-

tion des prix et méthodes de distribution des produits existants. Ces décisions seront appuyées par des stratégies spécifiques de gestion financière permettant de financer la croissance des ventes et de respecter les seuils de solvabilité. Dans la politique de croissance externe, les stratégies individuelles possibles sont les suivantes :

- Coopération avec d'autres institutions, compagnies d'assurances, banques et autres fournisseurs de services financiers ;
- Rachat de portefeuilles d'assurances ;
- Fusion/acquisition d'autres compagnies d'assurances et constitution d'un groupe.

La croissance externe est soumise, dans beaucoup de pays, à des limites légales et des mesures restrictives sur la séparation de l'activité d'assurance des autres secteurs. Elle est liée aux stratégies de gestion financière, puisque le rachat de portefeuilles ou de compagnies implique d'importants besoins de financement. Ces besoins de financement ne peuvent bien être couverts par l'utilisation des réserves techniques, mais par l'emploi des fonds propres ou l'appel au marché. Enfin, mentionnons que, parfois, la croissance externe est soumise aux législations sur la concurrence et les réglementations antitrusts.

La qualité d'une stratégie de croissance externe tient à la réalisation de synergies entre les différentes unités économiques mises en commun. L'expérience montre que ces processus de synergies nécessitent un temps considérable. Particulièrement lorsque les modes de gestion, les produits et les clients sont différents. La croissance externe exige, donc, de nombreuses stratégies fonctionnelles. Leur objectif est la résorption des diversités entre les institutions rassemblées, unités économiques, dans les domaines de la performance et des ventes, par des stratégies méthodologiques pour optimiser les méthodes des techniques d'exploitations et des techniques d'assurances ; enfin, par des stratégies instrumentales dans le domaine des ventes. Les différences existantes devraient en conséquence être résorbées ou intégrées dans des stratégies de vente différenciées.

La croissance peut être de deux types, soit par spécialisation, soit par le développement dans de nouveaux champs d'activités. Les nouvelles activités peuvent concerner de nouveaux produits ou un intérêt pour des segments de clientèle jusque-là ignorés, ou encore le développement dans de nouvelles zones géographiques³. Le **tableau 2** regroupe les principaux cas de figure entre stratégies de croissance sur d'anciennes ou de nouvelles activités.

2. Voir Hagström (1981) et Weiss (1975).

Tableau 2 :
Stratégies de croissance dans des domaines d'activité anciens et nouveaux

<i>Hypothèses</i>	<i>Gamme de produits</i> 1. Activités d'assurance (par secteur) ● risque ● épargne ● activités de service 2. Investissements 3. Autres activités	<i>Clients</i> Groupes de clients Types de clients	<i>Régions</i>
A	ancien	ancien	ancien
B	ancien	nouveau	nouveau
C	ancien	nouveau	ancien
D	ancien	nouveau	nouveau
E	nouveau	ancien	ancien
F	nouveau	ancien	nouveau
G	nouveau	nouveau	ancien
H	nouveau	nouveau	nouveau

Le cas A décrit les stratégies de croissance basées sur les activités traditionnelles d'un groupe, c'est dans ce cas la politique commerciale qui sera le moteur de la croissance. En B, les efforts de croissance portent sur une diversification régionale, un cas particulier de cette stratégie est l'internationalisation. En C, l'effort de croissance porte sur la conquête de nouveaux segments de clientèle, cette politique requiert des stratégies à la fois fonctionnelles et instrumentales. Si le nouveau segment de clientèle rend nécessaire le développement de nouveaux produits, on est dans la configuration G du tableau. Le cas D est rare, une recherche de gains de taille par de nouveaux clients dans de nouvelles zones géographiques n'a de sens que si ces deux variables sont redondantes, les agriculteurs dans les zones rurales, par exemple.

Les stratégies de croissance qui s'appuient sur le développement de nouveaux produits sont particulièrement fréquentes, le cas E est ainsi la stratégie - classique - de croissance. Les groupes d'assurance se sont ainsi constitués par l'accumulation de nouvelles activités qui, lorsque la réglementation l'exigeait, donnaient lieu à la création de filiales. Les opportunités de croissance viennent dans ce cas, des possibilités de croisement entre les réseaux et produits.

L'hypothèse F, d'une croissance dans de nouvelles régions, grâce à de nouveaux produits, n'a de sens que dans les cas d'implantation à l'étranger. Le cas de figure G (combinaison des cas C et E) est très largement répandu. C'est la stratégie de croissance la plus évidente pour une compagnie d'assurances universelle cherchant à optimiser sa croissance dans tous les secteurs d'activité. L'hypothèse H correspond à une stratégie de croissance par l'augmentation de tous les paramètres disponibles.

Les stratégies fonctionnelles de croissance seront avant tout déterminées par les goulots d'étranglement. Par exemple, les stratégies de gestion financière, permettant de dégager un volume suffisant de capitaux disponibles, occuperont le premier plan.

Pour la même raison, les stratégies instrumentales s'occuperont principalement

des instruments de vente, c'est-à-dire des programmes commerciaux, de la conception des gammes de produits, des prix et méthodes de vente.

Les stratégies de croissance par le développement du marché dépendent fondamentalement du fait de savoir si la demande supplémentaire d'assurance doit être suscitée et satisfaite par les produits d'assurance offerts, ou si cette croissance doit être atteinte aux dépens des concurrents parce que la densité d'assurances dans les champs d'activité concernés ne peut plus être augmentée. Dans ce dernier cas, des stratégies agressives sont nécessaires.

■ III - LA POLITIQUE DES PROFITS

Le profit est la différence positive entre les flux d'entrée et de sortie d'une compagnie d'assurances sur une période déterminée. L'objectif du profit représente dans les systèmes d'économie de marché une part importante de la politique à court et à long terme des compagnies.

Mettre sur pied une stratégie de profit est, en pratique, bien plus difficile que d'établir une stratégie de croissance⁴. Parce que le nombre de paramètres qui affecte la rentabilité est élevé, de nombreuses possibilités différentes existent. Par ailleurs, la réalisation d'un profit n'est pas indépendante de l'utilisation qui en sera faite, un profit n'est pas réalisé pour lui-même, mais en vue d'utilisations précises.

Avant de choisir une stratégie de profit, la nature du profit à réaliser et l'échelle de temps doivent être déterminés. Une décision doit aussi être prise quant à la stratégie de profit à long terme. Par exemple, passer d'un taux de profit inférieur à la moyenne du marché à un taux de profit supérieur, nécessite d'autres stratégies que le simple renforcement d'un taux de profit déjà supérieur. L'élimination de secteurs en pertes est une variante particulière de la réalisation du profit. La cible d'un profit maximum, fréquemment utilisée dans les modèles théoriques, est, en pratique, dépourvue de sens pour la politique stratégique d'une compagnie.

Le choix des moyens stratégiques dépendra, en dernière analyse, de savoir si les cibles de profits sont des paramètres absolus ou relatifs, s'ils concernent le chiffre d'affaires ou la profitabilité du capital investi. Qui plus est, mesures absolues ou relatives ne sont pas nécessairement corrélées. Le **tableau 3** schématise le jeu des variables qui affecte la résiliation et l'utilisation des profits. On peut observer des stratégies orientées vers le profit dans toutes les activités d'une compagnie d'assurances. Dans l'activité d'assurance proprement dite, les mesures prises privilégieront l'augmentation du chiffre d'affaires en même temps que la baisse de frais généraux. L'amorce de cette stratégie résidera dans la politique de tarification, ce qui s'étendra à : une augmentation des procédures de

3. Voir Robens (1987).

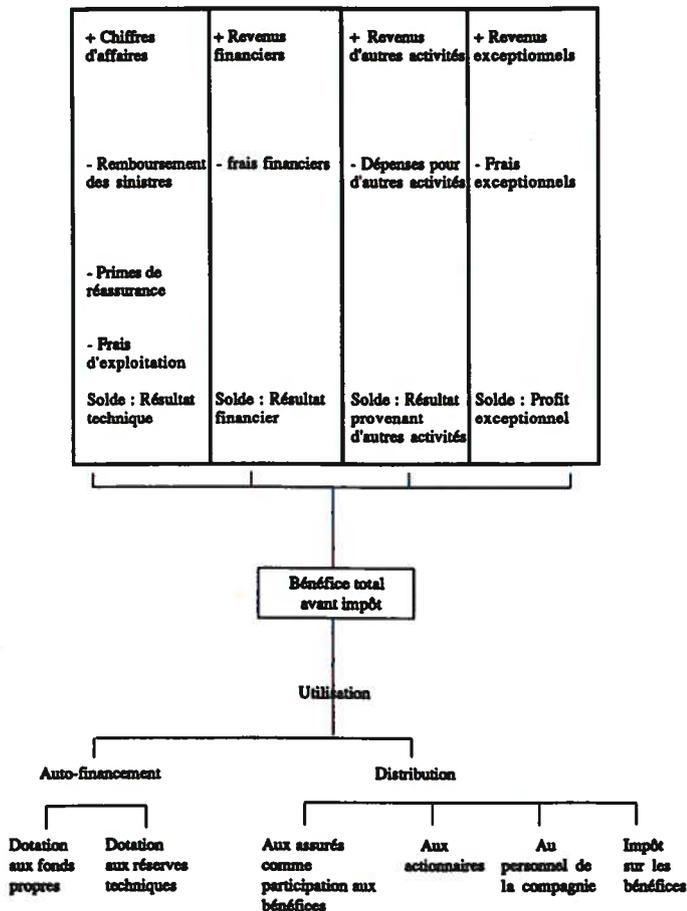
sélection, pour réduire les sinistres ; une politique de réassurance minimisant le coût des cessions ; des améliorations de la productivité et de la stabilité financière.

Ces formules claires sur le papier ne peuvent être transposées dans la pratique qu'au prix de difficultés considérables.

Les stratégies de profit, à l'intérieur d'une compagnie, dans les politiques d'investissement, sont dirigées vers l'augmentation du volume des placements et l'augmentation de la rentabilité. Si le bénéfice de l'activité de placements est réalisé à partir des investissements de fonds dont l'origine est l'activité d'assurance, il est logique d'affecter à chaque branche d'assurance la part de profit qu'elle réalise. Il est difficile, voire impossible, de décrire les stratégies de profits dans les autres champs d'activités d'une compagnie, de même pour les profits exceptionnels, qui ne peuvent être planifiés.

L'utilisation des bénéfices ne relève qu'en partie de la sphère décisionnelle de la compagnie. Les réglementations fixent les affectations des profits, les provisions pour fluctuations qui doivent être constituées et le partage proprement dit, des profits.

Tableau 3 : Création et utilisation du bénéfice total



La fiscalité joue un rôle incitatif dans l'utilisation des profits, puisque le traitement fiscal des bénéfices n'est pas le même suivant leur affectation.

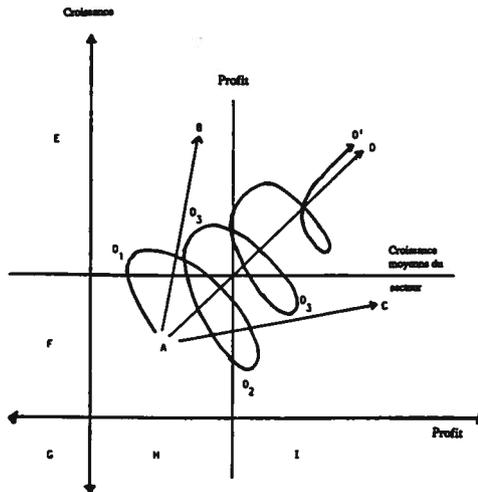
Les décisions d'affectation des profits dépendent des grandes orientations stratégiques. Par exemple, les stratégies de croissance conduiront à utiliser les profits pour atteindre les seuils de solvabilité. Les besoins supplémentaires en capital devant être financés soit par une rétention des bénéfices, soit par appel aux actionnaires. Dans ce dernier cas, de grosses sommes payées aux actionnaires sur les fonds des compagnies d'assurances améliorent les possibilités d'accroissement du capital. Dans un autre ordre d'idée, les stratégies de croissance, basées sur des baisses de tarifs, correspondent à un transfert des profits de la compagnie vers ses clients.

■ IV - COHÉRENCE ENTRE LES OBJECTIFS DE CROISSANCE ET DE PROFIT

En pratique, les objectifs de profit et de croissance sont en conflit à court et à moyen terme. Ce n'est que dans le long terme qu'il est possible d'entrevoir une harmonie entre ces deux objectifs.

Il est donc nécessaire, pour toutes les compagnies d'assurances, de planifier à long terme son sentier d'équilibre entre profit et croissance.

Graphique 2 : Coordination de la croissance et de la politique des bénéfices



Dans le **graphique 2**, un exemple est donné de cette coordination. Il a pour hypothèse que les paramètres de croissance et de profit de l'assureur individuel sont comparables à la moyenne du secteur, et sont en conséquence, évalués comme inférieurs, égaux ou supérieurs à la moyenne. La position initiale (A), de la compagnie d'assurances, est caractérisée par des taux de croissance et de profit inférieurs à la moyenne du secteur. Sa stratégie peut se diriger vers une plus grande croissance (dans la direction de la ligne AB) ou vers plus de profit (ligne AC) ou vers une combinaison de ces deux objectifs (ligne AD).

Parce que les stratégies de croissance et de bénéfices sont dans la réalité, irréalisables à court et à moyen terme, une stratégie mixte, ne conduira pas à une combinaison croissance/profit supérieure à la moyenne (D). Une croissance plus forte que le marché se traduira à court terme par des baisses de profit (courbe AD1). Si les stratégies de croissance passent derrière les stratégies de profit, alors le taux de profit augmente et le taux de croissance chute (D1D2). Dès lors, les stratégies de croissance redeviennent prioritaires, au détriment de l'objectif de profit, le taux de croissance augmente, le taux de profit baisse (D2D3). Un sentier de développement de long terme est ainsi caractérisé par une forme en spirale, où alternent des phases de croissance et des phases de rentabilité. L'art de la stratégie consiste à maintenir, aussi serrés que possible, les spires de ce mouvement, afin d'atteindre à chaque « boucle », un plus haut degré de croissance et de bénéfice. Dans le (très) long terme, la spirale doit donc se rapprocher de D'.

Une infinité de courbes convergent vers D', elles sont différentes par l'amplitude des cycles stratégiques, différences qui révèlent des préférences plus marquées pour les objectifs de profit ou de croissance.

Avec des adaptations très rapides et des évolutions saccadées à court terme, il doit être possible de minimiser les phases descendantes de la spirale et donc d'accélérer la vitesse des changements stratégiques.

Ce modèle peut aussi s'utiliser pour clarifier les décisions stratégiques dans les situations de récession ou de reconquête de part de marché. Les différents quadrants du graphique correspondent aux situations suivantes :

E = croissance supérieure à la moyenne avec pertes.

F = croissance inférieure à la moyenne avec pertes.

G = récession avec pertes (la position la plus défavorable).

H = récession avec bénéfices inférieurs à la moyenne.

I = récession avec bénéfices supérieurs à la moyenne.

Bibliographie :

- BENÖLKEN (H.), 1984, -Strategische Planung im Versicherungsunternehmen -, Versicherungswirtschaft, pp. 302-308, 379-384, 440-446, 510-514.
- CUMMINS (J.), ed. 1985, Strategic Planning and Modelling in Property-Liability Insurance, Boston : Kluwer Academic Publishers.
- FARNY (D.), 1967, - Gewinn und Sicherheit als Ziele von Versicherungsunternehmen -, Zeitschrift für Versicherungswissenschaft, pp. 49-81.
- FARNY (D.) and KIRSCH (W.), 1987, - Strategische Unternehmenspolitik von Versicherungsunternehmen -, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, pp. 369-404.
- GROSSMANN (M.), 1967, - Sicherheits und Gewinnstreben in der Versicherungswirtschaft -, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, pp. 83-99.
- HAGSTRÖM (D.S.), 1981, Insurance company growth -, Transaction of the Society of Actuaries, pp. 251-287.
- HALLER (M.), 1983, Die Versicherungswirtschaft vor strategischen Änderungen -, Versicherungsrundschau, pp.129-152.
- KALUZA (B.), 1979, Entscheidungsprozesse und empirische Zielforschung im Versicherungsunternehmen. Karlsruhe : Verlag Versicherungswirtschaft
- KALUZA (B.), 1982, - Some considerations on the empirical research of goal systems of insurance companies -, The Geneva Papers on Risk and Insurance, 7 : 249-263.
- PRÖBSTL (W.A.), 1985, Strategische Unternehmensführung in der Versicherungswirtschaft, Karlsruhe : Verlag Versicherungswirtschaft.
- ROBENS (H.), 1987, - Ursachen und Folgen des Wandels der Wachstumsstrategie bei den Anbietern finanzieller Dienstleistungen -, Versicherungswirtschaft, pp. 106-112.
- SCHICKINGER (W.F.), 1987, - Zur Quantifizierung von Gewinnzielen bei Komposit-versicherern -, in R. Henn (ed.), Technologie, Wachstum und Beschäftigung, Festschrift für Lothar Späth, Karlsruhe : Verlag Versicherungswirtschaft, pp. 529-548.
- SPÜHLER (J.), 1971, Zielsetzungen und Zielentscheidungen der erwerbswirtschaftlichen Sachversicherungsunternehmen, Winterthur.
- WEISS (W.), Wachstumsziele und instrumente von Versicherungsunternehmen, Doctoral dissertation, University of Cologne.

LA NOTION D'IMPLICATION

dans la Loi du 5 juillet 1985

MOTS CLÉS : *Accidents automobiles . Causalité . Dommage corporel . Implication . Imputation . Indemnisation . Loi Badinter .*

Après six ans d'application, le bilan résultant de la loi Badinter est largement positif puisqu'il a fortement réduit la proportion de victimes de dommages corporels obligées d'aller devant les tribunaux plaider leurs causes. Pourtant, certaines décisions de la Cour de Cassation concernant la notion d'implication risquent de dénaturer cette loi. Pour éviter ce résultat et permettre une amélioration des rapports assureurs/victimes, un dépassement de la loi du 5 juillet 1985 est proposé.

■ RUBRIQUES : Droit

La loi Badinter a bien mérité les six bougies de son gâteau d'anniversaire. On a beaucoup dit qu'elle avait remplacé un contentieux par un autre. C'est une impression que l'on a pu avoir, du fait que les décisions rendues à son sujet étaient largement publiées et commentées. Mais les chiffres sont là. Selon un expert incontesté du monde des assurances, M. Carrère d'Encausse, la proportion des victimes de dommage corporel, obligées d'aller devant les tribunaux pour obtenir une indemnisation, est tombée de 20% à 8% ; pour les victimes d'une incapacité permanente, la proportion est passée de 28% à 12% (11% pour les mutuelles). **Le progrès est appréciable.** Un tel progrès n'a été possible que par l'intervention énergique de la Cour de cassation pour que la loi du 5 juillet 1985 reçoive une interprétation conforme à son esprit, un esprit que le garde des Sceaux avait très clairement exposé au Parlement et qui avait été approuvé par un vote unanime. Sur un point, cependant, on peut se demander si la Cour de cassation ne s'engage pas dans une voie dangereuse : il s'agit de la notion d'implication. Nous voudrions nous interroger sur cette notion, réfléchir à sa fonction et, sur le fondement de cette réflexion, observer la jurisprudence de la Cour de cassation sur l'implication d'un véhicule dans un accident et son implication dans un dommage.

* Professeur émérite à l'Université de Paris I.

■ I - LA FONCTION DE L'IMPLICATION

La loi Badinter vise à **améliorer la situation des victimes d'accidents** de la circulation et, plus généralement, des victimes de dommage corporel.

Dans le domaine des accidents de la circulation, la loi répond à des propositions visant à assurer aux victimes une indemnisation, indépendante des reproches que peut susciter leur conduite. On avait fait remarquer, entre autres arguments, qu'à la - dilution - de la responsabilité de ceux qui avaient causé un dommage, du fait de l'assurance obligatoire, devait répondre, pour les victimes, une égale - dilution - des conséquences de leurs erreurs ou fautes¹.

Telle est bien la philosophie de la loi Badinter. Qu'on n'objecte pas que les conducteurs, aux termes de l'article 4, subissent, comme victimes, les conséquences de leurs fautes : on sait qu'ils ont été sacrifiés à la nécessité politique de ne pas augmenter les primes d'assurance. Qu'on n'objecte pas non plus, que si les autres victimes sont, aux termes de l'article 3, indemnisées - sans que puisse leur être opposée leur propre faute -, le principe est tempéré par l'exception de la faute inexcusable, si elle a été la cause exclusive de l'accident (à moins qu'il ne s'agisse des victimes visées au second alinéa) : c'est évidemment une concession faite aux partisans de la faute, pour accroître le - coefficient de pénétration - du projet dans le processus parlementaire.

Pour que toutes les victimes soient indemnisées, sans que soient retenues à leur encontre leurs fautes ou erreurs, trois schémas sont possibles :

- En **Nouvelle-Zélande**, les victimes d'accidents de la circulation sont, comme toutes les victimes de dommage corporel ou de maladie, couvertes par un fonds général de sécurité sociale². Le critère pour avoir accès à ce fonds est simplement le dommage corporel ou la maladie.

- Au **Québec** ou dans d'autres provinces canadiennes, l'assurance automobile a été socialisée³. Tous les automobilistes versent une contribution annuelle à un fonds, auquel s'adressent toutes les victimes d'accidents de la circulation. Pour avoir accès à ce fonds, il ne suffit donc pas de prouver que l'on a subi un dommage corporel : il faut prouver, de plus, que ce dommage a sa source dans un accident de la circulation.

- Le problème est plus complexe lorsque, voulant supprimer la considération des fautes des victimes après celle des fautes des auteurs des dommages, on laisse pourtant subsister une pluralité d'assureurs : c'est la **solution française**. C'est à nos yeux la solution la meilleure, mais elle pose une question complémentaire. Il ne suffit pas, pour que la victime d'un dommage corporel établisse qu'elle a un droit à l'indemnité, qu'elle prouve que son dommage résulte d'un accident de la

1. Cf. André Tunc, « Accidents de la circulation : faute ou risque ? », D. 1982. cbr. 103.

2. Margaret A. Vennel, « L'indemnisation des dommages corporels par l'Etat : les résultats d'une expérience d'indemnisation automatique en Nouvelle-Zélande », Rev. int. dr. comparé 1976.73 ; André Tunc, « quatorze ans après : le système d'indemnisation néo-zélandais », Rev. int. dr. comparé 1989.139.

3. Jean-Louis Baudouin, « La responsabilité civile délictuelle », 3e éd., 1990, n° 724 à 826 ; Claude Belleau, « Québec », in André Tunc, « Pour une loi sur les accidents de la circulation », 1981, p. 205 ; André Tunc, « L'assurance automobile au Québec : bilan d'une réforme », Rev. int. dr. comparé 1987.453.

circulation : il faut encore, qu'elle explique pourquoi elle s'adresse à tel assureur plutôt qu'à tel autre⁴. L'article 1er de la loi n'est peut-être pas très explicite, mais il est au fond clair : la victime devra être indemnisée par l'assureur d'un véhicule - impliqué - dans un accident. Si plusieurs véhicules sont impliqués, la victime aura autant de débiteurs qu'il y aura d'assureurs. L'article 12, alinéa 3, précise d'ailleurs : - En cas de pluralité de véhicules, et s'il y a plusieurs assureurs, l'offre est faite par l'assureur mandaté par les autres -.

On voit ainsi, que le **critère de l'obligation d'indemnisation** est assez simple : c'est la simple implication d'un véhicule. Le critère n'a rien à voir avec une faute du conducteur, ni avec la - garde - d'un véhicule. Par conséquent, il n'a rien à voir - Dieu soit loué ! - avec la causalité⁵. Si plusieurs véhicules sont impliqués et, s'ils sont couverts par des assureurs différents, ceux-ci voudront peut-être se répartir la charge de l'indemnisation en fonction de fautes ou de causalité, à moins que la compensation des risques ne leur ouvre des mécanismes plus simples : c'est leur affaire. Pour la victime, toute implication crée un droit à l'indemnisation. Parce qu'on est loin d'un droit de la responsabilité, il y a intérêt à faire de l'implication une notion aussi large et aussi aisément reconnaissable que possible⁶.

■ II - L'IMPLICATION DU VÉHICULE DANS L'ACCIDENT

On ne peut que se réjouir de la plupart des décisions rendues par la Cour de cassation sur la notion **d'implication**⁷

Il est maintenant clair, en particulier, que **tout véhicule en mouvement** qui a, d'une manière quelconque, participé à une collision par un contact avec la victime ou un autre véhicule impliqué, **est - impliqué -**, quand bien même, par exemple, il aurait été simplement projeté sur un autre. C'est vraiment là, semble-t-il, l'application correcte de la loi.

4. Cf. Hubert Groutel, - *L'implication du véhicule dans la loi du 5 juillet 1985 (à propos des arrêts rendus par la 2e Chambre civile, le 21 juillet 1986)*, D. 1987, chr. 1 ; Starck (infra), n°620 (également 621-624) ; Flour et Aubert (infra), n°304.
5. Cf. les déclarations du Garde des Sceaux au Parlement, citées par Chabas (infra), p. 139, Groutel (infra), n°56, Starck (infra), n°622, ou Chartier (infra), n°7. Comp. aussi la terminologie proposée dans les projets antérieurs et rapportée par Chabas (infra), n°135, note 1. Comp. enfin Starck (infra), n°622-628, 635.
6. Sur l'originalité d'un droit des accidents et sur quelques-uns de ses caractères désirables, v. André Tunc, - *Responsabilité civile et droit des accidents*, Festschrift Werner Lorenz (à paraître en 1991).
7. V. François Chabas, *Le droit des accidents de la circulation après la réforme du 5 juillet 1985*, 2e éd., 1988, n°135-141 ; Raymond Legeais, *Circulation routière. L'indemnisation des victimes*, 1986, n° 54-60, 105-106 ; Yves Chartier, *Accidents de la circulation. Accélération des procédures d'indemnisation*, 1986, n° 15-20 ; Hubert Groutel, *Le droit à l'indemnisation des victimes d'un accident de la circulation*, 1987, n° 20-123, 160-172. V. aussi Yvonne Lambert-Faivre, *Droit des assurances*, 7e éd. 1990, n° 734-738 ; Noël Dejean de la Batie, *Responsabilité délictuelle*, tome VI-2 du *Droit civil français d'Aubry et Rau*, 8e éd. sous la direction d'André Ponsard et Ibrahim Fadlallah, 989, n° 147, 153 ; Boris Starck, *Droit civil. Obligation*, t. I, *Responsabilité délictuelle*, 3e éd. par Henri Roland et Laurent Boyer, 1988, n°618-635 ; Jacques Flour et Jean-Luc Aubert, *Droit civil. Les obligations*, vol. II : *Sources : Le fait juridique*, 4e éd. par Jean-Luc Aubert, 1989, n° 303-308 ; Philippe Malaurie et Laurent Aynes, *Droit civil. Les obligations*, 2e éd., 1990, n° 284 ; Jean Carbonnier, *Droit civil*, t. 4 : *les obligations*, n° 272, 278 ; Gabriel Marty et Pierre Raynaud, *Droit civil. Les obligations*, 2e éd., t. I : *Les sources*, 1988, n° 508 bis, p. 611 ; Henri, Léon, Jean Mazeaud et François Chabas, *Leçons de Droit civil*, t. II, 1er vol. *Obligations : théorie générale*, 7e éd. par François Chabas, 1985, n° 556-3, p. 612, 613. V. aussi Alain Lacabarats, in : *Rapport de la Cour de Cassation 1986*, p. 16-22 ; et *Rapport 1987*, p. 14-15.

De même, il est clair qu'**il peut y avoir implication sans contact** : comment nier que l'automobile qui frôle un cycliste est impliquée dans sa chute, ou même, que la brusque survenance d'un véhicule, entraînant une réaction malheureuse, implique le véhicule dans l'accident ? Ici, la causalité double la simple implication. La jurisprudence, que la Cour de cassation avait développée dans le cadre du droit antérieur, conserve toute sa valeur.

Plus discutable, avouons-le, nous semble la jurisprudence qui s'est formée sur **l'implication d'un véhicule en stationnement**. Un tel véhicule n'est impliqué dans un accident, que lorsque sa position a perturbé ou était susceptible de perturber la circulation de la victime ou d'un véhicule impliqué⁸. C'est là une règle, dont l'application suppose l'examen d'une situation et un jugement sur ce que pouvait ou devait être le comportement des parties ou de l'une d'entre elles. Solution - surprenante -⁹, qui réintroduit la considération des fautes des parties, ou, plus rigoureusement, celle de - l'anormalité - de la chose¹⁰. On en voit l'inconvénient majeur : un retard dans la décision sur l'obligation d'indemnisation est une source de contentieux. Un droit des accidents, nous le rappelions, a besoin de critères simples.

Il faut reconnaître que le problème peut être délicat : on ne peut considérer comme impliqué dans l'accident, tout véhicule stationnant à proximité, témoin passif, en quelque sorte, de celui-ci ; la solution s'impose, même si le stationnement est irrégulier. Mais le problème disparaît, lorsque la victime ou un véhicule impliqué sont entrés en contact avec le véhicule en stationnement. Comment, dans ce cas, nier l'implication ?¹¹ Pourquoi le contact, quelles que soient les circonstances, réalise-t-il l'implication, quand le véhicule est en mouvement, mais non quand il est en stationnement (notion qu'il faut distinguer du simple arrêt...) ? Le problème est exactement le même : le véhicule que nous avons qualifié de témoin passif ne peut être impliqué, mais il en est de même de celui qui passait sur la route au moment où se produisait un accident. Pour rester logique avec elle-même et pour donner toute sa signification au terme - impliqué -, la Cour de cassation devrait donc renoncer à la distinction du véhicule en mouvement et du véhicule en stationnement : **le contact réalise toujours l'implication** ; de plus, que le véhicule soit en mouvement ou en stationnement, les circonstances peuvent être telles qu'il y ait implication sans contact.

8. *V. jurisprudence et commentaires dans Groutel, op. cit., n°172 ; Flour et Aubert, op. cit. n° 306,307 ; Starck, op.cit. n° 632-634 ; Lambert-Favre, op.cit., n° 735 ; Dejean de la Batie, op. cit., n° 147, p. 337. V. aussi les auteur cités infra, à la note 11.*

9. *Dejean de la Batie, op. cit., p. 338.*

10. *Cf. Georges Durry, note J. C. P. 1987. II. 20769. Sur la jurisprudence antérieure à la loi du 5 juillet 1985, v. Dejean de la Batie, note J. C. P. 1985. II. 20477. Il est plus exact de parler de la position anormale du véhicule que d'une faute de son conducteur : un médecin appelé de toute urgence auprès d'un patient ne commet probablement pas de faute en laissant son véhicule à un endroit où il est gênant.*

11. *En ce sens : Flour et Aubert, op. cit., n°306 ; Jean-François Barbieri, note J. C. P. 1986 II. 20672 ; Groutel, op. cit., D. 1987. chr. 1 ; Groutel, note D. 1987. 128 ; Georges Durry, note J. C. P. 1987. II 20769 ; Philippe Conte, - le législateur, le juge, la faute et l'implication (la table édifiante de l'autonomie de la loi du 5 juillet 1985) - J. C. P. 1990. I. 347, n°8 ; Hubert Groutel, - Véhicule en stationnement et implication : variation sur un thème -, *Resp. civ. et ass. 1990. chr. 18 ; Jean-Luc Aubert, note D. 1991.123.**

■ III - L'IMPLICATION DANS LE DOMMAGE

Un problème assez subtil s'est encore posé aux juridictions du fond et à la Cour de cassation : suffit-il qu'un véhicule soit impliqué, pour que son assureur doive répondre de tout le dommage résultant de l'accident ? Ne faut-il pas, pour qu'un assureur assume l'obligation d'indemnisation, que le véhicule soit impliqué dans la réalisation d'un dommage ? C'est une question que l'on pose encore, en termes d'**imputation du dommage au véhicule impliqué**.

La question, nous semble-t-il, suppose un accident complexe, comportant plusieurs stades.

Pour prendre un cas typique : une voiture quitte la route, se jette sur un arbre, est renvoyée de là sur la route, où elle est tamponnée par un camion venant en sens inverse. Un passager a été tué. Il est vraisemblable qu'il est mort lors du choc de la voiture sur l'arbre. Le camion n'a d'ailleurs peut-être fait qu'effleurer l'automobile. L'assureur du camion peut-il échapper à l'obligation d'indemnisation, en faisant valoir que le camion n'est pas impliqué dans le dommage ? Il semble bien que la Cour de cassation le lui permette. Elle admettrait, dans un cas de ce genre, une présomption d'implication dans le dommage, mais une présomption susceptible de preuve contraire¹².

Nous craignons ici, que la Cour de cassation n'ait été reprise par les modes de pensée de la responsabilité civile et de la causalité. Est-il, dans l'esprit de la loi du 5 juillet 1985, de permettre à l'assureur du camion de demander la nomination d'un médecin qui examinera la victime pour essayer de déterminer, peut-être avec l'aide d'un expert en énergie cinétique, à quel moment précis a eu lieu la mort ? N'est-ce pas radicalement contraire à l'esprit qui a dicté le mot - impliqué - ?

Considérons les circonstances qui ont conduit la Cour de cassation à rendre, le 24 octobre 1990, l'**arrêt Groupe Drouot**¹³. Un piéton est heurté par une automobile non identifiée, projeté sur la chaussée, où il est écrasé par un autre véhicule. L'assureur de ce dernier n'a pas pu prouver que le piéton était mort du premier accident ; sa condamnation à indemnisation est donc maintenue. Quel est le résultat pratique ? La famille a dû plaider des années, aller jusque devant la Cour de cassation, pour que son droit à indemnisation soit reconnu. Dans toutes les décisions où la question a été portée devant la Cour de cassation, l'assureur, nous semble-t-il, a également été condamné. Voie sans issue, que les assureurs abandonneront d'eux-mêmes ? Peut-être, mais en attendant, si un assureur parvenait à réussir dans la preuve qui s'offre à lui, quel serait le résultat ? La victime devrait se tourner vers le fonds de garantie. Or, si l'article 8 de la loi du 5 juillet

12. Cette jurisprudence est parfaitement exposée dans deux chroniques de Patrice Jourdain à la Revue trimestrielle de droit civil : 1990.94 et 1991. 131. V. également : Marianne Saluden, note 1987. II. 20833 ; Hubert Grouet, - L'extension du rôle de l'implication du véhicule -, D. 1990. chr. 263 (et déjà l'ouvrage cité à la note 7, n° 173) ; Jean-Claude Montanier, note J. C. P. 1990. II. 21508 ; Martine Bebar-Touchais, - Observations sur l'exigence de l'imputabilité du dommage à l'accident -, J. C. P. 1991. I. 3492. Tous ces auteurs sont favorables à la jurisprudence de la Cour de Cassation. V. aussi, plutôt favorable, Dejean de la Batie, op. cit., n°153, p. 345. V. en revanche en sens contraire : Flour et Aubert, op. cit., n°308 ; Lambert-Faivre, op. cit. n° 738 ; Conte, op. cit., n°9-10. Comp. enfin Starck, op. cit., n° 622-628.

13. Commenté H.G., Resp. civ. et ass. 1991, n°412, et Jourdain, Rev. trim. dr. civ. 1991. 131.

1985, avec l'approbation des assureurs de la commission Bellet, fait couvrir par l'assureur le dommage occasionné par un véhicule, même au cas de conduite - non autorisée -, c'est parce que l'indemnisation par l'assureur est plus rapide et administrativement moins coûteuse, que le recours au Fonds. La jurisprudence, sur laquelle nous nous interrogeons, nous semble donc constituer un recul.

Le mode de pensée de la Cour de cassation risque de conduire loin. Si l'on admet, dans ce cas, la défense de l'assureur, de quel droit lui refuser, dans un autre cas, de prouver (même si la responsabilité solidaire lui retire intérêt à le faire) que la victime a subi tel dommage, du fait du choc sur l'arbre et tel autre, du fait du choc du camion¹⁴ ?

La situation juridique sera plus complexe encore, en cas de collision en chaîne. Les deux véhicules de tête sont certainement impliqués dans les dommages subis par tous les occupants des véhicules qui les suivaient. Mais, inversement, dans la logique de ce qui semble actuellement la jurisprudence de la Cour de cassation, les vingt-neuvième et trentième véhicules (et un bon nombre avant eux) ne sont pas impliqués dans les dommages subis par les occupants des deux premiers véhicules¹⁵. **Un droit des accidents** doit rejeter une telle analyse. A la subtilité, il préfère un *judicium rusticorum*, laissant aux assureurs le soin de régler entre eux leurs recours - probablement, eux aussi, par des règles facilement applicables. Notre collègue Hubert Groutel a proposé une autre analyse : « dans une collision en chaîne, la présomption d'imputabilité ne joue qu'à l'encontre des véhicules qui ont heurté celui où se trouvait la victime¹⁶ ». L'analyse nous semble contestable : à partir du moment où, par leur collision, les deux premiers véhicules ont barré la route, l'accident, bien que se réalisant sur un certain temps, a constitué un tout indivisible¹⁷. En pratique, d'ailleurs, il sera impossible, dans la plupart des cas, de dire par quels véhicules les victimes ont été touchées. Tous les véhicules, à nos yeux, sont impliqués¹⁸. Cela ne signifie nullement, bien sûr, que toutes les victimes vont assigner devant les tribunaux tous les assureurs (il faut penser à l'indemnisation autrement que sous la forme d'une assignation devant les tribunaux !), mais que les assureurs s'entendront pour leur présenter une offre de règlement.

Si, comme nous le croyons, la Cour de cassation a commis ici une sorte d'erreur d'aiguillage, retournant sans s'en rendre compte à des voies qu'on lui demandait d'abandonner, cela prouve à quel point il est difficile de se défaire de ses habitudes intellectuelles.

14. Cf. Montanier, *op. cit.*, n°11 ; Bebar-Touchais, *op. cit.*, n°9-10.

15. Cf. Legeais, *op. cit.*, n°110.

16. D. 1990. chr. 269. En ce sens également : Jourdain, *obs. Rev. trim. dr. civ.* 1990, p. 96-97, et 1991, p. 132.

17. En ce sens : Flour et Aubert, *op. cit.*, n° 308. A plus forte raison nous semble-t-il impossible de distinguer (Jourdain, *obs. Rev. trim. dr. civ.* 1991. 132) implication pour le dommage matériel et implication pour le dommage corporel. Les dommages matériels sont régis par l'art 5 : ils relèvent de la responsabilité pour faute, donc de la causalité. En réalité, bien entendu, ils sont maintenus sous l'empire de la convention IDA, où fautes et causalité sont schématisées.

18. Bien entendu, si une ambulance transportant un mort entre en collision avec un autre véhicule, le malheureux passager n'est pas victime d'un accident de la circulation : Flour et Aubert, *op. cit.*, n° 308. Doit-on, d'ailleurs, le considérer comme un passager ?

Cette constatation, pourtant, n'a rien de décourageant pour qui souhaite un **dépassement de la loi Badinter** : une loi qui assure l'indemnisation de toutes les victimes d'accidents de la circulation. Le droit actuel, s'il est un droit de compromis, peut en même temps être un droit de transition. Actuellement, une majorité de conducteurs (une grande majorité nous dit-on) sont couverts par un système volontaire d'avance sur recours, qui, malgré un nom modeste, n'est rien moins qu'une couverture « tous risques », jouant, quelles que soient les circonstances et notamment les fautes ou erreurs de la victime¹⁹. Les victimes, autres que les conducteurs, bénéficient, grâce à la loi, d'un régime de couverture presque indépendant de leur participation dans l'accident. Ainsi, les uns sont en majorité couverts automatiquement, cependant que les autres sont tous couverts presque automatiquement. Ce régime ne soulève plus guère de critiques. On s'y habitue. Qui proposerait de revenir en arrière ? Si demain, un garde des Sceaux proposait que l'assurance obligatoire couvre automatiquement tous les passagers du véhicule, conducteurs compris, et de plus, les piétons et cyclistes touchés par ce véhicule, se heurterait-il à la résistance qui a obligé Robert Badinter à proposer le système actuel ? Une telle loi mettrait à peu près entièrement fin à un système d'indemnisation « adverse » nuisible aux assureurs comme aux victimes, pour lui substituer très largement des relations de clientèle. Parce qu'il irait jusqu'au bout de sa logique, il supprimerait un grand nombre des problèmes qui naissent de la loi Badinter, en particulier, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, celui de l'implication ■

19. Cf. Lambert-Faivre, *op. cit.*, n° 792.

LES UNIVERSITÉS D'ENTREPRISE

**Un lieu de prédilection
pour la formation-développement des managers**

MOTS CLÉS : *Changement . Formation-développement . Qualification . Universités d'entreprise .*

Dans un environnement de plus en plus incertain, les entreprises sont elles-mêmes en évolution. Pour répondre aux transformations dont elles sont l'objet, elles ont mis en place de nouvelles structures appelées universités d'entreprise. Celles-ci sont étroitement liées à la notion de formation-développement. Après avoir défini cette notion, sont indiqués les critères de réussite des universités d'entreprise, illustrés en annexe par la charte de partenariat conclue entre une école, l'ESSEC, et un établissement bancaire, le Crédit Lyonnais.

Qui pourrait nier que les entreprises ne soient devenues un terrain particulièrement sensible aux actions déstabilisantes induites par des environnements de plus en plus turbulents ? Aujourd'hui, les formes d'organisation changent ; les équilibres sociaux évoluent ; les systèmes de gestion et les politiques d'action sont l'objet de réévaluations ; les structures se transforment ; les individus progressent. Partout, la tension du développement informe et favorise l'action. Il est donc nécessaire de réfléchir sur les conditions susceptibles de faire des entreprises, des lieux permanents d'apprentissage et de réapprentissage des conditions de l'action, selon l'invitation d'Antoine Riboud¹. Il importe de rester optimiste et de considérer d'un oeil serein cette nouvelle dynamique : l'organisation, - c'est comme un jardin ou un aquarium : des plantes ou des animaux naissent, d'autres fleurissent ou atteignent l'âge adulte, d'autres enfin meurent².

Afin de répondre à ces nouvelles exigences, elles ont mis en place des structures particulières (les écoles ou universités d'entreprise), destinées à

* Professeur à l'ESSEC

1. Riboud (A.), *Modernisation, mode d'emploi*, Union Générale d'Édition, 1987.

2. Waterman (R.H.), *The Renewal Factor*, Barilam, New York, 1987.

compléter la gamme des services de formation traditionnellement offerts. Elles permettent aux cadres de renouveler leurs méthodes d'analyse et de traitement des problèmes à la lumière des référentiels de base que constituent les mises en perspective, introduites par les directions d'entreprise sur leurs stratégies de développement commercial, technique et financier ainsi que sur les caractères saillants des populations au travail, des structures d'organisation et de la culture d'entreprise. C'est à un examen approfondi de la situation économique de l'entreprise et de ses modes de management, que se livrent les cadres appelés à participer à ces formations. Indubitablement, la fierté de compter parmi les élus est grande, et les universités d'entreprise renforcent l'identification des cadres à leur société.

Aussi, l'un des critères permettant d'apprécier aujourd'hui la qualité et la réussite socio-économique des entreprises est-il le repérage de la façon dont elles se sont engagées dans le combat exigeant de l'accroissement de la qualification et de l'intégration de leurs cadres. Dans un article récent, H. Landier³, rapporteur d'un groupe de travail mis sur pied par l'Institut de l'entreprise pour dresser un bilan des efforts significatifs engagés dans cette voie, exprime deux réserves ou mises en garde vis-à-vis de ce mouvement qui semble rencontrer un grand succès auprès des dirigeants : le risque de banalisation de la démarche (on risque de replâtrer, d'un terme à la mode, une politique de formation des cadres traditionnelle) et la difficulté de jouer jusqu'au bout le jeu de l'université d'entreprise, en respectant les libertés fondamentales constitutives de la communauté académique (libre examen, devoir d'excellence et motivation pour la recherche).

Pour ce qui nous concerne, nous définirons comme qualifiantes, les entreprises qui proposent à tous leurs employés (les cadres ne sont pas exclus de cette démarche, évidemment), des parcours professionnels formateurs. Nous tenons là un facteur-clé du succès à venir des entreprises, à savoir le supplément de qualification dont pourront se prévaloir les personnes qui y travaillent.

Ce supplément de qualification aura d'autant plus de chance de devenir une réalité que les entreprises résoudre de façon satisfaisante les deux ensembles de problèmes suivants :

- Comment appréhender positivement et intégrer efficacement, les nouvelles contraintes économiques et techniques en les transformant en autant d'opportunités de qualification et de développement pour l'organisation et les individus ?
- Comment définir dans l'organisation des parcours professionnels encourageant les personnes à dresser un bilan lucide de leurs capacités professionnelles, et à concevoir un projet de développement et d'évolution professionnelle en harmonie avec leurs capacités ?

3. Landier (H.), - *Les universités d'entreprise ; formation des managers et conduite du changement* -, ed. Institut de l'entreprise, mars 1990, pp 37-47.

L'U.A.P. ET LA FORMATION

Elément clé de la stratégie du groupe, la formation est, pour l'U.A.P., un investissement important. Elle représente, toute dépense confondue, 8,6 % de la masse salariale, soit environ 250 millions de francs. Un objectif comme la décentralisation ne peut être atteint sans un plan important de formation et même de reconversion. Autre exemple : aujourd'hui le groupe réalise presque 48 % de son chiffre d'affaires hors France. Un des objectifs stratégiques est de développer l'activité de l'U.A.P. en Europe. Il signifie un effort de formation des cadres et non-cadres français et étrangers qui vont travailler hors de France.

L'U.A.P. possède cinq centres de formation en province et un centre en région parisienne, Frémigny. Ouvert en mars 87, Frémigny peut accueillir 340 stagiaires en formule résidentielle. Il emploie une centaine de permanents dont la moitié de formateurs. Accueillant entre 12 000 et 15 000 stagiaires par an, il assure environ 50 % des 120 000 journées de stages annuelles du groupe.

Dans ce centre, sont assurées des formations de base, principalement commerciales. Chaque nouvel agent général recruté suit un cycle de formation initiale de vingt semaines dont douze à Frémigny, les huit autres se déroulant dans les délégations de province ou dans des agences formatrices, avec, à l'issue de cette période, un test d'habilitation.

Mais, Frémigny est aussi destiné aux actions de formation continue. Pour des non-cadres, ce sont essentiellement des formations de culture générale, informatique, et des formations techniques liées à l'assurance en règlement de sinistre, en souscription, en R.C., vie, I.A.R.D.

Se développent également, depuis trois à quatre ans, des cycles de formation au management, à l'attention des cadres pour lesquels Frémigny peut-être considéré comme l'université de l'U.A.P. - Mais, je suis assez réticente sur le terme université - précise Chantalle Reimeringer, responsable du département formation. - Le centre, ajoute-elle, et les formations qui y sont dispensées, sont destinés au personnel de l'U.A.P., qu'il soit salarié ou agent, commercial ou administratif et non à des étudiants. De plus, la formation ne débouche pas systématiquement sur un diplôme ou sur une promotion officielle. - Elle est, en fait, un passage obligé dans le déroulement d'une carrière à l'U.A.P.

Pour les cadres, Il s'agit d'abord de leur donner une culture d'entreprise en liaison avec le projet d'entreprise.

- Frémigny est le creuset du groupe U.A.P., l'endroit où se rencontrent les salariés de toutes origines, ce qui permet à chaque cadre de découvrir les autres métiers du groupe et d'avoir des échanges très appréciés avec leurs collègues -, précise Chantalle Reimeringer. Il s'agit de leur donner une véritable formation au management, bagage minimal pour assurer leur fonction d'encadrement.

Deux cycles de formation existent. Le premier comprend neuf unités de valeur, chacune correspondant à un stage de quatre jours à Frémigny. Cinq sont plutôt techniques ou générales, et quatre très comportementales. L'ensemble du cycle s'étale sur une période de trois ans. Cette formation est obligatoire pour tous ceux qui sont recrutés ou promus au grade de sous-chef ou de chef-adjoint. Ce plan a démarré en mars 1988 et est animé uniquement par des cadres du groupe, excepté une ou deux unités de valeur très comportementales sous-traitées à un consultant extérieur.

Depuis l'an dernier, un autre cycle est ouvert pour les chefs de service et chefs de division. Il comprend six unités de valeur, réparties sur trois ans, comme la stratégie financière ou le marketing.

Enfin, est en projet, un troisième cycle s'adressant aux fondés de pouvoir et attachés de direction. Il sera orienté sur l'international, avec l'invitation de conférenciers de hauts niveaux et la visite d'autres entreprises.

Sur les 2 600 cadres du groupe, administratifs ou commerciaux, 950 ont terminé, ou sont en cours de formation. Et, 150 cadres sont soit concepteur d'une ou plusieurs unités de valeur, soit animateur.

Alain Wernet

I - LA NOTION DE FORMATION-DÉVELOPPEMENT

Cette notion de formation-développement, fondamentale dans la dynamique des universités d'entreprise, est désignée sous différents vocables dans les écrits sur la formation. Nous nous limiterons au rappel de cinq définitions qui évoquent assez bien les propriétés essentielles de la formation-développement. Nous proposerons, ensuite, notre définition personnelle de la nature et des effets de cette pratique. Peu ou prou, les universités d'entreprises intègrent dans leur démarche ces partis pris.

Sont ainsi appelées :

- Formations maîtrise professionnelle ou développement professionnel, les formations visant à faire acquérir aux individus des contenus qualifiants ;
- Formations qualifiantes, celles dont l'objet est la modification explicite des capacités des individus résultant en l'attribution d'un nouveau statut ou la confirmation institutionnelle d'un statut déjà acquis ;
- Formations mobilités, les actions considérées comme un moyen indispensable d'accompagnement de la mobilité socio-professionnelle ;
- Formations évolutions, les formations dépendant essentiellement des décisions prises dans le contexte de la gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois ;
- Formations promotionnelles, enfin, les formations visant à élargir le champ de vision et d'action des personnes.

Pour notre part, nous appellerons formation-développement toute action de formation permettant à un individu de progresser grâce à la valorisation de ses capacités et de renforcer, de ce fait, la cohérence d'ensemble de son parcours professionnel.

Le besoin de s'exposer à ce type d'action est grand à certains moments cruciaux de la carrière professionnelle. C'est le cas, par exemple, des jeunes cadres quittant leur premier poste dans l'entreprise - poste où ils ont pu faire valoir leurs connaissances techniques - pour accéder à une fonction de manager, nécessitant la mise en oeuvre de compétences nouvelles en tant que responsable opérationnel et responsable d'équipe. Ils affrontent, souvent, ces nouvelles responsabilités avec anxiété car, si leur connaissances théoriques leur permettent d'acquérir rapidement le savoir-faire technique nécessaire, il n'en va pas de même de l'acquisition des compétences relationnelles, de la compréhension des modes nouveaux de raisonnement attachés à la position de jeune manager, ni de l'appropriation des compétences méthodologiques complexes utilisées dans la résolution des problèmes de management.

L'apprentissage de ces compétences exige de leur part, ouverture et recul, conditions que peut seul assurer un engagement, dans un cycle d'assez longue durée permettant la maturation.

Cette formation, qui vise à accélérer le processus de maturation, sera nécessairement générale et pluridisciplinaire, évitant les écueils d'une formation limitative

dans ses ambitions, qu'elle soit trop centrée sur des acquisitions de savoir-faire gestionnaire ou trop préoccupée de vérifier un niveau correct de comportement interpersonnel.

Une action formation-développement considère ainsi, les cadres qui s'y engagent sous quatre angles :

- d'abord, en tant qu'individualités, propriétaires d'un capital original qu'il convient de découvrir et d'identifier,
- puis, en tant que membres d'une organisation, détenteurs d'atouts, à la bonne utilisation desquels ils doivent s'entraîner dans un contexte favorisant la prise de risque,
- ensuite, en tant que professionnels, porteurs d'une culture technique dont il s'agit d'éprouver les limites,
- enfin, en progression hiérarchique, s'engageant dans la recherche d'un accroissement d'excellence personnelle.

Les formations-développement présentent donc des effets positifs, tant pour les entreprises que pour les individus. Elles favorisent la professionnalisation de l'encadrement dans ses rôles de manager et l'aident à mieux maîtriser ses différentes responsabilités. Elles concourent à l'ajustement stratégique des ressources humaines aux besoins de la structure des emplois, en facilitant les décisions d'affectation. En valorisant les individus, elles contribuent à enrichir le collectif de travail et permettent de progresser vers les équilibres de composition et de diversités socio-culturelles souhaitées. Elles obligent les décideurs à se situer dans une perspective de moyen et long terme, et à raisonner sur le retour sur investissement-formation. Elles sont, enfin, sources de motivation, importantes pour les individus, dans la mesure où elles proposent des modèles d'excellence propres à susciter l'identification.

Il n'est pas inutile de rappeler, au terme de cette analyse, quatre caractéristiques des formations qualifiantes récemment rappelées par A. Dousset⁴. Ces caractéristiques décrivent parfaitement ce qu'il convient de faire et d'accepter, quand on met en place une formation-développement :

- une formation-développement doit accompagner et anticiper des projets de changement organisationnel, permettant aux individus de se préparer convenablement aux mutations techniques et organisationnelles à venir.
- Dans son contenu, la formation-développement s'attache plus, à élever le niveau de culture générale et les connaissances générales des individus, qu'elle ne vise à les adapter à de nouvelles conditions d'emploi ; elle est centrée sur l'apprentissage de modèles d'analyse transférables car, ancrés sur la valorisation de l'expérience professionnelle.
- La formation-développement doit aboutir à la reconnaissance institutionnelle de l'investissement consenti par l'individu qui se forme, en termes de diplôme ou de certificat, en termes de gain de classification, en termes de validation de

4. Dousset (A.), *Les formations qualifiantes*, in *Formation professionnelle*, coll. *Politiques sociales et pratiques d'entreprises*, Ed. Liasons et Convergences, 1985.

compétences, en termes, enfin, de confirmation d'un potentiel d'évolution dans l'entreprise. L'université d'entreprise doit s'élever à la hauteur de l'idéal universitaire et, considérer sérieusement les problèmes de développement et de qualification, sous peine d'être sévèrement jugée en cas de défaillance et d'être alors considérée comme ne délivrant que des formations - pipeau -.

• La formation-développement suppose, enfin, la mise en oeuvre d'une méthodologie relevant de l'ingénierie de la formation, spécifiant des objectifs de développement personnel et professionnel, réunissant des moyens de formation cohérents par rapport aux objectifs proposés et, prévoyant la mise en place de méthodes d'évaluation et de suivi des progrès.

II - LES CRITÈRES DE RÉUSSITE DES UNIVERSITÉS D'ENTREPRISE

Créer une université d'entreprise est une tâche de longue haleine dont le succès n'est pas assuré. Le jeu en vaut pourtant la chandelle.

Cinq conditions préalables doivent être satisfaites :

1. L'entreprise a une perception suffisamment claire de ses tendances d'évolution pour se fixer une cible à atteindre, apte à orienter les projets de développement individuel de ses cadres.
2. L'entreprise accepte de consacrer des sommes importantes à l'élévation de la culture de management, à tout projet de réorganisation de ses structures et de réorientation de ses politiques générales de développement.
3. L'entreprise recherche, pour ses besoins propres, et élabore des méthodes de détection et d'approfondissement des potentiels d'évolution de ses cadres, cohérentes avec sa culture de fonctionnement particulière et recueillant un large consensus.
4. L'entreprise a su faire passer, auprès de ses cadres, le message de la recherche de flexibilité et d'adaptabilité des ressources engagées dans les activités, y compris la flexibilité et l'adaptabilité des ressources humaines.
5. L'entreprise a négocié avec ses cadres un mécanisme de reconnaissance et de validation des acquis de la formation, valorisant les efforts qu'il ont consentis pour participer pleinement, comme partenaires de l'effort général de développement de l'entreprise.

Le fait que les entreprises mettent de plus en plus l'accent, aujourd'hui, sur la formation interne au détriment de la formation externe, ne signifie pas qu'elles aient décidé de n'utiliser que leurs propres ressources pour concevoir et réaliser leurs programmes de formation et leur universités internes. Les compétences en formation sont évidemment importantes dans les institutions de formation et d'enseignement. Aussi les entreprises n'hésitent-elles pas à faire appel à ces concours externes pour monter leurs programmes.

Cette collaboration avec les institutions d'enseignement peut prendre différentes formes, allant de l'invitation d'enseignants à intervenir dans les programmes

L'UNIVERSITE AXA

Quelques réflexions inspirées par l'article d'Alain Bernard

Imaginée peu après le rapprochement des Mutuelles Unies et de Drouot, l'Université AXA a reçu pour mission, de mettre en surimpression sur les cultures propres de chaque société, une culture commune de management.

La pertinence du projet s'est vue confirmée lors de l'arrivée dans le Groupe de Présence, puis des A.G.P., y compris les filiales internationales telle que Equity & Law.

Le vecteur qui a été retenu pour atteindre l'objectif ressort en premier lieu de la formation professionnelle, mais avec une nette tendance vers ce qu'Alain Bernard appelle la formation développement.

Simplement, dans une démarche pragmatique, compte-tenu de la structure du Groupe AXA (et surtout des restructurations en cours), la - clientèle - de l'Université AXA est actuellement limitée aux échelons supérieurs de l'encadrement, en France et à l'étranger, ce qui correspond à un nombre de - prospects - et à un budget important mais raisonnable.

La structure légère de l'Université AXA a donc pour activité majeure le développement d'un Cycle Manager qui vient compléter la gamme des formations mises en place au sein des entités constituant le Groupe.

Son programme vise à élargir le champ de vision et d'action des personnes, sa pédagogie est complétée par des travaux de petits groupes portant, aussi bien sur les stratégies de développement des branches que sur les modes de management de l'entreprise.

Ces travaux sont - soutenus - devant des Jurys composés de membres du conseil scientifique de l'Université AXA, tous étant des personnalités de haut niveau (extérieures au groupe et même à l'assurance) et de directeurs d'AXA.

Le niveau auquel la réflexion et l'imagination des auditeurs sont sollicitées et la liberté d'expression qui leur est accordée ont permis à Henri Vacquin, membre du conseil scientifique, de dire à Claude Bébéar : - l'Université AXA est un lieu où la parole a droit de cité -.

Toutes les appréciations des membres du conseil scientifique, tant sur les présentations des auditeurs que sur ce qu'ils peuvent ressentir à propos de l'enseignement qui leur a été dispensé, sont présentées directement à Claude Bébéar.

En 1991, le troisième cycle Manager va se terminer, le quatrième est en cours.

A l'issue des deux premiers cycles, l'analyse de ce qui a été observé et les suggestions du conseil scientifique ont conduit à faire évoluer le programme de l'enseignement, à développer la pratique de la communication orale, et surtout à renforcer le caractère international, notamment en utilisant deux langues, le français et l'anglais.

Il est probablement trop tôt pour tenter de démontrer, point par point, que les critères d'Alain Bernard permettent de tirer une conclusion.

Pour l'instant, les activités de l'Université AXA se développent au delà du Cycle Manager.

D'une part, il a été ressenti le besoin d'un programme d'accueil des jeunes cadres embauchés dans le Groupe : c'est le Cycle Junior, devenu obligatoire au cours de leur première année de présence. Il comprend sept journées de formation-information sur l'assurance et sur le Groupe.

D'autre part, à l'intention des directeurs AXA et maintenant des anciens auditeurs du Cycle Manager, des activités destinées, tant à l'entretien de leurs connaissances qu'à donner des coups de projecteur sur des sujets divers, sont mises sur pied.

*José Gutman
Directeur de l'université AXA*

mis sur pied par les entreprises, à des formules de sous-traitance de programmes entiers ou de parties de programmes.

Une nouvelle formule d'association tend cependant à se développer : le partenariat entre l'entreprise et une institution d'enseignement supérieur (école de gestion ou école d'ingénieurs).

Les grandes écoles d'ingénieurs ou de gestion sont ainsi fréquemment conviées à participer à l'effort de formation des entreprises, en mettant à la disposition de ces dernières, leurs ressources pédagogiques (voir annexe).

CONCLUSION

Si la plupart des entreprises se contentent d'offrir à leurs cadres des formations courtes dont la durée ne dépasse pas une semaine, certaines ont compris que des formations à durée aussi courte étaient incapables d'aider les personnes à atteindre des objectifs ambitieux et progresser sur le plan des compétences managériales. Elles ont donc mis au point divers types de formations longues, en ayant le souci de les intégrer dans une perspective plus large de valorisation et de développement des ressources humaines. Ces formations longues s'intègrent dans des stratégies complexes dont la pièce maîtresse reste le dispositif politique et opérationnel identifié sous l'appellation encore non contrôlée d'université d'entreprise. Les années à venir permettront de valider le concept et de considérer sous un jour nouveau la question traditionnelle de la compatibilité du développement conjoint des entreprises et de leurs cadres ■

ANNEXE

Depuis trois ans, le Groupe E.S.S.E.C. s'est engagé dans une action de partenariat. Celle-ci concerne le montage d'une école de cadre, interne à l'entreprise, destinée à satisfaire ses besoins en ressources humaines dans les postes d'encadrement.

Trois populations sont concernées : des gradés passant en position cadre, des cadres confirmés et des cadres supérieurs. 500 à 600 cadres sont impliqués chaque année dans les trois programmes de cette école.

L'enjeu du programme de formation, destiné aux futurs cadres, est de faire prendre conscience à ces derniers, du rôle important qu'ils jouent dans la formulation et la mise en oeuvre des politiques du Crédit Lyonnais ; il est également de faire évoluer les comportements de ces futurs cadres, afin de les amener à devenir de véritables animateurs de leurs équipes.

L'enjeu du programme, destiné aux cadres confirmés, est de faire acquérir à ceux-ci une vision globale du management intégrant la dimension stratégique de l'entreprise, et d'élargir leurs domaines de compétence dans les principales fonctions de l'entreprise, afin qu'ils mettent en oeuvre des politiques et des moyens répondant aux objectifs de leurs unités.

Enfin, l'enjeu du programme, construit pour les cadres supérieurs, est d'entraîner ceux-ci à l'exercice de la réflexion stratégique et à la prise de décisions et d'options politiques cohérentes avec la politique de développement du Crédit Lyonnais. Ce programme est

également axé sur l'accroissement des compétences de communications interne et externe des participants.

Le groupe E.S.S.E.C. a proposé au Crédit Lyonnais une charte de partenariat où il engage toutes les ressources nécessaires pour la réussite et la pérennité de cette école des cadres. Ce partenariat couvre toutes les phases du projet : conception pédagogiques des modules, élaboration du programme, promotion de l'Ecole et suivi des cadres après leur formation.

Analyse des différentes phases du projet

Phase 1 : Conception pédagogique

La conception pédagogique de chaque programme donne lieu à un travail de réflexion mené conjointement par les professeurs de l'E.S.S.E.C. et l'équipe du Crédit Lyonnais responsable de la formation. Chaque programme est testé en termes de cohérence interne et de contrôle de la progression à l'intérieur de chaque discipline et entre les disciplines. Un examen de cohérence globale est également conduit dans le rapprochement des trois programmes. L'évaluation continue des stagiaires et des animateurs est, enfin, l'objet d'une attention permanente.

Phase 2 : Elaboration du programme

Après acquisition de la culture du Crédit Lyonnais pour chaque programme et discussion des contenus avec des échantillons significatifs de futurs participants, les objectifs détaillés de formation sont définis pour chaque thème du programme, assortis des résultats attendus. Le matériel pédagogique est défini à son tour en mettant l'accent sur les nouveaux matériaux à créer.

Phase 3 : Lancement de l'école

Le lancement de l'école des cadres doit être considéré comme tout lancement de produit nouveau et s'inscrire dans un plan marketing. Il existe trois produits, trois marchés et chaque couple produit-marché a son identité et son positionnement propres. Il apparaît donc nécessaire de déterminer un nom propre et une emblématique adaptés aux cibles. Il est important d'élaborer également un plan de communication formelle (plaquette, publicité institutionnelle, circularisation et réunions) et de tenir compte des relais de communication informelle, en intégrant notamment dans la démarche les responsables des différentes directions du Crédit Lyonnais.

Phase 4 : Suivi des cadres après formation

La réussite de l'école se joue aussi sur la capacité à la faire vivre au-delà de la formation elle-même. Il est nécessaire d'assurer sa pérennité en montant des manifestations, des séminaires d'approfondissement et des missions d'études regroupant les anciens stagiaires. Il est également envisagé de constituer trois véritables associations, trois clubs d'anciens. L'objectif de ces clubs est de fédérer les anciens de chaque programme et de créer ainsi un véritable réseau susceptible d'être mobilisé par chacun dans le cadre de son activité. Un club est aussi un moyen indispensable pour faciliter des évolutions de culture et de comportement et renforcer les moyens de communication.

Une équipe pour gérer le projet

Une équipe doit être mise sur pied pour gérer le projet et remplir les trois missions suivantes :

- fournir au responsable du Crédit Lyonnais chargé du projet un point central, unique, de communication pour le développement, le déroulement et le suivi des programmes ;
- faciliter l'acculturation du partenaire extérieur afin qu'il saisisse rapidement les objectifs

stratégiques du Crédit Lyonnais et qu'il en tienne compte dans ses propositions de formation ;

• compte tenu de l'importance des populations à former, assurer dans les meilleures conditions l'enchaînement des différents cycles ainsi que le maintien de la créativité et de l'enthousiasme indispensables pour mener à bien une telle entreprise.

Pour ces raisons, une organisation est mise en place, comprenant un coordinateur permanent de l'école appartenant au Crédit Lyonnais, un coordinateur des programmes et de la pédagogie, appartenant à l'E.S.S.E.C., ainsi que des responsables par programme et discipline pédagogique ■

CHRONIQUES

Finances

Xavier de Bayser découvre un nouveau gisement de productivité pour les compagnies : la gestion des risques de l'actif.

International

L'assurance-vie en Grande-Bretagne.
L'assurance-santé aux Etats-Unis.

Livres

- Acting under Uncertainty multidisciplinary conceptions.
- Readings in Risk.
- Weltkongress für Sicherheitswissenschaft, Leben in Sicherheit.
- Les jeux au royaume de France du XIII^{ème} au début du XVI^{ème} siècle.
 - L'Ethique des affaires, halte à la dérive.
 - Invitation à une philosophie du management.
 - Vers l'entreprise intelligente.
- L'Acteur et le changement, essai sur les réseaux.

Un gisement de productivité à l'actif :

LA GESTION DU RISQUE

« Là où est le danger, là aussi croît ce qui sauve »

Hölderlin

Venue des pays anglo-saxons, la gestion actif/passif semble aujourd'hui faire son chemin au sein des compagnies d'assurances françaises. Il s'agit de rapprocher les techniciens de l'assurance, hommes du passif, et les financiers, hommes de l'actif, pour mener une gestion plus efficace. L'élément central de ce rapprochement, le trait d'union, en est le risque. La première difficulté vient de l'ambiguïté que recèle ce mot. Nous commencerons donc notre réflexion sur cette notion de risque avant de parler de sa gestion à l'actif. Tout d'abord, que nous dit le mot « risque » ? Au gré de l'histoire et des cultures, deux sens, apparemment opposés, s'entremêlent et se distinguent : danger et opportunité. Cette ambivalence se retrouve d'ailleurs, dans les origines de notre mot « risque ». Le premier sens nous vient, au travers du grec byzantin, de l'arabe, où le mot « rizq » signifie solde quotidienne, fortune. Le second vient du latin « resecare », scier en deux, que les Italiens ont utilisé pour signifier un danger lié à une entreprise maritime : le récif qui scie en deux le navire. Danger et opportunité sont donc rassemblés dans ce même mot « risque » et ceci revêt une grande importance. Les notions de danger et d'opportunité, bien qu'opposées, peuvent en effet se rejoindre. Le poète allemand, Hölderlin, ne disait-il pas « Là où est le danger, là aussi croît ce qui sauve », reprenant ainsi, les grecs qui parlaient de beau danger.

Malheureusement, aujourd'hui, le mot risque est en quelque sorte piégé, dépouillé de son véritable sens et déséquilibré. Tous les spécialistes s'accordent à souligner la dérive du mot risque qui, maintenant, est assimilé au danger. Au colloque de l'ACADI en 1987, le risque a été défini comme le « produit de la cindynamétrie », la mesure du niveau du danger. Au nom de la maîtrise, si caractéristique de notre époque, nous dépouillons le risque de son poids d'opportunités, qui sont elles de l'ordre de la surprise. Cet accent mis sur le danger, vient aussi de ce que nous sommes de plus en plus sous l'emprise du court terme. Michel Serres, dans son dernier livre « Le Contrat naturel » souligne le parallélisme entre une vision à court terme et une information privilégiant les

* Directeur général FININDICE

catastrophes, - tout comme si le très court terme se liait à la destruction : faut-il entendre, en revanche, que la construction demande le long terme ? -. La notion de temps est en effet l'élément clef de la bonne compréhension du risque. D'ailleurs, l'introduction de la lettre grecque - sigma -, dans le graphisme du nom de cette revue n'est-elle pas une invitation à appréhender le risque dans une perspective à long terme ?

En ces temps de dangers, les assurances croissent. En effet, leur rôle consiste à permettre aux individus et aux entreprises de se prémunir contre les dangers. Ce faisant, elles courent des risques. Mais ceux qu'elles couvrent au passif ne sont pas tout à fait de même nature que ceux qu'elles prennent à l'actif. En effet, le risque du passif est lié à l'occurrence du danger, ce qui n'est pas le cas du risque à l'actif. Lorsque le sinistre advient, l'assureur doit payer l'assuré. Le technicien de l'assurance cherchera à minimiser les conséquences pécuniaires du sinistre par un travail de prévention, de prévoyance et de répartition des risques. Le dommage est lié entre autres au temps qu'il fait (gel, tempête, sécheresse...), mais peu dépendant du temps qui passe, sauf, bien entendu, dans le cas de l'assurance-vie ou de la capitalisation. Dans le domaine financier, il en va tout autrement. Le temps qui passe est l'un des éléments directeurs. Lorsqu'advient une catastrophe, un krach boursier par exemple, ceci entraîne une dévalorisation temporaire des actifs qui ne se transforment en sinistre que si l'on est obligé de les céder. Dans le cas contraire, le temps qui passe peut effacer la catastrophe, ce qui n'est pas le cas en assurance dommage. Ainsi, pour le financier, le temps qui passe, faisant bien les choses, peut devenir un allié. Un regard sur l'évolution des bourses actions sur longue période permet de nous en convaincre.

Si la vision à court terme, qui hypertrophie la perception du danger, est une opportunité pour les gestionnaires du passif, elle devient un péril pour le gestionnaire financier, celui de ne pas pouvoir tirer parti de certaines opportunités. En matière financière, la myopie peut être dangereuse et l'hypermétropie se révéler vertueuse. Le danger arrive vite, l'opportunité porte souvent des fruits que la patience mûrit lentement. L'introduction d'une branche financière dans les - cindyniques - pourrait s'avérer fructueuse.

Les gestionnaires financiers se trouvent donc sous l'emprise du temps qui passe. L'horizon de temps, dans lequel ils doivent procurer un rendement, constitue un élément essentiel de leur gestion. Cet horizon de temps dépend à la fois des engagements du passif, mais aussi des règles comptables et fiscales qui leur sont imposées et qui traduisent d'ailleurs, malheureusement, l'irrésistible attrait de notre époque pour les résultats à court terme. C'est la raison pour laquelle, avant d'être gérés, les actifs doivent faire l'objet d'une allocation stratégique. Celle-ci déterminera une répartition qui tendra à procurer le rapport rendement/risque optimal à l'horizon de temps défini, tout en tenant compte des contraintes d'exercice. Il serait souhaitable, pour faire ce choix stratégique des actifs, de mettre en place une chaîne d'appréhension des risques identique à celle qui est utilisée au passif : identification, évaluation, acceptation.

Sur les marchés financiers, le risque est souvent défini comme la volatilité du rendement. Les années qui viennent de s'écouler nous ont montré que cette définition n'était pas complète. Il existe, en effet, d'autres types de risque : signature, contrepartie, dépositaire, liquidité.... Il s'avère donc utile d'identifier le plus minutieusement possible les dangers liés à la détention d'actifs financiers. Ce travail étant accompli, il s'agit d'évaluer l'exposition aux dangers et de la mettre en rapport avec le rendement espéré (comme pour le rapport sinistre/prime). Pour cela, il convient d'étudier la volatilité des rendements par classe d'actifs et leur corrélation dans le temps. Ceci amène à prendre en compte la notion de diversification géographique : celle-ci permet en effet de tirer parti de la non-corrélation des marchés entre certaines zones économiques. La diversification dans l'espace conduit à la « globalisation des gestions », pratique de plus en plus utilisée par les investisseurs institutionnels anglo-saxons. A ce sujet, on peut remarquer que le respect de la « congruence » des monnaies n'est pas forcément le meilleur moyen de diminuer le risque financier d'un institutionnel. L'étude de la corrélation du rendement des actifs est primordiale, pour concilier l'horizon de temps des investissements - qui est souvent à long terme - avec les contraintes d'exercice qui obligent à prendre en compte aussi le court terme. Cette étape étant franchie, il reste à accepter les risques encourus, comme cela est fait dans le cadre de l'acceptation en assurance.

Une allocation stratégique d'actifs, entérinée par le conseil d'administration ou la Direction générale constitue la pierre d'angle d'une gestion financière efficace. A partir du moment où les seuils de tolérance aux risques, inhérents au placement des actifs, ont été définis en tenant compte des engagements pris vis-à-vis des assurés, voire des actionnaires, la conséquence de la volatilité des marchés est acceptée avec plus de sérénité. Or, comme chacun sait, dans le domaine financier comme dans les autres, la sérénité est source de profit, à long terme. La mise en place d'un cadre de risque permet de déléguer (que ce soit en externe ou en interne), la gestion de façon plus rigoureuse. L'objectif de la gestion financière sera alors, d'optimiser le rendement du placement pour un niveau de risque défini. Le point de départ n'est plus le rendement, mais le risque appréhendé dans un certain horizon de temps. En général, le marché attribue une prime de risque aux actifs les plus volatils, à court terme. Or, le danger, lié à la volatilité à court terme, s'atténue avec le temps, alors que la prime de risque se maintient, ce qui rend beaucoup plus attractifs à long terme, les actifs considérés comme risqués par un marché qui raisonne à court terme.

Après les stratèges de risque, interviennent les gestionnaires. La gestion d'actifs rassemble trois métiers distincts :

- Le premier consiste à synchroniser les entrées et les sorties des marchés, voire à déterminer dans le cadre des marchés obligataires le degré d'exposition à la courbe de structure des taux.
- Le deuxième réside dans le choix des valeurs ou des véhicules.
- Le troisième s'apparente à l'art culinaire et recherche la combinaison optimale

des valeurs entre elles. Le respect des bonnes proportions revêt une grande importance.

Ces trois métiers requièrent des qualités différentes. Intuition et esprit de synthèse pour le premier, capacité d'analyse financière pour le second, rigueur scientifique pour le troisième. On peut comprendre qu'il soit rare de trouver toutes ces qualités rassemblées sur une seule tête. Une bonne répartition des métiers, en fonction des qualités de chacun, représente l'un des plus beaux gisements de productivité dans la gestion des actifs. La contreperformance des O.P.C.V.M., dont les gestionnaires pratiquent fréquemment les trois métiers à la fois, par rapport à des indices de référence, provient très souvent d'un mauvais « market timing » alors que le choix des valeurs se révèle assez bon. Pour optimiser les performances des gestions financières, il est donc nécessaire d'identifier les qualités de chacun des gestionnaires. Ceci peut se faire à partir d'une mesure de performance qualitative qui permet de détecter les origines de la performance, allocation tactique d'actifs, choix de valeurs. Il sera alors, plus aisé d'organiser les relations entre d'une part, les synchronisateurs de marchés dont la pertinence des allocations tactiques sera appréciée par rapport à l'allocation stratégique et les sélectionneurs de valeurs, d'autre part. Le travail de combinaison des valeurs entre elles peut être réalisé à partir d'optimisateurs quantitatifs, mis à la disposition des analystes financiers.

La notion de prévention a mis en lumière son importance dans la gestion du passif d'une Compagnie d'assurances. Du côté de l'actif, la prévention prend la forme d'une définition des risques acceptables dans un horizon de temps, d'une diversification géographique des actifs, d'une délégation rigoureuse de la gestion, et d'une mesure de performance. Les années qui viennent verront la concurrence s'exacerber dans le cadre du marché européen de l'assurance. La gestion financière aura un rôle crucial à jouer dans la course aux fonds propres et la compétitivité commerciale. Dans la gestion des actifs, si la prédiction est source de dangers, la prévention sera sans conteste l'une des clefs du succès ■

L'assurance-vie AU ROYAUME-UNI

Lorsque la crise du Golfe a commencé, beaucoup de Britanniques susceptibles de partir dans la région ont subitement réalisé qu'ils n'avaient pas d'assurance-vie. Ils se sont adressés aux compagnies d'assurances qui leur ont opposé des clauses d'exclusion en avançant l'intérêt de leurs actionnaires. Mais les assureurs britanniques ont alors réalisé qu'à trop vendre de l'épargne, ils avaient quelque peu oublié la fonction première de leur métier : assurer la vie.

L'impression domine qu'une page est tournée après deux décennies euphoriques où se sont conjugués les taux d'intérêts élevés et l'attrait des ménages pour l'épargne financière. L'assurance-vie est en crise, une crise qui n'est pas simplement de conjoncture, mais surtout une crise d'identité. Au-delà des spécificités propres au marché britannique cette crise ressemble à celle d'autres marchés. Comme aux Etats-Unis, où les faillites des compagnies d'assurances-vie sont aussi retentissantes que celles, il y a quelques années des caisses d'épargne.

En Europe continentale aussi, la conjoncture de l'assurance vie est plutôt maussade, partagée entre le succès de la bancassurance qui est souvent celui du banquier et l'aspect positif d'une demande croissante pour des produits d'épargne retraite.

■ I - BANALISATION DE L'ASSURANCE-VIE

En Angleterre, comme dans le reste de l'Europe, les décennies glorieuses de l'assurance-vie ont coïncidé avec un mouvement de fond de banalisation de cette activité. L'assurance-vie est devenue une activité financière standard. La composante épargne des produits d'assurance a été mise en avant. Les clauses spécifiques et les aspects exotiques propres aux techniques de l'assureur ont progressivement été gommés, voire supprimés. Ce mouvement de banalisation s'est renforcé du processus de dérèglementation. L'intermédiation financière, les marchés de l'épargne et les institutions se sont rapprochés, banalisés, coulés dans une norme commune sur tous les marchés de la planète. Les séparations strictes entre marchés des actions et des obligations se sont atténuées avec l'apparition d'instruments financiers intermédiaires. Les institutions se sont banalisées par des rapprochements internationaux et des fusions ou alliances

entre entreprises des différents secteurs : l'Europe de l'assurance, la bancassurance, l'Europe des services financiers, les salles de marché dans les compagnies, le *one stop shop* sont autant de notions hybrides qui n'existaient pas il y a vingt ans.

Les conséquences de ces mouvements de standardisation restaient masquées lorsque le marché était en pleine croissance, mais c'est lors du retournement de tendance que la banalisation provoque une crise d'identité. Crise d'identité, perceptible dans le titre du 3ème colloque de l'assurance-vie à Londres : *Strategies for survival and success*. Difficile d'imaginer il y a seulement cinq ans un colloque consacré à la survie de l'assurance... Ce qui est en jeu, n'est d'ailleurs pas tant la survie d'entreprises qui craindraient, comme aux USA, de disparaître après des erreurs de gestion ou des placements aventureux, mais la survie du métier d'assureur-vie ou au contraire sa dissolution dans une culture commune des services financiers. Ce colloque a révélé l'opposition manifeste chez les assureurs britanniques entre deux stratégies. Les « assimilationnistes » qui veulent renforcer la fusion entre l'assurance et les autres métiers de l'épargne et services financiers. A rebours, des « isolationnistes » qui prônent des stratégies de recentrage et cherchent dans la culture de l'assureur, les instruments pour surmonter la crise.

Les compagnies d'assurances avaient dans la période récente travaillé exclusivement sur trois priorités stratégiques. La première était celle du marché des pensions privées, ouvert par les possibilités de sortie des régimes publics. La seconde priorité était de combattre sur les marchés de l'épargne, l'image de loin la meilleure des réseaux bancaires, enfin une troisième priorité était de prendre le maximum d'un marché en pleine expansion, celui des produits combinants les emprunts immobiliers et l'assurance-vie. Ces trois priorités s'ordonnaient autour de marchés définis par des normes fiscales et réglementaires qui ont un temps été très favorables aux assureurs. Ce qui est moins vrai aujourd'hui.

■ II - DES RÉSEAUX DE DISTRIBUTION TRÈS DIVERSIFIÉS

Cette crise d'identité est renforcée en Angleterre par la diversité de la distribution de l'assurance-vie. Les réseaux qui composent la force de vente ne dépendent pas des mêmes autorités de contrôle, n'obéissent pas aux mêmes impératifs économiques et sont différemment sensibles aux variations conjoncturelles. L'assurance-vie est distribuée par :

- Les réseaux salariés, *direct sales force*, traditionnels pour lesquels les compagnies ont un problème de management et cherchent à limiter un *turn-over* très important. Les agences *Estate Agencies* ont vu leur statut se modifier, mal positionnées, elles subissent d'importants remaniements ; les *building societies* qui ont représenté plus de 50% du chiffre d'affaires des compagnies d'assurance-vie. Mais cette demande, très sensible à la conjoncture s'est effondrée avec les variations de taux et le moindre attrait fiscal des contrats *endowment*

mortgage qui relie un emprunt immobilier et un contrat d'assurance. Les *Independent Financial Advisors* (IFA) sont une catégorie à part dans la distribution de l'assurance-vie. Conseillers indépendants, ils distribuent toute la gamme des produits financiers. Ils dépendent statutairement du FIMBRA et non pas comme les assureurs du LAUTRO. Leur taille est très variable et la situation économique de ces entreprises va de l'artisanat familial à la P. M. E. hautement spécialisée en conseil financier.

Comme partout, le développement de stratégies de distribution diversifiées pose des problèmes avec les réseaux exclusifs. La réponse la plus courante des compagnies par rapport aux problèmes d'exclusivité est semble-t-il d'en faire des partenaires d'affaires associés aux stratégies de prix et aux décisions de marketing du siège. Un des problèmes constants du management des forces de vente est le taux de rétention. Le *turn-over* très important des agents implique de mettre en place des procédures incitatives et motivantes pour garder les meilleurs, et les empêcher de quitter la compagnie. Il existe ainsi un véritable marketing stratégique de la gestion des vendeurs qui passe par des stages et des supports technologiques importants. Par exemple, la distribution d'ordinateurs portables qui semble plus relever d'un moyen de fidéliser les réseaux que d'un véritable outil de vente décisif.

■ III - L'EUROPE, LE FSA ET LES TESSA

La crise d'identité est aussi amplifiée par les chocs qu'ont subis les assureurs britanniques. Ils pensaient être protégés de la concurrence européenne, ils ont connu une période de refonte de la réglementation, ont enfin vu apparaître sur le marché des produits concurrents des leurs avec des avantages fiscaux décisifs. Ne pas craindre l'Europe de l'assurance ou en limiter la portée se justifiait par d'un côté, les spécificités réglementaires du marché anglais et de l'autre, l'agressivité commerciale des entreprises de courtage britanniques. Les positions très réservées des gouvernements Thatcher sur l'harmonisation financière et monétaire en Europe confortaient cette opinion d'un marché britannique à la fois protégé et conquérant.

Aujourd'hui, le climat s'est singulièrement modifié. Les assureurs étrangers sont entrés en force sur le marché britannique. Ils ont acquis des compagnies d'assurances, parmi les plus beaux fleurons de l'industrie. Les Britanniques, eux, n'ont pas remporté les succès espérés sur le continent. L'agressivité et l'ultra-libéralisme des courtiers se sont tempérés face aux réalités complexes des autres marchés. Toujours est-il, que l'assurance anglaise n'a pas connu l'aiguillon européen qui a contribué à stimuler le volontarisme stratégique, comme en France, par exemple.

Second choc institutionnel, l'assurance-vie s'est trouvée sous les feux d'une refonte profonde de la réglementation des services financiers. Le nouveau cadre réglementaire, plus consumériste, est souvent critiqué pour sa complexité. En

fait, le *Financial Services Act* (FSA) est proche de ce qui a toujours été pratiqué sur le continent : organisations des contrôles, seuils de sécurité et de solvabilité des contractants, soumission au devoir de conseil des vendeurs de produits financiers, désignation d'un médiateur entre assureurs et assurés... Mais pour une profession habituée à l'indépendance, se soumettre à ces obligations pointillistes est souvent apparu comme un cauchemar plus psychologique que réel. En particulier les lignes de tension et oppositions traditionnelles entre différents réseaux, institutions et interlocuteurs sont apparues au grand jour. Le FSA a eu plusieurs conséquences quant à la distribution de l'assurance-vie. La première est d'avoir séparé de manière rigide, dans des statuts différents, les réseaux des compagnies d'assurances des Independent Financial Advisors (IFA). La seconde est d'avoir augmenté les procédures de contrôle sur les réseaux de commercialisation de l'assurance. Enfin, le statut des IFA a évolué vers plus de professionnalisme. De 20 000 en 1986, les IFA sont moins de 7 000 aujourd'hui. Ce renforcement des IFA n'est pas sans effet sur l'offre. Les IFA ont plutôt tendance à favoriser les contrats qui émanent de grandes compagnies connues. La disparition de nombreux IFA et cette préférence pour une stratégie de marque est la cause des difficultés des petites compagnies.

Troisième choc, les changements dans la fiscalité. L'assurance-vie anglaise connaît depuis 1987, une rationalisation du traitement fiscal. Pour beaucoup, ce changement dans la fiscalité représente une mise au pas de l'assurance-vie qui d'une part, ne reçoit plus de traitement de faveur et d'autre part, est de plus en plus en concurrence avec l'investissement direct.

L'exonération fiscale dont bénéficient les plans d'épargne à terme TESSA a, par exemple, été ressentie par la profession de l'assurance comme une agression directe. D'une façon générale, l'investissement direct dans les fonds communs de placement est devenu plus rentable que l'assurance-vie. Les banques et les *building societies* n'ont pas perdu de temps pour vanter les nouvelles options de retrait ou de réinvestissement des intérêts qui présentent des avantages fiscaux. Les prévisions de placement dans les TESSA, pour 1991/92, sont de l'ordre de 8 milliards de livre. Le contexte britannique n'étant pas celui d'une hausse de l'épargne des ménages, ces souscriptions nouvelles de TESSA se font au détriment des autres produits d'épargne et singulièrement de l'assurance-vie. Le principal rival du TESSA est le bon à revenus garantis, distribué par les compagnies d'assurances. Mais ces produits subissent le déclin du marché, la concurrence oblige à baisser les marges des assureurs, et le coût financier pour réassurer ces produits financiers augmente. Des modifications dans la fiscalité ont aussi été en partie à l'origine d'un violent retournement de conjoncture, celui des *endowment mortgage* qui combinent assurance mixte et emprunt immobilier. Ce moteur très dynamique du marché anglais s'est effondré par le moindre attrait fiscal des dispositifs vendus en collaboration par les assureurs et les *building societies*.

■ IV - LES PERFORMANCES DES PRODUITS CLASSIQUES

La conjoncture de l'assurance-vie britannique est donc plutôt à la morosité. Ce qui révèle une industrie anglaise de l'assurance, moins moderne et sophistiquée que ne se plaisaient à le craindre les assureurs français. Pour autant, il est difficile de penser que le marché de l'assurance-vie soit saturé. En effet, si les produits hypothécaires se sont effondrés, l'enquête annuelle d'*Abbey Life* montre qu'un cinquième de la population adulte n'a souscrit aucune forme d'assurance-vie. Parmi ceux qui ont une assurance-vie, seulement 5% ont des contrats suffisants pour les besoins qu'ils expriment. La dépense moyenne pour l'assurance-vie est par assuré, de 10 £ par semaine. Somme qui est inférieure d'un tiers aux dépenses d'alcool et de tabac. Une des voies les plus intéressantes de reconquête du marché réside dans la conception de contrats d'assurance plus simples. Le produit phare des assureurs vie anglais reste ainsi la très classique police vie entière à versements libres. Plus le contrat est flexible et les possibilités d'adaptation grandes, plus son succès commercial est important. Les contrats vie entière qui n'obligent pas à rester pendant toute la vie du contrat, à l'intérieur des limites fixées par la législation fiscale pour les déductions d'impôts sont les plus prisés. En fait, dans les conditions actuelles du marché, la distinction entre polices imposables ou non est assez théorique, parce que le nombre des contribuables au taux d'imposition le plus fort est faible. Pour autant, l'attrait commercial de la déductibilité est plus fort que son attrait économique réel.

Les primes sont investies dans des fonds de placement (*Unit trust*). Les contrats permettent de choisir à l'intérieur de la compagnie parmi les différents fonds de placement. Les assurés peuvent ainsi choisir entre investir toutes leurs primes dans un seul fond ou dans plusieurs. Ils peuvent aussi changer de fonds en cours de contrat et suivre la conjoncture des marchés financiers. Si le nombre d'allers et retours entre les différents fonds de placement n'est pas limité, un seul changement sans frais ni pénalité est autorisé par an. Ces dispositions permettent de vendre l'aspect investissement de ces contrats, qui pourtant, ne sont jamais des produits de placement aussi intéressants que les TESSA ou les *Personal Equity Plan* qui bénéficient d'exonérations fiscales.

C'est bien de produits d'assurance qu'il s'agit, attractifs parce que conçus pour une clientèle familiale qui peut moduler dans le temps, les degrés de protection dont elle a besoin. Ainsi, tous ces produits offrent des options d'assurance santé, comme les assurances contre l'invalidité, les assurances contre les maladies redoutées, *dread disease* ou encore les *Permanent Health Insurance* (PHI).

■ CONCLUSION

Attaquée sur plusieurs fronts, l'industrie britannique de l'assurance-vie hésite entre deux stratégies, celle de se fondre dans le paysage des services financiers, celle au contraire de continuer à défendre une spécificité. Sans préjuger de la

stratégie gagnante, notons que le produit phare du marché est en fait un produit simple. Tout l'enjeu porte sur les options que pourra recevoir ce produit de base, dans les années à venir. Lors de la conclusion d'un colloque consacré à l'assurance-vie anglaise, un consultant définissait le rôle de l'assureur dans la cité, comme celui qui est en charge du « WEALTHCARE ». Dans ce néologisme, « Wealth » est pris dans son acception la plus large : biens physiques, financiers, immobiliers, ... immatériels et affectifs. Pour beaucoup d'analystes du marché les produits d'assurance vie devront de plus en plus s'adapter à une demande portant sur l'intégralité de la vie, de l'éducation des enfants à la transmission des legs... ■

BIBLIOGRAPHIE

- BENJAMIN (B.) et POLLARD (J.), *The Analysis of Mortality and other Actuarial Statistics*, London, Heinemann, 1986.
- HOWE (J.), *Insurance of a Life : Principles and Practice*, London, Witherby & Co LTD, 1989.
- IBC Financial Focus Ltd, *Life Insurance Conference, Documentation*, 1991.
- SULLIVAN (M.), « Life after recession », *Post Magazine*, Vol. 152, N°17, pp. 18 à 28.

L'ASSURANCE-SANTÉ

aux États-Unis : constat de faillite

Dans le *New-York Times* du 19 mai, on pouvait lire sous la plume de Philip J. Hiltz que « le système de santé américain est le plus cher du monde tout en étant parmi ceux qui offrent les soins les moins satisfaisants ». Les Américains payent annuellement pour leur santé 700 milliards de dollars, quand 34 millions (d'autres sources donnent le chiffre de 32 millions) de personnes ne sont pas assurées. Les États-Unis ne viennent qu'au 16^{ème} rang pour l'espérance de vie et au 23^{ème} rang pour la mortalité infantile. On comprend que devant de tels chiffres, il ne soit actuellement question que de réformer un système qui semble faire eau de toute part.

Les propositions se multiplient au niveau fédéral comme au niveau des États.

L'entreprise de réforme tient de la quadrature du cercle puisqu'il s'agit à la fois de réduire les coûts du système (qui augmentent de 10 % par an depuis 10 ans) tout en augmentant le nombre des bénéficiaires. On assiste à deux grands types de propositions : les uns proposent une réforme générale du système d'assurance-santé, quand d'autres s'inquiètent de colmater les brèches là où elles apparaissent.

La proposition la plus radicale est venue du *General Accounting Office*, le service des études du Congrès, qui a récemment rendu public un rapport proposant l'alignement du système américain sur le système canadien. Il en résulterait une économie de 75 milliards par an qui permettrait de couvrir les 32 millions de personnes non assurées. La gestion du système canadien, système d'assurance nationale, est en effet beaucoup plus économique, son défaut étant l'attente imposée à ceux qui veulent bénéficier des services de chirurgie spécialisée. Evidemment, le projet, soutenu par les démocrates, s'est naturellement heurté à l'hostilité de Carl Schramm, président de la *Health Insurance Association* qui regroupe 300 compagnies d'assurances santé.

Toujours au début du mois de juin 91, le gouvernement a publié un plan visant à augmenter la rémunération des médecins généralistes quand, à l'inverse, les honoraires des chirurgiens et autres spécialistes seraient revus à la baisse. Les tarifs médicaux seraient fixés à Washington. Il s'agit d'encourager la médecine préventive, et la médecine rurale, tout en diminuant le recours à la chirurgie

quand elle n'apparaît pas nécessaire. Le plan, en discussion jusqu'au 5 août, s'accompagne d'un projet d'institution de remboursements globaux par maladies.

D'autres projets visent plutôt, tout en cherchant à contenir l'augmentation des coûts, à combler les vides trop criants du système. On parle ainsi d'instituer une obligation d'assurance santé, les employeurs devant assurer leurs employés soit auprès de l'Etat soit auprès d'assureurs privés, les personnes privées pouvant recourir à des pools d'assureurs. Une des questions les plus délicates actuellement est celle de l'assurance santé offerte par les petites entreprises, qui ne peuvent plus payer les primes demandées, les salariés se retrouvant ainsi non assurés.

En Californie, le *commissioner* John Garamendi s'est récemment déclaré favorable à des projets visant à ce qu'enfants et femmes enceintes bénéficient systématiquement d'une assurance santé. Il est entré en guerre contre les pratiques d'assureurs qui refusent de renouveler les polices quand l'assuré a été malade. Il propose la création de *community rates*, impliquant l'interdiction pour les compagnies de baser les primes sur l'état de santé des individus.

Toujours dans le but de diminuer les coûts du système, le président Bush a déposé un projet de loi visant à limiter le montant des indemnités en cas de responsabilité médicale. Les indemnités seraient plafonnées ; elles devraient être versées annuellement et non plus en bloc (les assureurs et les médecins bénéficiant ainsi des intérêts des sommes restant à verser) ; les Etats devraient instituer des systèmes de médiation auxquels les patients devraient d'abord s'adresser ; on définirait des protocoles d'intervention permettant de contrôler l'arbitraire des juges dans l'attribution des responsabilités médicales. Le projet est contesté par les associations d'avocats, quand Paul Weiler, de la *Harvard Law School*, déclare que cela ne traite pas le problème posé qui est qu'en fait un patient victime d'une faute médicale sur huit porte plainte, et que seulement la moitié de ces derniers touche une indemnité.

Il semble que ces problèmes d'assurance santé vont occuper une place majeure dans la future campagne présidentielle de 1992. Les démocrates, en tout cas, ont rendu public un projet de réforme du système dont les principales lignes sont les suivantes : un comité national fixerait annuellement les objectifs de l'assurance santé à la fois pour l'ensemble du système et par branches. Pour permettre des ententes entre fournisseurs de soins et consommateurs, la loi antitrust serait suspendue. Chaque employeur serait tenu de fournir une assurance santé à ses employés et de payer une taxe pour ceux qui, actuellement, ne bénéficient d'aucune couverture. A cette fin, on diminuerait les impôts des petites entreprises. Si les organismes représentant les hôpitaux se sont déclarés hostiles à ce projet par ailleurs non chiffré, C. John Tupper, le nouveau président de l'*American Medical Association*, s'est déclaré pour, marquant un revirement de l'attitude jusqu'alors peu réformatrice des médecins. Cela pourrait changer la donne dans les équilibres corporatifs complexes qui ont jusqu'alors bloqué toute possibilité de réforme du système ■

Acting under Uncertainty multidisciplinary conceptions**George M. von Furstenberg**

Kluwer Academic Publishers 1991

Readings in Risk**Theodore S. Glickman & Michael Gough**

ed. RFF 1991 Washington.

Le risque est contagieux. L'utilisation de cette notion a gagné toutes les disciplines et toutes les techniques. La force de conviction et le succès des argumentations lorsqu'elles sont présentées dans les termes du risque - les termes mêmes de l'assurance - indiquent que le risque n'est pas une variable banale. Ce n'est pas seulement un paramètre de la décision, mais aussi un mode du discours, une manière de parler de médecine, de géophysique, de mouvement sociaux... Adopter la tunique du risque, c'est parler un langage technique tout en restant extérieur à la technique considérée. C'est un point de vue différent de celui du scientifique, de l'ingénieur, de l'économiste ou du politique, bien qu'il leur soit commun. La dernière référence commune à des disciplines fragmentées, des techniques et des métiers spécialisés, des pouvoirs éclatés. Le langage du risque est une tentative pour retrouver l'unité perdue des connaissances. Ce programme est presque une version moderne de l'utopie de l'honnête homme. Le risque est le prétexte qui permet de réaffirmer le lien entre la société et les techniques qu'elle produit.

Témoignent de ce lien, les compilations qui paraissent autour de cette notion de risque. A partir des contributions réunies dans deux compilations récentes : *Readings in Risk et Acting under Uncertainty*, il est possible de tenter de dessiner en creux les contours de la notion de risque.

Premier constat, le risque, c'est de la communication. C'est même l'enjeu principal du risque pour Granger Morgan¹ : « Dès qu'une technique prend une importance sociale ou politique, elle entre dans le champ d'analyse du risque ». L'enjeu est de plier chacune des techniques à une langue commune, celle du risque. C'est une contrainte, mais c'est en même temps, un salut. Pour traverser le corps social, il faut présenter des risques, présenter ses risques. Pour communiquer, rien de mieux, de plus transversal que l'argument du risque. Cette intuition était déjà présente dans les thèses désormais classiques de Mary Douglas². Le risque fait moins référence à des degrés de dangerosité qu'à un système de classement. Pour Mary Douglas, le risque est une méthode pour hiérarchiser des priorités. Ces hiérarchies sont cohérentes, moins par leur justesse technique que parce qu'elles sont nourries de référence culturelles. Thèses reprises et développées par des sociologues comme Denis Duclos³ pour qui le

1. Granger Morgan : *Probing the Question of Technology-Induced Risk*, in *Readings in Risk*.

2. Mary Douglas : *Risk as a Forensic Resource*, in *Daedalus*, 1990. Voir aussi, Steve Rayner : *Risk in a Cultural Perspective*, in *Acting under Uncertainty*.

3. Denis Duclos : *La société de raison et le retour du risque*, in *Conquête de la Sécurité, Gestion des Risques*, L'Harmattan Paris 1991.

véritable risque est de ne pas ouvrir au plus grand nombre les débats sur la sécurité, de maintenir ces débats dans le cercle étroit des spécialistes. Aaron Wildavsky⁴ rappelle que dans les sciences cognitives, le risque est la manière même de raisonner du cerveau : assigner des distributions de probabilités à des éventualités. Le risque est ainsi, successivement, un enjeu, un objet et un moyen de communication.

Second constat, dès que la notion de risque est interrogée un peu en profondeur, elle s'échappe, fuit l'analyse, se transforme en des avatars plus ou moins triviaux. Le risque est comme ces cailloux qui brillent au creux des rivières et deviennent ternes à l'air libre. Isolé, disséqué par l'économiste ou le psychologue, le risque devient fade. Il promet plus qu'il ne tient. On pensait trouver avec lui les ressorts ultimes de la décision rationnelle, on ne fait que mettre en évidence la fragilité des connaissances, l'imprécision des certitudes, l'impulsivité des comportements. Le risque ne vaut que par les mises en relation qu'il permet, les constructions qu'il autorise. Pour Steven Kelman⁵, par exemple, le risque n'est qu'un jeu de langage, une manière habile de déguiser, de travestir l'analyse coût-bénéfices. En fait de risque, c'est la très classique rationalisation des choix budgétaires qui est resservie. Analyse qui bute rapidement sur les paradoxes éthiques de l'utilitarisme. La notion de risque est alors un médiateur, un moyen pour présenter et discuter de certains conflits.

Autre jeu de langage entre décideurs et décidés, la question rituelle : - Le niveau de sécurité est-il suffisant ? - Selon Stephen L. Derby et Ralph L. Keeney⁶, cette question montre que la diminution d'un risque revient en fait à arbitrer entre des risques concurrents. Il ne s'agit pas seulement d'arbitrer entre des alternatives plus ou moins risquées, mais de chercher la situation où le risque est le moins *bruyant*. La notion de seuil de risque acceptable apporte, à la décision, une manière d'être démagogique sans le dire. En ce sens, la mode du risque comme argument de vente et de promotion d'une décision ou d'un programme politique relève de l'hypocrisie ou du cynisme.

Mais, pour que le risque puisse occuper cette position centrale, position qu'occupait la notion de progrès il y a peu, il faut entretenir une illusion, celle de son objectivité. Le risque est-il la bonne mesure ? Force est de constater que les théoriciens du risque lui refuse ce statut.

Il n'existe pas de science du risque. Tout au plus une accumulation de savoirs hérités des différents domaines techniques qui utilisent le risque. Il n'existe, par exemple, aucune mesure du risque qui soit commune à plusieurs disciplines. Cette absence commence avec la confusion qui règne autour des différents emplois du concept de probabilité. Glenn Shafer⁷ rappelle comment la théorie mathématique des probabilités, la théorie la plus stricte, contient déjà trois idées différentes. Il y a celle du long terme, celle de la valeur, et celle des croyances certaines. Chacune de ces idées est un point de départ différent. On peut, par

4. Aaron Wildavsky : *Theories of Risk Perception : Who Fears What and Why ?* in *Daedalus*, 1990.

5. Steven Kelman : *Cost-Benefit Analysis : An Ethical Critique*, in *Readings in Risk*.

6. Stephen L. Derby, Ralph L. Keeney : *Understanding - How Safe is Safe Enough ?* - in *Readings in Risk*.

7. Glenn Shafer : *The Unity of Probability, in Acting under Uncertainty*.

exemple, tirer du long terme l'idée de la loi des grands nombres, laquelle permet d'estimer la valeur des jeux équitables et la certitude des opinions qui se rapportent à ces jeux... Mais, dès l'origine, parler de probabilité signifie trois choses différentes, trois manières d'aborder une même régularité insolite. Si tous les manuels de probabilité commencent par la théorie de la mesure, force est de constater que le risque est meilleur médiateur qu'il n'est instrument de mesure.

Le modèle standard qui permet surtout de comparer des niveaux de risque et de hiérarchiser des situations simples, est inadapté pour décrire les comportements. Les failles du modèle sont connues, presque depuis son origine. Mais, elles sont, en elles-mêmes, intéressantes. Elles ont permis d'ajouter à la théorie une collection de faits, d'anecdotes, de situations paradoxales qui suggèrent la complexité de nos comportements face au risque et dans les situations d'incertitude. En fait, beaucoup de comportements échappent à l'analyse. Comment expliquer, par exemple, qu'une même entreprise protège à l'excès ces stocks en multipliant les dispositifs de sécurité et les couvertures d'assurance et qu'elle prenne, dans le même temps, des positions très risquées sur les marchés financiers ? Des paradoxes de ce type sont légions. Adam Morton⁸ en dresse un catalogue plein d'humour. Lever ces paradoxes suppose de modifier légèrement les règles du modèle standard. Ce qui provoque la naissance de nouveaux mondes, avec des critères de décision spécifiques, des rationalités ad-hoc, un peu comme des géométries non-euclidiennes de la décision. La collection de ces géométries fantastiques vient apporter la preuve que les comportements face au risque relèvent d'arbitrages plus sophistiqués que le simple découpage entre individus hostiles ou amoureux du risque. Il est encore impossible d'enfermer les préférences des individus par rapport à l'incertain dans une règle de choix unique. Aucune règle n'est complète et donc la théorie du risque est incomplète. Précisons qu'elle a pour elle le mérite de la cohérence et une certaine simplicité d'emploi.

William D. Ruckelshaus⁹ adopte une position différente pour illustrer l'absence d'objectivité du risque, celle de l'histoire des idées. Le risque est alors de ces grandes idées qui, périodiquement, embrasent les consciences et modifient les conditions de l'action. L'ère du risque aurait ainsi été marquée, il y a 20 ans par la naissance de l'idée d'environnement. Cette idée d'environnement aurait connu une mutation pour donner aujourd'hui celle d'écologie, de *green minding*. Mais pendant ces vingt années, les préoccupations ont évolué, des phénomènes visibles de pollution : décharges, brouillard, rivières polluées... vers des phénomènes invisibles, des agressions impalpables : la dioxine, la couche d'ozone, des toxiques en quantité infinitésimales, des substances estimées cancérigènes. Des phénomènes où ce qui est mesuré, n'est plus l'ampleur d'une dégradation, mais l'importance d'un risque. Ce changement dans les préoccupations s'accompagne d'un changement dans les politiques et techniques de protection de l'environnement. Du constat et de la mesure de

8. Adam Morton, *Disasters and Dilemmas*, Basil Blackwell Oxford 1991.

9. William D. Ruckelshaus : *Risk, Science and Democracy*, in *Readings in Risk*.

la dégradation, on est passé à des analyses plus subtiles, sur le risque même de pollution d'une activité donnée et sur les risques que peut créer cette pollution... Il y a là encore une illusion du risque : faire croire que les arbitrages sur l'environnement, la sécurité industrielle, les décisions publiques ne sont plus des arbitrages contraints mais sont devenus volontaristes. Que la brutalité de la civilisation technique est tempérée par la subtilité des modèles probabilistes.

Que l'objectivité du risque soit une illusion, les travaux d'Amos Tversky ou de Paul Slovic¹⁰ permettent de le montrer. Les psychologues ont en effet depuis longtemps mis en évidence des biais de présentation. Suivant la présentation qui est faite d'un risque, les réponses et décisions ne seront pas les mêmes. Ainsi le moyen de communiquer le risque affecte la décision. Mais, là encore, il n'existe pas de technique de présentation, de communication des risques qui soit commune à toutes les disciplines. Plusieurs études, comme celle de Thomas S. Wallsten¹¹ montrent que les choix des décideurs sont affectés par le mode de présentation des situations risquées. Fait singulier, introduire des estimations chiffrées des probabilités conduit à pérorer les décisions. Une situation d'incertitude décrite littéralement est susceptible d'une meilleure décision que lorsque des estimations de probabilités du risque sont données. Peut-être parce que sont confondues des notions très différentes, comme la probabilité d'un événement, le degré de confiance dans cette probabilité et la précision *a priori* de cette probabilité. On retrouve là un problème fondamental et traditionnel de l'analyse des risques, celui du statut des probabilités. On sait que cette question fondamentale est à l'origine des probabilités bayésiennes. Plusieurs auteurs reviennent sur cette littérature abondante. Là encore, nous sommes au rouet. Tout le monde est d'accord pour limiter l'emploi des probabilités à des situations où une fréquence est en jeu, où la causalité possède un fondement statistique. Il n'en reste pas moins que ces limitations sont théoriques. Le langage courant a, depuis longtemps - toujours ? - pris l'habitude de désigner par probabilité, ce qui n'est qu'une estimation. Généralisation encore insuffisante puisque beaucoup cherchent à construire des indicateurs sur la qualité de cette estimation.

Cette chaîne infinie de tentatives pour donner à la notion de risques une forme d'objectivité peut être rompue de deux manières. Soit, par l'expérience, c'est l'observation ex-post qui permet aux assureurs de tarifier un risque. Soit, en admettant une plasticité dans la rationalité des comportements, laquelle autorise tout un chacun à prendre des risques sans les voir, à en refuser là où il n'y en a pas ou encore à se comporter en joueur, au voisinage de la certitude. Le risque est donc le domaine de toutes les illusions. Des faux semblants, masques et trucages que permet la notion de risque, on peut relever : l'illusion d'une communication sereine et neutre sur les enjeux techniques qu'il permet pourtant de poser. L'illusion de se substituer avec élégance et brio à la frustrée analyse des contraintes budgétaires. Celle de proposer

10. Amos Tversky, Daniel Kahneman et Paul Slovic : *Judgment under uncertainty, Heuristics and Biases*, Cambridge 1982. Voir aussi : Paul Slovic : *Rating the Risks*, in *Readings in Risk*.

11. Thomas S. Wallsten : *Measuring Vague Uncertainty and their Use in Decision Making*, in *Acting under Uncertainty*.

l'objectivité d'une science, là où n'existe qu'une collection de paradoxes. Celle d'adoucir, par un relativisme sans fin, la brutalité des problèmes soulevés par la technologie. Celle de masquer l'imprécision des concepts qui cherchent à enfermer dans des cadres stricts, le hasard, l'incertain et l'hésitation des comportements.

Pour autant, ces illusions sont indispensables. Elles permettent, par exemple, de réunir dans des préoccupations communes, des acteurs et des rationalités éloignées. Cette science du risque, ce mode de la connaissance est à entretenir, à féconder. Jacques Theys¹², par exemple, souligne ce que l'évaluation des risques apporte comme chance d'évaluation démocratique des politiques de sécurité. Au positivisme crédule, à l'idolâtrie des sciences du risque, s'oppose une chance de moderniser la démocratie et ses prises de décisions. La notion de risque permet de produire un bien des plus précieux : la capacité de pouvoir encore se parler ■

François-Xavier Albouy

1. Weltkongress für Sicherheitswissenschaft, Leben in Sicherheit, Albert Kuhlmann

Verlag TÜV Rheinland, Köln, 1990.

À la fin du mois de septembre de l'année dernière, a eu lieu à Cologne, le premier congrès mondial consacré à la science de la sécurité organisé par l'association TÜV Rheinland. Ce congrès a réuni des experts de la sécurité venant des cinq continents, avec une forte dominante américaine, japonaise et européenne. Les actes de ce congrès paraissent aujourd'hui sous la forme impressionnante de deux gros volumes de huit cents pages.

Tous les aspects de cette science nouvelle, popularisée en France sous le nom de « cyndynique » (cf. Acadi, *La Maîtrise des risques technologiques*, Londez conseil), ont été traités au cours de ce congrès : sa philosophie et ses bases épistémologiques, son programme, ses méthodes et ses grandes formes de problématisation, son cadre juridique ainsi que ses différentes applications, secteur par secteur : énergie (nucléaire, charbon, électricité, gaz), matières (rayonnements radioactifs, matières agricoles et alimentaires, polluants), transport (automobile, aéronautique), travail.

C'est ainsi que les deux volumes des actes de ce premier congrès constituent une première bible de la science de la sécurité où sont décrites l'ensemble des méthodes utilisées dans l'analyse des risques et la formulation de politiques de prévention ■

François Ewald

12. Jacques Theys : Postface à Conquête de la Sécurité, Gestion des Risques, L'Harmattan, Paris 1991.

Les jeux au royaume de France du XIII^{ème} au début du XVI^{ème} siècle

Jean-Michel Mehl

Fayard.

Difficile - très - et périlleux de s'engager pour un itinéraire dans l'histoire des jeux après les travaux de Huizinga (1938) et Caillois (1958-1967) ; l'originalité - et la réussite - de J.M. Mehl est de tenter l'aventure en anthropologue et en historien d'une période et d'une aire géographique et culturelle bien délimitées : - du XIII^{ème} au début de la Renaissance française (où) il n'est aucun type de sources qui ne soit plus ou moins investi par les jeux - ; - Certes, les jeux existaient avant 1200, et ils jouaient des rôles et remplissaient des fonctions sans commune mesure avec leur place réduite dans la documentation écrite qui nous est conservée. Toutefois, cette place est plus soupçonnée que prouvée, ce qui rend à peu près impossible toute histoire des jeux antérieurement à cette date - (p.458). C'est cette attention aux documents qui rend précieux cet essai copieux, version abrégée d'une thèse de 1988, au style alerte, aux notes abondantes et à la très soigneuse - et utilisable ! - bibliographie. Un seul reproche : l'absence d'index des notions.

Précisément, il y a, me semble-t-il, une notion dont l'absence est particulièrement frustrante pour celui qui cherche à analyser dans les jeux, comme l'écrit Mehl lui-même (p. 464) les processus de la **domestication** de l'incertitude (Goody ?), au moment où - il faut noter la concordance entre cette invasion (des jeux de hasard) et la part croissante des risques, calculs et paris qui sont la marque des progrès d'une économie d'échanges, désormais ouverte aux dimensions du monde - : celle de PARI (hormis cette alléchante allusion !).

Ainsi, subsiste de la lecture de ce livre, l'impression que les jeux ne peuvent être que réprimés ou encadrés, impression confirmée par la grille d'organisation des chapitres très clairement - médicales - : anatomie, physiologie et pathologie, diagnostic et thérapeutique... Si telle est la réalité en France, on peut regretter que l'auteur n'ait pas cherché à penser le contraste qui semble ainsi s'établir avec la pratique - constructive - de certains jeux de hasard - sur le plan de l'organisation foncière urbaine et de l'accumulation du capital - modèles de la pratique marchande du risque, comme l'a mis en évidence l'article de Olivieri - Jeux et capitalisme à Venise (1530-1560) - paru en 1982 dans le remarquable ouvrage collectif : - Les jeux à la renaissance - auquel J. M. Mehl avait d'ailleurs contribué. Dans cet article, Olivieri écrit : - Le - jeu - à Venise n'est pas étranger aux mécanismes du pouvoir ; aux formes complexes d'agrégation économique et sociale... Le - jeu - entre dans le coeur de la ville, composante essentielle de sa vie présente et de ses perspectives... Le - jeu - fait partie du - risque - du marché : risques des marchandises, risques des commerces, risques des - jeux -, risques des hasards ou des investissements dans des maisons et des palais... Avec le doge Gritti, le - lotto -, de cette façon, nourrissait un processus pluri-séculaire, se transformant en un des aspects les

plus importants d'un Etat entrepreneur ; il se dessinait, sans perplexité, sous la forme d'un instrument organisé d'accumulation de capitaux. • Bien entendu, le livre de J. M. Mehl s'attache avant tout au - Royaume de France -, mais de nombreuses références sont faites aux aires flamandes et hispaniques... pourquoi avoir fait une telle impasse sur l'aire socio-culturelle italienne ?

Un bon livre, alors ; puisqu'il suscite le manque en donnant les moyens de le localiser ■

Norbert Meunier

L'Ethique des affaires, halte à la dérive

Octave Gélinier

Seuil, 231 p., 130 F.

Invitation à une philosophie du management

Bruno Jarosson

Calmann-Lévy, 225 p., 110 F.

Vers l'entreprise intelligente

Hubert Landier

Calmann-Lévy, 294 p., 148 F.

L'Acteur et le changement, essai sur les réseaux

Claude Neuschwander

Seuil, 244 p., 89 F.

Il n'est pas possible d'assister à l'extraordinaire prolifération des livres consacrés au management sans penser au regard que les historiens porteront sur nous. Nous sommes en train de leur fournir à de multiples exemplaires les archives qui permettront aux Michel Foucault du prochain siècle, ou d'un autre, de décrire la société que nous construisons ou que nous voulons construire. Ce n'est manifestement plus celle des disciplines que celui-ci avait décrites dans *Surveiller et punir* (Gallimard, 1976). Car à travers tous ces livres, tous ces articles, toutes ces pages consacrés à l'organisation et à la gestion de l'entreprise et de l'Etat, à l'éthique qu'elles doivent observer, s'affirme la volonté de sortir du monde de la normalisation et des rationalités cartésiennes qui présidaient. Le pouvoir et ses techniciens changent. D'ailleurs, on ne parle plus de pouvoir, le - management - a pris la place.

Les livres de Octave Gélinier, Bruno Jarosson, Hubert Landier, Claude Neuschwander, n'innovent pas. Aucun ne propose un nouveau modèle de management. Ils s'agit plutôt de synthétiser (Hubert Landier), de dégager la philosophie (Bruno Jarosson), de souligner certains aspects (Claude Neuschwander) de cette philosophie japonaise du management qui tend à devenir notre unique mode de pensée (avant que, bien sûr, nous n'en changions). Peut-être est-on à un moment particulier dans la réflexion sur le management : il ne s'agit plus de dégager des techniques (projet d'entreprises, cercles de qualité) et d'en expliquer le fonctionnement, mais d'en donner la philosophie implicite, philosophie sans laquelle aussi moderne soit-il, le management d g n rera en modes et en recettes qui perdront bientôt leur efficacité.

  la base du nouveau management, il y a une conversion intellectuelle, sinon spirituelle, un changement de paradigme : le passage de la philosophie de la causalité linéaire qui a présidé au taylorisme et à la construction des grandes organisations planificatrices, à une philosophie de la complexité et du système où les causalités sont circulaires et croisées. C'est de ce changement de paradigme que traitent essentiellement les deux livres de Bruno Jarosson et Hubert Landier, non pas de manière abstraite, mais en donnant une série d'exemples de la différence pratique des deux conceptions du monde. Le nouveau manager doit changer de cerveau, de mode, même de perception de la réalité. Car le manager n'a pas tant affaire à des choses qu'à des hommes. Son art doit être de savoir les mobiliser, de savoir en faire non pas tant des exécutants zélés (et du même coup bornés) que des - acteurs - du changement - le mot qui revient constamment sous la plume de Claude Neuschwander. Hubert Landier et Bruno Jarosson montrent sur des exemples concrets comment le changement de paradigme permet de rétablir la communication par modification des termes des problèmes.

Claude Neuschwander prend acte du fait que nous sommes dans une phase de transition. Le monde de l'entreprise, mais aussi l'Etat et les collectivités locales sont désormais divisés : il y a d'un côté l'ancien monde des dirigeants et des hiérarchies rigides, des organigrammes fermés et des planificateurs, et il y a celui des acteurs et de leurs - réseaux -. Pressentant que l'ancien monde n'est pas prêt de disparaître, Claude Neuschwander préconise une stratégie de la - trahison -, de l'insoumission, plus souple, plus adaptée, plus sensible aux changements, mieux informée, celle des - réseaux - : groupe de gens en révolte contre l'institution et qui, dans l'entreprise, comme entre entreprises différentes, à des niveaux différents de la hiérarchie, créent des liens par affinités, plus que par obligations.

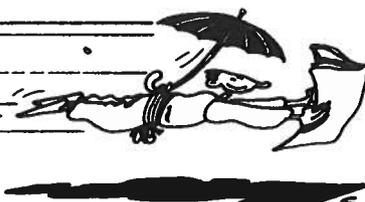
Le livre qu'Octave Gélinier consacre à *L'Ethique des affaires* est le complément naturel des précédents. Le management moderne, qui est un management non pas de la soumission ou de la subordination des hommes mais de leur prise d'autonomie est, de ce fait, même, à base d' thique. Il faut que chacun dans l'entreprise devienne le sujet de sa propre vie et de son

LIVRES

travail. Cela suppose que l'entreprise incarne des valeurs qui puissent être reprises par ceux qui la forment. Mais le constat fait par Octave Gélienier est que trop souvent encore l'entreprise signifie au contraire la seule contrainte des liens de l'argent et la seule valeur de la réussite, quels que soient les moyens. Avertissement salutaire. Sans éthique, les nouvelles techniques du management se condamnent à n'être que la version dernière du cynisme et de la manipulation ■

François Ewald

Pièvres



◆ D'après une étude du **ministère du Travail japonais**, 14,8 % des entreprises de ce pays ont instauré un **système de congé**, le plus souvent **sans solde** destiné aux employés qui peuvent ainsi soigner leurs parents âgés ou malades, sans avoir à démissionner.

◆ Les **prévisions démographiques en vigueur au Japon** ont été établies en 1986, sur la base du recensement d'octobre 1985. D'après ces résultats, la proportion des personnes de plus de 65 ans atteindrait 20 % en 2010 et 23,6 % en 2020. On estimait que le taux de natalité descendrait jusqu'à 1,75 en 1986 et qu'ensuite il atteindrait 1,84 en 1990, 1,95 en 2000 et 2 en 2025. Contrairement aux prévisions, ce taux n'a été que de 1,72 en 1986 et a diminué pour atteindre 1,57 en 1989. Ce qui correspond à un rythme de vieillissement plus rapide de la population.

◆ A notre époque, **ce ne sont plus les changements qui importent mais la variation des changements**. Le taux d'inflation est moins signifiant que la variation de ce taux d'une période à l'autre. L'automobiliste s'intéresse moins à la vitesse (dérivée première), qu'au freinage ou à l'accélération (dérivée seconde). Mais n'est-ce

pas finalement le propre du cerveau humain que de n'appréhender que ce changement, et de ne pas percevoir ce qui est statique ?

◆ Les **cours universitaires** des meilleurs enseignants américains sont désormais disponibles **sur cassette audio et vidéo**. Les professeurs ont été choisis en fonction des résultats exceptionnels obtenus par eux, lors des évaluations de cours effectuées chaque année par les étudiants, sur la plupart des campus. Le cours a été enregistré sans mise en scène. Contrairement aux prévisions de départ, ce sont les enseignements de philosophie, poésie, religion et littérature qui sont les plus demandés. La société qui commercialise ces cassettes envisage d'étendre son audience aux écoles secondaires. Mais le problème est de trouver là aussi les meilleurs enseignants car, dans ce cycle, il n'y a pas d'évaluation.

◆ Parmi les **livres best sellers** actuellement aux Etats-Unis, plusieurs ouvrages ont pour thème l'assurance : **·H· is for Homicide** de Sue Grafton, dans lequel la détective Kinsey Milhone est sur les traces de deux individus qui ont escroqué une société d'assurance ; **The Seventh Commandment** de Lawrence Sanders, où l'ex-

pert d'une compagnie d'assurances se penche sur l'assassinat d'un millionnaire ; Enfin, le héros du dernier roman de Philip Roth, **Patrimony** : a True Story, est son propre père, salarié à la Metropolitan Life à New-York.

◆ Sur les **1 915 plaintes adressées en 1990 au médiateur britannique** de l'assurance, l'immobilier représente 16 % des interventions et l'automobile 18 %. Quant à l'assurance-vie, elle a enregistré 27 % des plaintes contre 9 % il y a cinq ans.

◆ Les **commerciaux d'assurances** aux Etats-Unis ne se contentent plus de proposer, grâce à un micro-ordinateur portable, un diagnostic à leur prospect. Il leur est maintenant possible, non seulement d'imprimer le diagnostic mais également de télécopier le contrat et de négocier une tarification adaptée par téléphone. Tout cela, avec le **Go-on-Bureau**, qui, pour 7 000 \$, regroupe un compatible 386, un télécopieur, un téléphone cellulaire, un mini scanner et une imprimante.

◆ Dernière trouvaille de Sumitomo Life : **placer des contrats d'assurance-vie dans des boîtes**, comme celles des sodas, distribuées automatiquement sur les quais de gare. Nom du produit : La Vie.

INSTITUTE FOR INTERNATIONAL RESEARCH

SERVICE MARKETING
DIVISION ASSURANCE

BP 112

92106 BOULOGNE-BILLANCOURT

TÉL : 46.03.14.96

Oui, je souhaite recevoir,
sans engagement de ma part,
les programmes complets des conférences suivantes :

25/26 SEPTEMBRE 1991 - PARIS

Comment conquérir l'Europe de l'Assurance

26/27 SEPTEMBRE 1991 - PARIS

Optimiser la Gestion de vos Risques
et votre Programme d'Assurance

21/22 OCTOBRE 1991 - PARIS

Contrôle de Gestion dans l'Assurance

9/10 DÉCEMBRE 1991 - PARIS

Retraite et Prévoyance

11/12 DÉCEMBRE 1991 - PARIS

Informatisation des Réseaux de Distribution

NOM..... PRÉNOM

FONCTION..... SOCIÉTÉ..... CODE APE

RUE..... CODE POSTAL

VILLE..... TÉLÉPHONE

The therapeutic risk : François EWALD / Henri

MARGEAT

There is hardly a day that passes without a report of a medical accident appearing in the press. Most of the time these cases concern victims who have managed to have a doctor found guilty before a civil or penal court after many years of legal proceedings. More recently, the press has reported court decisions which show a willingness to reform rules of applicable law in order to give better protection to victims in cases of blood transfusions for example. It is true that at present nobody is happy with the present system for compensating victims of medical accidents. The problem has now been clearly stated. There is a need to have victims of medical errors not only compensated rapidly without having to go through the maze of costly and haphazard legal proceedings but also to ensure that victims of purely medical accidents, the consequences of which can be frightful, are not left to cope with their distress by themselves.

In the past insurance companies considered that this problem was not theirs but now these companies are putting forward proposals for therapeutic risk insurance which would provide a satisfactory solution to this problem at a very modest cost without having to change medical liability rules.

I. The elements of the problem depend on liability law. Victims of therapeutic accidents are only compensated if they can prove that the doctor or hospital that was caring for them committed a fault and it is usually very difficult to prove this fact.

This system, which is unfavourable to victims who must go through the uncertainties of the legal process, does not satisfy the medical profession either fearing as they do jurisprudence which is more and more sensitive to the needs of victims.

Politicians wish to avoid going down the slippery slope of an American type solution which would increase health care costs and prevent doctors from dispensing the most sophisticated and modern medical care out of fear of being sued.

II The various European countries have adopted solutions :

- **In Switzerland and Germany** commissions and expert offices have been set up. These are out of court procedures which objectively determine the most likely cause of the accident thus avoiding legal proceedings and including a negotiated settlement if medical liability is brought into question. These procedures usually satisfy all parties but do not give any help to patients who are not victims of a medical fault.

- **In Sweden**, and lately in **Finland**, patient insurance procedures have been set up guaranteeing patient compensation against the doctor's liability insurance if this patient does not benefit from the most appropriate care in the state of the science at the time of the incident.

- **The European Council** is preparing a draft directive on liability of service providers and this could include health care provision. This draft provides for a mechanism that would turn around the burden of proof in the case of the consumer being injured and would assume that the service provider is guilty until proven innocent.

III In France, since the seventies around 10 bills have been brought before Parliament.

Three main proposals have been formulated :

The first, and oldest, proposal consists of establishing **medical mediators**. This solution which is similar to, and inspired by, the Swiss and German models, is not sufficient in itself to solve the stated problem.

Another solution, endorsed by the National Mediator, proposes a system in which **the burden of proof would be turned around**. This proposal which confines the debate within a legal framework could complicate matters and cause doctor-patient relations which are already quite strained to deteriorate even further.

ABSTRACTS

The latest plans propose an insurance system against **the therapeutic risk** which is defined as - an unforeseeable and unexpected aggravation or complication suffered by the patient related to a therapeutic act -. This risk may be caused either by a therapeutic error or by a patient's unexpected reaction to treatment.

Therapeutic risk insurance may itself be brought about by creating a **guarantee fund**, thus quite a cumbersome solution, that would socialize medicine as recommended in the various bills. It may also appear in the framework of an - **insurance of persons - scheme**. This formula has been tried out by UAP and is the subject of a proposal from APSAD which has been submitted to the authorities for approval. This is the most economic solution, enabling all victims of a therapeutic accident to be insured without having to go through complicated legal proceedings and without having to change the rules of liability law.

Insurance companies growth or profit strategies : Dieter FARNY

The conflict between growth and profit objectives is at the basis of business strategy. In the field of insurance this conflict is hidden by the importance of major objectives. This text offers a simple model placing objectives in a hierarchy and enabling strategy to be planned over the long term. A new interpretation of the insurance cycle is proposed. It shows clearly how objectives which may clash in the short term are in fact in harmony in the long term.

The french life insurance and capitalization market, trends and future outlook : Didier PFEIFFER

Since 1980 life insurance revenue has increased 7 fold. This impressive growth has gone hand in hand with a radical change in life insurance practices. New products have come about, new operators have entered the market. This decade also saw the massive arrival of banks on the scene. This strong growth has been slowing down over the last year. Capitalization products have given way to rival products. On the threshold of this new period which should see the life insurer change his priorities this text goes back over these - golden years - of life insurance and capitalization.

Business universities - A prime area for manager training and development : Alain BERNARD

In an environment that is more and more uncertain, companies themselves are changing. To carry out these transformations they have set up new structures called business universities. These are very closely linked to the notion of training and development. After first defining this notion the business university success criteria are indicated and illustrated in the appendix by the Partnership Charter agreed on between one school, the ESSEC, and a banking institution, the Crédit Lyonnais.

ABSTRACTS

The notion of implication in the law of July 5th 1985 :

André TUNC

After being applied for six years, an evaluation of the results of the Badinter law is broadly positive since it greatly reduced the proportion of victims of bodily damage that were obliged to take their case before the courts to plead their cause. Nonetheless, certain decisions handed down by the Appeal Court concerning the notion of implication risk denaturing this law. To avoid this result and provide an improvement in insurers / victims relations, it is proposed to go further than this law of July 5th 1985.

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

Rédacteur en chef adjoint

Alain Wernet

Secrétaire de rédaction

Brigitte Pruvot

Direction artistique

Catherine Feuillie

Illustration de couverture

Jacques, Juliette Damville.

Conseils

François Bonnet
Jean-Pierre Béal

Correcteurs

Jean Lethel
Nelly Chazelas

Abonnement, vente au numéro

Dominique Nevaire

Numéro de commission

paritaire : 72.325

Dépôt légal : juin 1991

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

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 Prénoms

Institution ou entreprise

Adresse

Code Postal Ville

Pays

	QTÉ	PRIX TTC	TOTAL TTC
--	-----	-------------	--------------

Je désire m'abonner à la Revue Risques

Abonnement annuel (4 numéros/an)
à partir du numéro 500 F

Je désire recevoir

Le N° 1 : Les Horizons du Risque 125 F

Le N° 2 : Les Visages de l'Assuré (1^{re} partie) ... 125 F

Le N° 3 : Les Visages de l'Assuré (2^e partie) ... 125 F

Le N° 4 : La Prévention 125 F

Le N° 5 : Age et assurance 125 F

Le N° 6 : Le Risque Thérapeutique 125 F

- Assurer l'avenir des retraites - (FFSA) 100 F

Total 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



N° 1 - Les horizons du risque

Approches théoriques ● La société assurancielle : François Ewald ● Des grandes peurs fondatrices : Jean Delumeau ● Petit dictionnaire de l'assurance : Denis Kessler ● Psychanalyse du risque : Daniel Sibony ● Loch Ness at Lloyd's : Karl Borch ● Les contrats infinis : Göran Skogh.

Approches professionnelles ● Nouveaux territoires : Jean Peyrelevade ● De la poésie aux sigles : Roger Papaz ● Economie de la réassurance : Joseph Marbacher.

N° 2 - Les visages de l'assuré

(première partie : de l'assuré au client)

Le Client : François-Xavier Albouy, François Ewald.

Le conflit extrême ● La proposition 103 : Claude Bébéar ● La révolution californienne : Stephen D. Sugarman ● Le regard des autres : Barbara D. Stewart, Richard E. Stewart, Richard S. L. Roddis.

Le regard des autres ● Séraphin Lampion : Charles Debernardi ● Assurance, image et fiscalité : Max Boissonnet ● Qu'est-ce qu'un réassuré ? Serge Osouf.

Assurance et consommation ● L'assurance est-elle un service public ? Véronique Neiertz ● Assurance et solidarité : Jean-Michel Rothmann ● Le devoir de conseil : Hubert Groutel ● Quinze images du droit du contrat d'assurance : Yves-Marie Jannel ● A l'écoute des assurés : Pierre Baudez

Tarification et marketing ● La tarification automobile en France : Gilbert Thiry ● Responsabilité civile automobile en Belgique : Michel Beuthe, Vincent Denuit ● Segmentation ou sélection ? Philippe Roche ● L'assuré automobile au Royaume-Uni : Ray Morley.

Attentes du public ● La bancassurance : Edouard Zeltzer ● La gestion de l'image : Philippe Hocq ● L'approche patrimoniale au Japon : Gentaro Kawase ● L'écolo-marketing de l'assurance : Roland Nussbaum, Patrick Picard ● Economie politique : Mark Twain.

N° 3 - Les visages de l'assuré

(deuxième partie : du client à l'individu)

Figure du client • L'assurance au pied de la lettre : Denis Kessler • La sinistrose : Yves Buin • Du rire au drame : Pierre Véron • Le client idéal : Jean-Jacques Donzel.

Théories de l'assurance • Risque et incertitude : Frank H. Knight • Du jeu à l'assurance : Gerd Gigerenzer • La philosophie de l'assurance : Alfred de Courcy.

Segmentation • De la sécurité passive à la sécurité active : Jacques Paitra • Gestion des risques dans l'entreprise : Olivier Muraire • Le conseil patrimonial global : Philippe Journeau • Segmentation et mutualisation : Jean-Charles Rochet • Assurance et santé : Jean-Claude Sailly, Thérèse Lebrun.

Méthodologie • Analyse temporelle des risques : Luc Arrondel • Facteurs de risque vasculaire : du risque à l'individu : P. Molho Sabatier, Gérard Tobelem, Jacques Caen.

N° 4 - La prévention

Assurance et prévention • Prévoyance et prévention : Pierre Florin • Théorie de la prévention : Louis Eeckhoudt • Aversion au risque et prévention : Eric Briys, Harris Schlesinger • Les Cindyniques : Georges-Yves Kervern • Sciences de la sécurité : Albert Kuhlmann.

Evaluation des risques • Méthodologie et sûreté nucléaire : Pierre Tanguy • Evaluation des risques : Alain Villemeur • Splendeurs et misères des lois de valeurs extrêmes : Nicolas Bouleau • Analyse de la fiabilité humaine : Alan D. Swain • Droit et prévention : Martine Rémond-Gouiloud • Normalisation vétérinaire : Henri Belvêze • Entreprises et prévention : Pierre-Marie Ducorps, Christophe Parizot, Françoise Sauvanet • Ingénierie de la prévention : Jean-Louis Chapel • Prévention et marché financier : Jean-Marc Suret, Thierry Pauchant, Marie Desnoyers • Sécurité informatique : Jean-Marc Lamère • Catastrophes naturelles : Renaud Vié le Sage • Sécurité routière : Minoru Kobayashi • Prévention et santé : Guy de Thé • L'évitisme : Roger Price.

N° 5 - Age et assurance

Viellissement • Evolution de la mortalité, hypothèses pour les années futures : Jacques Vallin • Risque démographique et risque économique : Didier Blanchet • Financement des systèmes de retraite et simulations récentes : Régis de Laroullière • Perspectives des régimes de retraite : Stéphane Hamayon • Les fonds de pension en Europe • Allemagne : réunification et systèmes de retraite.

Solidarité entre les âges • Sécurité routière et solidarité entre les âges : Yvon Chich • Va-t-on vers une civilisation de la retraite ? : Didier Pène • Innovation sociale en 1850, la retraite par l'intéressement : Max Boissonnet.

Technique de l'âge • Régimes de retraite et variations des taux d'intérêt : Michel Gendron, Nabil Houry, Marc Veilleux • Passif social des entreprises : Brigitte Brugirard • Vieillissement dans l'entreprise, théorie et modèles : Sylvie Vilter • Héritage et assurance : Pierre Pestieau • Retraite et vieillissement aux USA.

Achévé d'imprimer par Morel et Corduant
11 rue des Bouchers, 59800 Lille
Dépôt légal : Juin 1991 – Imprimé en France – © SCEPRA

Le Risque Thérapeutique

Résumé	7
Le risque thérapeutique	François Ewald Henri Margeat 9
Annexe 1	
Pour une généralisation de l'assurance personnelle des accidents médicaux	Claude Delpoux 35
Annexe 2	
Une évaluation du coût de l'assurance du risque thérapeutique	Henri Margeat 40
Annexe 3	
Le GEMA et l'aléa médical	François du Verdier 42
Annexe 4	
La responsabilité civile professionnelle médicale : une approche statistique	Jacques Pouletty Philippe Sarica 43
Annexe 5	
Loi Finlandaise du 25 juillet 1986	48

Rubriques

Conjoncture

Le marché français de l'assurance-vie et de la capitalisation : évolution et perspectives	Didier Pfeiffer 55
--	--------------------

Economie

Stratégie de croissance ou de profit des compagnies d'assurances	Dieter Farny 65
---	-----------------

Droit

La notion d'implication dans la loi du 5 juillet 1985	André Tunc 77
--	---------------

Ressources humaines

Les universités d'entreprises	Alain Bernard 85 (UAP, AXA)
-------------------------------------	--------------------------------

Chroniques

Finances

Un gisement de productivité à l'actif, la gestion du risque	Xavier de Bayser 97
--	---------------------

International

L'assurance-vie au Royaume-Uni ..	François-Xavier Albouy 101
L'assurance santé aux USA : constat de faillite	François Ewald 107

Livres

• Acting under Uncertainty multidisciplinary concep- tions •, George M. von Furstenberg • • Readings in Risk •, Theodore S. Glickman & Michael Gough • • 1. Weltkongress für Sicherheitswissenschaft, Leben in Sicherheit •, Albert Kuhlmann • • Les jeux au royaume de France du XIII ^{ème} au début du XVI ^{ème} siècle •, Jean-Michel Mehl • • L'Ethique des affaires, halte à la dérive •, Octave Gélénier • • Invitation à une philosophie du management •, Bruno Jarosson • • Vers l'entreprise intelligente •, Hubert Landier • • L'Acteur et le changement, essai sur les réseaux •, Claude Neuschwander. 109
--