

# RISQUES

« VOUS VOULEZ DONC FAIRE BRÛLER TOUTE LA FRANCE ! »  
NAPOLÉON I<sup>er</sup> (à propos de l'assurance)



N°16

FRAUDE  
ou risque moral ?

OCTOBRE-DÉCEMBRE 1993

© SCEPRA - 1993

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

# FRAUDE OU RISQUE MORAL ?

|  |     |
|--|-----|
| Présentation . . . . .   | 6   |
| Analyse économique de la fraude . . . . . Georges Dionne,<br>Anne Gibbens, Pierre Saint-Michel | 9   |
| Cas de fraude ordinaire . . . . . Alfa   | 37  |
| Lutte contre la fraude à l'assurance . . . . . Georges Carrot                                  | 43  |
| Action anti-fraude en assurance vie . . . . . Jean Lanfray                                     | 57  |
| Faut-il pendre les criminels ? . . . . . Pierre Pestieau                                       | 63  |
| Sinistralité de crise . . . . . Christian Strulovici   | 71  |
| Assurances et marché de la protection<br>- anti-malveillance - . . . . . Frédéric Ocqueteau    | 77  |
| L'assurance dans le roman noir . . . . . Robert Beaudoux                                       | 103 |

## Rubriques

### Droit

|  |     |
|--|-----|
| Les projets de réforme de la responsabilité<br>médicale aux États-Unis . . . . . Stephen D. Sugarman | 117 |
|--|-----|

### Économie

|   |     |
|---|-----|
| Risques de marché et assurance . . . . . Jérôme Cazes | 133 |
|---|-----|

### Risk management

|  |     |
|--|-----|
| Approche systématique du risk management<br>dans l'entreprise . . . . . François Settembrino | 145 |
|--|-----|

## Chroniques

### Santé

|   |     |
|---|-----|
| Analyse du plan Clinton . . . . . Patrick Warin | 155 |
|---|-----|

### Retraites

|   |     |
|---|-----|
| Fonds de pension : la loi italienne . . . . . Valérie Leselbaum | 163 |
|---|-----|

### Livres

|   |     |
|---|-----|
| ♦ - <i>Marianne et les lapins, l'obsession démographique</i> -,<br>Michel Lutfalla ♦ - <i>L'Age de la vieillesse</i> -, Florence Legros . . . | 169 |
|---|-----|

## COMITÉ DE RÉDACTION

François-Xavier Albouy  
André Babeau  
Claudie Bernheim  
Pierre Bollon  
François Bourguignon  
Éric Briys  
Claude Delpoux  
Jean-Jacques Duby  
Georges Durry  
François Ewald  
Christian Gollier  
Georges-Yves Kervern  
Denis Kessler  
Michel Lutfalla  
Henri Margeat  
Jacques Mistral  
Jean Pierre Moreau  
Patrick Picard  
Martine Rémond-Gouilloud  
Pierre Rosanvallon  
Pierre Sonigo  
Dominique Steib  
Robert Teyssier  
Patrick Thourot  
Dominique Vastel  
Patrick Warin

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

André Babeau  
Anton Brender  
Éric Briys  
Francis Calcoen  
Thierry Chauveau  
Henri Debruyne  
Georges Dionne  
Georges Durry  
Louis Eeckhoudt  
Denis Kessler  
Marc Lauwers  
Michel Levasseur  
Michel Lutfalla  
Jacques Marseille  
Jean-Claude Milleron  
Pierre Pestieau  
Jacques Plassard  
Georges Plescoff  
André Renaudin  
Jean-Charles Rochet  
Régis de Laroullière  
Harold D. Skipper  
Göran Skogh  
Jean-Marc Suret  
Pierre Tabatoni  
Peter Zweifel



# FRAUDE OU RISQUE MORAL ?

## **Présentation**

**Georges Dionne,  
Anne Gibbens,  
Pierre-Saint-Michel**  
Analyse économique de la fraude

## **Alfa**

Cas de fraude ordinaire

## **Georges Carrot**

Lutte contre la fraude à l'assurance

## **Jean Lanfray**

Action anti-fraude en assurance vie

## **Pierre Pestieau**

Faut-il pendre les criminels ?

## **Christian Strulovici**

Sinistralité de crise

## **Frédéric Ocqueteau**

Assurances et marché de la protection - anti-malveillance -

## **Robert Beaudoux**

L'assurance dans le roman noir

# FRAUDE OU RISQUE MORAL ?

**P** arce qu'elle est bien assurée contre l'incendie et qu'elle éprouve des difficultés économiques passagères, l'entreprise A décide de réduire ses dépenses de prévention des incendies au minimum imposé par la loi. La chance est avec elle, aucun sinistre ne survient avant qu'elle ait retrouvé sa prospérité et rétabli à leur niveau initial ses précautions contre l'incendie. Confrontée à la même situation, l'entreprise B maintient constante sa vigilance contre le feu. Malgré tout, le sinistre survient. Avec la complicité de certains fournisseurs, elle ne résiste pas alors à la tentation de surfacturer le montant du sinistre auprès de son assureur, cherchant ainsi à tempérer la conjoncture économique défavorable à laquelle elle faisait face.

*Qui est innocent, qui est coupable ? Au regard de la loi, l'entreprise B a commis une fraude à l'assurance. L'entreprise A est jugée innocente, bien qu'elle ait objectivement fait courir à la société un risque supplémentaire. Sa moindre prévoyance a fait apparaître un « risque moral » venant s'ajouter au risque physique objectif d'incendie. Le sinistre aurait pu avoir lieu, et pour un montant très supérieur à la surfacturation de l'entreprise B. Même dans ce cas, l'entreprise A était pourtant inattaquable.*

*Bien que centré sur la fraude à l'assurance, le dossier présenté dans ce numéro de Risques porte aussi sur cette zone floue au sein de laquelle il devient de plus en plus difficile de distinguer, du point de vue économique, juridique et sociologique, fraude et risque moral. Les deux entreprises, précédentes exploitent vis-à-vis de leur assureur la même situation d'« information asymétrique » - l'une dissimule son défaut de prévoyance, l'autre maquille le montant des dégâts. Ce faisant, elles augmentent toutes les deux le coût de l'assurance pour la collectivité, augmentation qui s'aggrave en même temps que ce comportement se généralise dans la population des assurés. On estime ainsi à 8 ou à 10 % des primes la surfacturation qui en découle dans le domaine automobile aux États-Unis, à 4 milliards de francs le montant total de la fraude à l'assurance au Royaume-Uni, et peut-être à plus encore en France. Même si ces chiffres sont tous extrêmement imprécis et fondés souvent sur des intuitions plutôt que des faits, ils montrent que le coût de la fraude est substantiel.*

*Quelle est l'importance de ce phénomène, quelles implications sociales peut-il avoir, comment et à quel coût peut-on le contrôler et en amoindrir les conséquences défavorables ? Telles sont les questions auxquelles tentent de répondre les auteurs des articles réunis dans ce dossier.*

*Une théorie économique générale de la fraude est esquissée par Georges Dionne, professeur à l'université de Montréal et cotitulaire de la chaire d'assurance FFSA de l'université de Nanterre, et ses coauteurs, Anne Gibbens et Pierre Saint-Michel. Bien qu'il mette en avant l'analogie théorique évidente entre risque moral et fraude, leur article insiste sur le fait que ces deux phénomènes ne peuvent être contrôlés que par des moyens différents : termes du contrat d'assurance pour le premier, audit aléatoire et pénalisation éventuelle des assurés et autres intervenants pour le second. L'article propose également une méthode de mesure de la fraude à l'assurance qui est appliquée, à titre d'exemple, aux arrêts d'activité dus aux accidents du travail.*

*Les articles suivants adoptent un point de vue plus traditionnel quant à la fraude à l'assurance. Un florilège des archives de l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa) sert à la fois d'illustration et d'introduction à un entretien avec Georges Carrot, directeur de cette agence. Il y insiste sur l'extension qu'a prise la fraude au cours des quinze dernières années et en propose plusieurs explications. Il examine également les mesures mises en place par les assureurs pour freiner cette évolution et en limiter les effets.*

*Jean Lanfray, conseiller à la Scor vie, s'intéresse, quant à lui, au phénomène de la fraude en assurance vie. Il constate que, dans ce domaine également, la fraude tend à se banaliser. Son contrôle est rendu difficile par les exigences du secret médical, mais une étude attentive des dossiers et une politique systématique d'échanges d'informations devraient permettre de ralentir et peut-être d'enrayer le phénomène.*

*La question que pose Pierre Pestieau, professeur à l'université de Liège et enseignant à la chaire d'assurance FFSA de l'université de Nanterre, est provocatrice : « Faut-il pendre les criminels ? » Mais ce qu'il analyse avant tout, c'est la nature des sanctions optimales à adopter dans le domaine strictement économique, lorsque sont pris en compte le comportement des fraudeurs vis-à-vis du risque d'être découvert, le montant de la pénalité encourue et le budget de fonctionnement de l'autorité de contrôle. Il mentionne en particulier divers arguments allant contre une idée commune selon laquelle la politique optimale consiste en des sanctions lourdes et une fréquence de contrôle relativement faible.*

*L'entretien avec Christian Strulovici, directeur technique marchés du Gan, porte sur ce qu'il est convenu d'appeler la « sinistralité de crise ». Ce phénomène correspond en fait à des fluctuations du risque moral et/ou de la fraude liées à la conjoncture économique. En période de récession économique, les assurés ont tendance à diminuer*

## PRÉSENTATION

*volontairement ou involontairement leurs précautions contre d'éventuels accidents, et l'incitation à la fraude à l'assurance, comme à d'autres types de criminalité, devient plus forte. Selon Christian Strulovici, l'ajustement des primes que peut impliquer cette sinistralité particulière ne peut être évité que par une plus grande vigilance de la part des assureurs et une meilleure modulation des primes en fonction des risques réels.*

*Frédéric Ocqueteau, chargé de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales au CNRS, considère un phénomène lié à la fraude, bien que de façon relativement connexe : l'apparition d'un marché de la protection « anti-malveillance ». La police publique étant finalement peu efficace dans les contentieux d'assurances, et la détection des fraudes qu'ils peuvent dissimuler, les assureurs en sont venus à jouer un rôle moteur dans le développement de ce nouveau marché de la prévention et de la sécurité. C'est autour de ce marché que Frédéric Ocqueteau voit se réorganiser nos sociétés assurantielles, et ce sont les caractéristiques de cette réorganisation qu'il met en évidence.*

*Un dossier sur la fraude à l'assurance ne serait pas complet sans que référence soit faite à la place de ce phénomène dans l'imaginaire collectif. Robert Beaudoux, chargé de mission à la Direction de l'architecture et de l'urbanisme (ministère de l'Équipement, des Transports et du Tourisme), collectionneur et grand spécialiste du roman noir, analyse le rôle que joue la fraude à l'assurance dans cette littérature et l'image dont y jouissent les compagnies d'assurances. Le plus frappant est probablement que la distance séparant cet imaginaire des cas de fraude figurant dans les dossiers de l'Alfa n'est pas si grande qu'on pourrait le croire ! ■*

# ANALYSE ECONOMIQUE DE LA FRAUDE

**MOTS CLEFS :** accidents du travail • accidents automobiles • données américaines et canadiennes • incendies criminels • mesure statistique de la fraude • vols d'automobiles •

Dans cet article, nous présentons différentes facettes du problème de la fraude à l'assurance : définition, mesure, causes, remèdes. En particulier, nous insistons sur le rôle des intermédiaires qui interviennent dans les relations assureur-assuré et nous discutons des contrats d'assurance classiques qui ne sont pas toujours conçus pour tenir compte de la fraude à l'assurance. Nous abordons le rôle de la concurrence entre les assureurs comme facteur pouvant être un frein à la lutte contre la fraude. Nous proposons une méthodologie pour mesurer la fraude et nous l'appliquons au marché des accidents du travail. Plusieurs mécanismes correctifs sont explicités.

**F**raude à l'assurance : « Acte volontaire pour profiter d'un contrat. Cet acte suppose la mauvaise foi de l'assuré. Il n'y a pas de fraude si l'assuré a agi par erreur ou dans la croyance légitime qu'il ne commettait aucune irrégularité<sup>1</sup>. » Cette définition est très générale et elle peut introduire une certaine confusion. Par exemple, est-ce que négocier la franchise d'un sinistre avec un garagiste est un acte de fraude ? Ou encore, est-ce que ne pas prévenir son assureur des dernières variations à la baisse de la valeur de ses actifs peut être considéré comme un geste frauduleux ? Doit-on limiter la fraude à l'assurance à la dissimulation de certains biens ou actifs, pour obtenir des primes plus faibles<sup>2</sup>, à des vols, et à des accidents ou incendies montés par les assurés ? Doit-on également considérer toutes les compensations (réclamations) abusives, quelle que soit leur gravité ?

\* Georges Dionne, professeur au département de sciences économiques et chercheur associé au Centre de recherche sur les transports à l'université de Montréal et à la chaire d'assurance FFSA de Paris X-Nanterre Cepremap. Anne Gibbens, étudiante de maîtrise en sciences économiques à l'université de Montréal ; Pierre Saint-Michel, économiste dans l'équipe de l'analyse de la direction de la statistique et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.

Texte présenté à la conférence « La fraude à l'assurance », université de Montréal, 29 février 1992. Les propos tenus au cours de cette conférence sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions et politiques des organismes cités. Nous tenons à remercier le bureau d'assurance du Canada et la fondation Conrad Leblanc pour sa collaboration à différentes étapes du projet.

1. Dans J. L. Fortin, « La problématique du colloque "La Fraude à l'assurance" », université de Montréal, 1992.

2. Ou encore à des inscriptions de biens dits « biens de prévention » qui n'existent pas, comme des alarmes de feu à chaque étage.

Nous n'avons pas de réponses précises à ces questions, mais l'industrie de l'assurance se doit de bien définir ce qu'elle entend par fraude à l'assurance pour pouvoir mesurer son ampleur et entreprendre toute action préventive et corrective d'envergure. Il faut que chaque agent dans le marché ait l'heure juste !

Cette dernière remarque nous permet d'introduire le deuxième sujet de notre intervention. Dans la plupart des textes que nous avons consultés pour préparer cette conférence, nous avons remarqué que très peu d'attention a été apportée au rôle des intermédiaires<sup>3</sup> qui interviennent dans les relations assureur-assuré. D'une façon générale, nous définissons un intermédiaire comme un agent qui donne un service à l'assuré après un accident ou au moment de la maladie<sup>4</sup>. Les garagistes sont de bons exemples. Les dentistes, les médecins et les avocats en sont d'autres. Ces agents peuvent être motivés à offrir des quantités de services supplémentaires à des consommateurs assurés parce qu'ils anticipent que la résistance économique de ceux-ci sera plus faible que celle des consommateurs non assurés. Certains actes frauduleux peuvent être le fruit d'une coalition assuré-intermédiaire. Vous connaissez tous un dentiste qui a pris la peine de vérifier la nature de vos assurances avant de vous offrir un plan de traitement. Ou encore un garagiste qui vous offre un rabais de franchise pour vous attirer. Ces activités ne représentent pas nécessairement de la fraude, mais cela peut donner des idées ! Cette discussion permet de dégager une conclusion souvent négligée : il est très difficile pour l'assuré type de frauder seul un assureur. Le consommateur, le travailleur ou l'accidenté qui veulent obtenir des compensations frauduleuses d'un assureur auront généralement besoin d'un complice. Les intermédiaires jouent un rôle important dans ces activités. Ils sont parfois des leaders : réseaux de vols d'automobiles, réseaux de médecins et d'avocats qui incitent les accidentés à demander des compensations supérieures aux vraies compensations, médecins qui encouragent les accidentés du travail ou d'accidents automobiles à consommer certains services qui peuvent être jugés inutiles (Dionne, 1984). Il est donc important de tenir compte du rôle des intermédiaires lorsque nous réfléchissons aux solutions permettant de réduire la fraude à l'assurance.

Il est très difficile de mesurer statistiquement l'importance de la fraude à l'assurance. Nous avons eu accès à différentes études américaines récentes et nous présenterons leurs principaux résultats dans la partie I de l'exposé. Nous discuterons également, dans cette même section, de certains chiffres que nous avons tirés des rapports annuels du Service anti-crime des assureurs du Canada (Saca).

Après avoir présenté quelques données américaines et canadiennes sur la fraude à l'assurance, nous identifierons, dans la section II, les principales causes de la fraude à l'assurance. En particulier, nous discuterons des contrats d'assu-

3. Comme nous le verrons plus loin, de récentes études américaines indiquent que ces agents jouent un rôle important. Le terme - intermédiaire - est utilisé ici dans son sens anglo-saxon.

4. Cette définition ne comprend pas les intermédiaires financiers.

rance classiques qui, d'une part, ne sont pas écrits pour tenir compte de la fraude à l'assurance et dont certaines clauses, d'autre part, peuvent même inciter les agents à des activités frauduleuses. Nous insisterons également sur le rôle de la concurrence entre les assureurs comme facteur qui peut être un frein à la lutte contre la fraude. La fraude à l'assurance est un problème d'industrie et celle-ci devra prendre des mesures appropriées pour la combattre. Plusieurs mécanismes correctifs seront discutés dans la partie V de l'exposé. La partie III présente une analyse de la fraude à l'assurance. Un cadre théorique pour décrire un type de comportement et une méthodologie pour mesurer les abus ou la fraude y sont développés. Des résultats d'une étude statistique concernant les accidents du travail seront également discutés.

En guise de conclusion, nous présenterons une expérience anti-fraude américaine qui a eu beaucoup de succès : le programme de lutte contre les vols d'autos au Michigan.

## I. DONNÉES RÉCENTES

Le tableau 1 résume les principaux résultats d'une étude sur l'assurance automobile réalisée récemment en Floride. Il s'agit d'un sondage effectué auprès de consommateurs, d'avocats, de responsables des réclamations, de responsables d'enquêtes sur la fraude et de procureurs. Vingt-cinq compagnies ont participé à cette enquête, ce qui représente 65 % du marché de l'assurance automobile privée dans l'État de la Floride. Il est important d'insister sur le fait que les résultats du tableau 1 reflètent l'opinion des individus interviewés et ne peuvent être utilisés directement pour mesurer l'importance réelle de la fraude à l'assurance. Par exemple, les 13 % de réclamations frauduleuses qui apparaissent dans l'enquête sont considérées comme un minimum par plusieurs chercheurs. Une autre étude réalisée dans le Massachusetts mentionne que 31,8 % des réclamations comportent un élément de fraude, ce qui représente 16 % du coût des réclamations. Un sondage de l'Insurance Information Institute auprès des départements des réclamations a obtenu le chiffre de 14 % du total des réclamations comme proportion des réclamations frauduleuses.

Plusieurs conclusions peuvent être tirées de la lecture du tableau 1. 85 % des interviewés sont conscients que la présence de la fraude à l'assurance augmente les primes d'assurance. Cette stratégie à court terme des assureurs est rationnelle si on perçoit que le phénomène est passager et si l'élasticité de la demande d'assurance est faible (c'est-à-dire si, suite à une augmentation de 10 % de la prime, les couvertures demandées baissent de moins de 10 %). Elle est également rationnelle à court terme dans les marchés où l'assurance est obligatoire. Mais, à long terme, des augmentations continues des primes peuvent elles-mêmes inciter certaines formes de fraude qui, à leur tour, augmenteront les primes, qui...

Tableau 1

|   |   |
|---|---|
| <p>Résultats d'une étude récente menée en Floride sur la fraude et l'assurance automobile (les chiffres entre parenthèses sont extraits du rapport de l'Insurance Information Institute<sup>5</sup>).</p> |   |
| Réclamations frauduleuses   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 % du total, soit environ 379 millions de dollars (10 % des réclamations ou 8 % des primes)</li> </ul>   |
| Selon les consommateurs   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 37 % des applications sont frauduleuses</li> <li>- 38 % des factures de réparation sont gonflées avec près de 50 % pour les 18-34 ans</li> <li>- 15 % des accidents sont montés ou combinés</li> <li>- 17 % des rapports d'autos volées sont frauduleux</li> <li>- 37 % des dépenses médicales sont exagérées avec près de 50 % pour les 18-34 ans.</li> </ul>   |
| Perception de la fraude à l'assurance   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 33 % des consommateurs interviewés estiment qu'il est acceptable de falsifier les risques pour obtenir des primes plus faibles</li> <li>- 50 % des consommateurs interviewés pensent qu'il est acceptable de gonfler les factures de réparation pour récupérer les franchises à payer (31 %)</li> <li>- et ce même si 85 % des consommateurs interviewés comprennent que les augmentations des coûts dues à la fraude seront reflétées dans les primes.</li> </ul> |
| Raisons qui motivent ces comportements  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 % pensent que les assureurs ne sont pas honnêtes</li> <li>- 28 % pensent que les assureurs font trop de profits</li> <li>- 24 % des consommateurs pensent qu'ils méritent cet argent</li> <li>- 14 % disent qu'ils ont besoin de cet argent</li> <li>- 6 % pensent qu'ils ne seront pas pris</li> <li>- 2 % disent qu'ils sont pris dans un système de fraude</li> <li>- 3 % disent qu'ils le font parce que les autres le font.</li> </ul>                     |
| Pénalités pour fausses déclarations   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25 % pensent qu'il n'y a pas de pénalités à donner de faux renseignements à l'achat de l'assurance</li> <li>- 50 % comprennent que les réclamations peuvent être des risques annulés ou qu'il peut y avoir une poursuite suite à de fausses déclarations à l'achat de l'assurance.</li> </ul>  |
| Pénalités pour fausses réclamations   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25 % comprennent que les réclamations peuvent être annulées</li> <li>- 43 % comprennent qu'ils peuvent être punis légalement</li> <li>- &lt; 25 % associent des sentences de prison à des réclamations frauduleuses.</li> </ul>  |

5. Mooney, S. F., Salvatore, J. M., - Insurance Fraud Project : Report on Research -, Florida Insurance Center, - Automobile Insurance Fraud Study -, université de Floride, - Insurance Information Institute -, novembre 1990.

Les résultats du tableau 1 mettent en relief l'importance des petits délits commis par beaucoup d'assurés, ce qui peut être coûteux pour l'industrie. Par exemple, certains assurés essaient de récupérer la franchise. Il semble donc évident qu'augmenter les franchises pour récupérer certains coûts a des effets pervers sur la fraude à l'assurance. Mais, encore une fois, est-ce vraiment de la fraude ?

Les individus qui observent que d'autres assurés fraudent sans difficultés ou sans être pénalisés ont tendance à se demander « pourquoi pas eux ? ». Ce raisonnement peut être à l'origine (et l'est effectivement dans certaines régions) d'épidémies de fraude qui peuvent réduire, à long terme, la demande d'assurance volontaire et mettre en question l'existence de certains marchés.

Tableau 2

| Autres données américaines |  |
|----------------------------|--|
| Accidents du travail       | 20 % des réclamations sont exagérées ou frauduleuses et ces réclamations ont contribué à l'augmentation des primes. Mais les importantes variations de primes sont expliquées aussi par l'augmentation des frais médicaux.   |
| Impact important           | 1) Les coûts des primes ont augmenté et ces augmentations ont affecté partiellement les petites entreprises et baissé la compétitivité de certains secteurs industriels.<br>2) Certains employeurs ne déclarent pas tous leurs travailleurs aux assureurs pour réduire leurs primes, ce qui explique que plusieurs travailleurs ne sont pas assurés. Source : <i>New York Times</i> , décembre 1991.   |
| Accidents automobiles      | Dans le Massachusetts, on a modifié le système d'assurance automobile et en particulier on a augmenté le montant minimal des réclamations avec responsabilité de 500 dollars à 2 000 dollars.  |
| Impact du changement       | Ce changement a augmenté considérablement les cas de gonflement des coûts ( <i>build-up</i> ) des petits accidents pour atteindre le montant de 2 000 dollars. La fréquence des réclamations a été modifiée de façon significative :<br>- les diagnostics de maux de dos ont augmenté de 40 %,<br>- les indices de croissance artificielle des coûts ( <i>build-up</i> ) indiquent que 46,8 % des réclamations ont été gonflées artificiellement (en particulier, augmentation des frais médicaux où le nombre de maux de dos a augmenté significativement). Source : Automobile Insurance Bureau of Massachusetts, Boston 1991. |

L'industrie américaine de l'assurance a un problème d'image, et l'impression qu'elle donne de ne pas chercher à lutter contre la fraude n'aide pas à améliorer cette image. Finalement, les règles du jeu ne sont pas bien comprises. La définition de la fraude est vague et les pénalités qui y sont associées ne sont pas très bien perçues.

Le tableau 2 présente d'autres données américaines intéressantes. En particulier, il indique que, suite à des augmentations importantes des primes d'assurance des accidents du travail, plusieurs petits entrepreneurs ont réduit leur demande d'assurance ou ont simplement déclaré moins de travailleurs que le nombre total d'employés de l'entreprise. Plusieurs travailleurs accidentés n'ont donc pas reçu de compensation ! Il s'agit d'un impact important (prévisible) à long terme de la fraude. Mais il est nécessaire de souligner que tous les problèmes du marché des compensations des accidents du travail aux États-Unis ou au Canada ne sont pas expliqués seulement par la fraude à l'assurance. 20 %, cependant, des réclamations semblent être frauduleuses aux États-Unis.

Un autre impact important de la fraude à l'assurance que nous pouvons dégager du tableau 2 concerne l'effet des changements de certains paramètres des contrats d'assurance. Suite à une augmentation du montant minimal de réclamation avec responsabilité pour avoir accès à une compensation pour souffrance et pour perte de jouissance de la vie, les assureurs ont observé un accroissement important des petites réclamations. Les assurés augmentent leurs réclamations pour dépasser la nouvelle limite et ce même si les assureurs ont accru le contrôle des réclamations durant cette période : augmentation des vérifications des dépenses et augmentation des audits médicaux. Mais, selon le document consulté, très peu de pénalités ont été infligées pour des raisons d'intérêts concurrentiels et parce que les assureurs sont réticents à l'idée d'entreprendre des poursuites légales pour des petits montants. Les assureurs ne semblent pas prendre en compte les bénéfices potentiels à long terme qu'engendrerait la lutte contre la fraude. L'aspect prévention est très important pour limiter les coûts. Par contre, la création récente de l'Insurance Fraud Bureau of Massachusetts donne un peu d'espoir à ceux qui veulent changer la situation.

Étudions maintenant quelques données canadiennes. Les données présentées dans le tableau 3 sont extraites des rapports annuels du Service anti-crime des assureurs du Canada (Saca). On remarque que, en 1989, 8 843 incendies criminels et 100 175 vols d'automobiles ont été enregistrés. Le nombre de véhicules non retrouvés s'élève à 26 000. Tous ces vols ne représentent pas de la fraude à l'assurance. Si nous supposons que 20 % des véhicules non retrouvés relèvent de la fraude à l'assurance<sup>6</sup> et que la valeur moyenne des voitures volées est de 10 000 dollars, cela implique un coût de la fraude à l'assurance de 52 millions de dollars dans ce secteur. Si en plus nous considérons qu'environ

6. Ce chiffre a été fourni par la Sûreté du Québec.

Tableau 3

| Service anti-crime des assureurs (Saca)                |  |                          |
|--|--|--------------------------|
|  | 1990   | 1989                     |
| Nombre de fraudes à l'assurance privée                 | 277  | 219                      |
| Nombre présumé de fraudes                              | 1 637  | 1 439                    |
| Nombre total de demandes d'enquête                     | 4 792  | 4 577                    |
| Répartition des causes de fraudes réelles ou présumées | - 20 % incendies<br>- 41 % autres dommages à la propriété<br>- 39 % fraudes d'assurance automobile | non disponible           |
| Économie suite à des enquêtes                          | 25,8 millions de dollars   | 21 millions de dollars   |
| Économie suite à la prévention                         | 3,6 millions de dollars  | 5,2 millions de dollars  |
| Total des économies                                    | 29,4 millions de dollars   | 26,2 millions de dollars |
| Nombre d'incendies au Canada                           | 67 556   | 67 182                   |
| Nombre d'incendies criminels                           | 10 371   | 8 843                    |
| Nombre de vols d'autos au Canada                       | 107 346  | 100 175                  |
| Nombre de véhicules non retrouvés                      | 28 769   | 26 000                   |

50 % (un chiffre conservateur) des incendies criminels constituent de la fraude à l'assurance à un coût moyen de 10 000 dollars, nous obtenons un coût total de 45 millions de dollars pour ce second secteur. Or les enquêtes du Saca durant la même période ont créé des économies de seulement 21 millions de dollars (soit environ deux fois son budget de fonctionnement) pour toutes les activités de fraude qu'elle couvre. De plus, seulement 219 cas de fraude ont été mis au jour

en 1989, alors qu'un nombre présumé de 1 439 fraudes ont été signalées aux assureurs. Ces chiffres semblent indiquer un manque de volonté de l'industrie canadienne à combattre la fraude directement<sup>7</sup>. Cette réalité peut être l'une des causes importantes de la croissance récente de la fraude à l'assurance, du moins de la fraude qui semble de plus en plus perçue et qui a motivé l'organisation de ce colloque.

## II. CAUSES PRINCIPALES DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

Pourquoi ce problème est-il devenu si important ces dernières années ? La principale cause de la fraude à l'assurance est qu'elle est facile à organiser dans plusieurs secteurs d'activités. De plus, les probabilités de se faire prendre sont faibles. Même si nous n'avons que des informations très partielles, nous avons vérifié que les assureurs investissent peu pour combattre la fraude. Par ailleurs, le Saca dispose d'un budget très limité. Les assureurs sont réticents à entreprendre des poursuites légales, car celles-ci sont plus coûteuses que les gains espérés à court terme. Enfin, ces poursuites augmentent les délais de procédures de règlement des sinistres, ce qui risque de nuire à la compagnie d'assurances et d'avantager ses concurrents. Les courtiers d'assurance misent beaucoup sur la rapidité des règlements de sinistres pour maintenir leur service à la clientèle et n'aiment pas que l'on soupçonne trop les clients honnêtes. En d'autres termes, la concurrence limite la lutte à la fraude. Une deuxième cause réside dans le fait que les pénalités sont faibles lorsque les fraudeurs sont jugés coupables. Souvent même, les pénalités ne sont pas infligées, car leur application est trop coûteuse. L'aspect préventif des pénalités anticipées ne peut donc pas affecter les comportements.

Pour beaucoup d'individus, obtenir des rabais de prime au moyen d'une fausse déclaration des risques ou encore négocier le remboursement d'une franchise avec un garagiste est considéré comme une activité justifiée, puisque la seule pénalité anticipée est un réajustement de la prime à son vrai niveau ou un paiement du montant de la franchise. Certains intermédiaires offrent de rembourser la franchise (voire certains courtiers) pour conserver leur clientèle. Mais il y a plus. Suite à l'augmentation récente des coûts due, en partie, à la présence de la fraude, certains assureurs ont augmenté (ou pensent augmenter) les franchises en plus des primes. Cette politique peut donner des résultats contraires à ceux qui sont visés, car elle peut inciter plus d'individus à récupérer ou à négocier leur franchise avec les intermédiaires. Comme nous le verrons plus en détail dans les pages suivantes, les contrats classiques d'assurance ne sont pas conçus pour tenir compte de la fraude à l'assurance. La présence d'une franchise (ou d'autres formes d'assurance partielle) peut être expliquée par des coûts administratifs ou considérée comme un mécanisme incitatif de protection

*7. Une conclusion semblable peut être obtenue pour l'année 1990. Nous remercions le Saca pour sa collaboration dans la préparation du tableau 3.*

des assurés contre les accidents. Mais il n'est pas évident que l'introduction (ou la variation) d'une franchise soit un mécanisme efficace de protection contre la fraude à l'assurance.

Ces éléments d'explication sont d'autant plus vrais que les compagnies d'assurances tant privées que publiques n'ont pas beaucoup innové pour enrayer la fraude. Certains argumenteront peut-être que la fraude devient plus importante à tous les niveaux de la société et que la fraude à l'assurance n'est que le reflet d'autres problèmes de fraude associés aux cartes de crédit, à l'aide sociale, aux impôts et douanes.

Bien sûr, il y a des causes morales, sociales et même économiques à la fraude. Les jeunes ont des difficultés à se frayer un chemin dans la société par les voies normales du travail honnête, les récessions économiques créent beaucoup de chômage, le système judiciaire ne donne plus les mêmes signaux quant aux mesures de correction exemplaires, la lutte contre le vol ou autres délits coûte cher au système judiciaire et les gouvernements ont des déficits importants.

En résumé, si on se restreint à la fraude à l'assurance, sa croissance rapide peut être expliquée par trois facteurs complémentaires qui vont retenir plus notre attention dans l'élaboration des solutions :

- il n'est pas évident (ou il n'a pas été évident pendant plusieurs années) pour les assureurs individuels que la lutte contre la fraude soit rentable. Elle peut certes réduire le coût des réclamations, mais comme tous les assureurs ont les mêmes problèmes, ces coûts peuvent être couverts par des augmentations de prime ;

- la fraude est un problème social qui crée des externalités aux assureurs. La lutte contre la fraude menée par les assureurs crée des bénéfices sociaux que les entreprises individuelles peuvent difficilement internaliser. Par contre, les coûts de la lutte contre la fraude sont privés et souvent élevés (cette réalité peut expliquer pourquoi certains États américains obligent les assureurs à déclarer les réclamations frauduleuses et à collaborer avec l'industrie) ;

- une autre cause de l'évolution récente de la fraude à l'assurance est que celle-ci n'est pas perçue par le public et par les intervenants comme étant une priorité de l'industrie. Il semble que la lutte contre la fraude soit laissée à des initiatives individuelles de certains assureurs qui, pour les raisons énumérées plus haut, ne peuvent pas la combattre comme il se devrait. Cette dernière remarque nous amène à conclure que la fraude à l'assurance doit être considérée comme un problème d'industrie.

Mais, indépendamment des causes, il semble évident que la fraude à l'assurance a augmenté. Malgré ces faits et pour les raisons évoquées plus haut, les assureurs n'ont pas beaucoup réagi à ce phénomène :

- les contrats d'assurance sont demeurés les mêmes ;
- les enquêtes pré-contrat sur la nature des risques et sur celle des clients n'ont pas évolué de façon significative ;

– les enquêtes post-accident menées par les assureurs individuels n'ont pas vraiment progressé de façon importante.

Prenons le temps d'examiner de plus près ces critiques. La nature des principaux contrats d'assurance se résume dans bien des cas à rembourser la - valeur à neuf - ou de - remplacement - qui dépasse une certaine franchise pour les vols et les incendies, et à rembourser les coûts des réparations qui dépassent une franchise pour les dommages matériels des voitures accidentées. Dans le cas des indemnités de remplacement du revenu versées en cas d'accidents automobiles ou d'accidents du travail, 90 % du revenu net est remboursé au client jusqu'à une certaine limite, puis le taux réel décroît. Pour l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation, les Québécois reçoivent une pleine compensation.

Ces différents contrats ont été élaborés sans tenir compte de la fraude. Ils sont plutôt associés à d'autres formes de risque moral, celles que l'on qualifie de risque moral *ex-ante*, c'est-à-dire associées aux actions de prévention des individus réalisées avant l'accident. Ces formes de tarification sont également justifiées par l'antisélection et par les coûts de transaction.

Deux types de comportement doivent être considérés lorsque nous analysons les formes des contrats d'assurance. Le premier concerne la protection des assurés et des assureurs contre des offres de services frauduleux provenant d'intermédiaires (visites supplémentaires à un médecin, réparation inutile d'une voiture...). Souvent les assurés ne sont pas incités à s'opposer à ces activités. Ils se laissent facilement influencer ou convaincre. A Los Angeles, on a même mis au jour un réseau de médecins et d'avocats qui donnaient des primes (200 dollars) à des - chasseurs de primes - pour leur trouver des clients qui voulaient devenir des accidentés du travail. Sans coalition assuré-intermédiaire, la présence d'une franchise ou d'un taux de couverture partielle peut limiter l'offre de services frauduleux mais d'une façon très partielle. Par contre, la présence d'assurance incite beaucoup les intermédiaires à offrir de tels services, car ils savent que les assurés ne paient qu'une portion du prix total (Dionne, 1984). L'expérience du marché de l'assurance automobile montre bien que l'audit est un outil plus efficace que les couvertures d'assurance partielles pour réduire la fraude à l'assurance. De plus, réduire les couvertures d'assurance des assurés est généralement peu efficace, car ceux-ci ne sont pas toujours suffisamment experts pour évaluer les services offerts. Finalement, l'assurance partielle pénalise inutilement les assurés qui ne sont pas responsables de cette forme de fraude.

Le second type de comportement est celui de l'assuré qui incite à la fraude et/ou accepte d'y participer volontairement. Ici, l'assurance partielle n'est d'aucune utilité et nuit à tous les assurés non fraudeurs.

Finalement, depuis quelques années, la fraude à l'assurance est devenue une affaire de spécialistes. Nous avons vu qu'il existait des réseaux d'avocats et de médecins américains qui incitaient les assurés à gonfler leurs factures. Au

Québec, nous sommes plus concernés par des réseaux de vols d'automobiles. Certains avancent qu'il existe également des spécialistes pour les incendies criminels de maisons et d'édifices commerciaux. Chose certaine, la technologie des voleurs professionnels s'est beaucoup développée ces dernières années, et cette technologie peut servir ceux qui veulent frauder l'assurance comme ceux qui veulent simplement obtenir des bénéfices par le vol. Pour combattre cette forme de fraude, une stratégie commune consommateurs-industrie-policiers-système judiciaire-législateur doit être développée le plus rapidement possible.

### III. ANALYSE DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

#### 1. La fraude, une décision rationnelle ?

Pour les économistes, les activités de fraude sont considérées au même titre que les activités de production ou de consommation. Le choix optimal de celles-ci est déterminé au point où le revenu marginal de frauder est égal à son coût marginal. Pour beaucoup d'individus, cette quantité optimale ne sera jamais positive (ont des principes ou estiment que les coûts sont très élevés), pour d'autres, il ne faut jamais dire jamais (attendent les opportunités) et, enfin, pour un troisième groupe, la quantité optimale varie selon différents paramètres.

Par définition, la fraude est due à un manque d'information entre les différents intervenants dans le système économique. Elle s'explique aussi par les inégalités sociales (Robin des bois), par le goût de l'aventure (dame fortunée de Westmount qui décide de voler un chapeau chez Eaton)... et par la fraude elle-même (réseaux de trafiquants de drogue qui utilisent des voitures ou des bateaux volés).

La fraude à l'assurance est non seulement un problème d'information assureur-assuré, mais également un problème d'information assureur-intermédiaire, l'intermédiaire étant l'agent qui donne un service à l'assuré lorsque l'accident s'est produit. Georges Dionne (1984) a étudié en détail ce problème. Dans son article, la fraude est définie comme étant l'offre de services inutiles par un spécialiste à un consommateur mal informé. Il y démontre que les variations de certains paramètres des contrats d'assurance affectent ces activités d'offre de services inutiles, car elles réduisent, pour un niveau d'information donné, la résistance économique des consommateurs. Certains vont plus loin et parlent de coalition consommateurs-intermédiaires ; d'autres parlent même de coalition intermédiaires-inspecteurs d'assurance. Souvent, ces activités de fraude sont dues à un manque de contrôle de la part des assureurs. De plus en plus, on essaie de les réduire en désignant des intermédiaires pour offrir les services ou en intensifiant les activités d'audit. Les intermédiaires peuvent même devenir des alliés anti-fraude, si on leur garantit un certain niveau d'activité économique.

Il est très difficile pour le consommateur moyen d'enclencher des activités de

fraude à l'assurance. Il doit en effet généralement convaincre d'autres agents économiques pour obtenir leur collaboration. Nous pensons ici à toutes les activités de surconsommation ou de non-paiement de la franchise. Sans la collaboration des intermédiaires, le niveau de ces activités serait très faible. Il existe bien sûr des exceptions dans le domaine médical, où il est très difficile pour l'agent intermédiaire de vérifier toutes les sources de douleurs, en particulier celles de maux de dos ou dues au stress et à une fatigue généralisée.

Prenons l'exemple d'un travailleur qui a subi un accident et veut prolonger son congé de maladie d'un nombre de jours avec compensation (N) supérieur à celui qui lui serait accordé s'il n'y avait pas de problème d'information dans le marché (L). Le bénéfice de cette consommation supérieure sera égal à :

–  $\alpha w(N)$ , si le travailleur ne se fait pas prendre (où  $\alpha$  est le taux de couverture d'assurance et  $w$  son taux de salaire) ;

– 0 autrement (il pourrait être négatif si des pénalités étaient imposées à ce genre d'activités, comme perdre les indemnités déjà accumulées ( $-\alpha wL$ )).

Autrement, le seul coût pertinent est celui du furetage ( $c$ ) ou de la recherche d'un médecin qui acceptera de convaincre l'assureur que le travailleur a besoin de jours de compensation supplémentaires. Ce qui revient à dire que son espérance de revenu net est égale à :

$$p(.) (\alpha w N) + [1 - p(.)] (\alpha w L) - c(NL) ;$$

où

$w$  est le taux de salaire,

$\alpha$  est la couverture d'assurance,

$N$  est le nombre de jours de compensation visé par le travailleur qui veut frauder,

$L$  est le nombre de jours de compensation sans activités d'abus ou sans fraude,

$p(.)$  est la probabilité de succès,

$c(.)$  est le coût de trouver et de convaincre un médecin qui veut collaborer.

On peut démontrer que la générosité des couvertures d'assurance augmente le bénéfice marginal de ce genre d'activité. En d'autres termes, la variation d'un paramètre du contrat d'assurance incite les assurés à augmenter les consommations dites « frauduleuses » ou « non nécessaires ». Par exemple, augmenter  $\alpha$  augmente (NL).

Il est important de souligner ici que la réduction du paramètre d'assurance n'est pas nécessairement une bonne solution pour réduire la fraude, car elle pénalise tous les assurés. En fait, c'est l'audit des dossiers assorti de pénalités appropriées qui devrait être la solution optimale à ce genre de problème. Mais l'audit coûte cher ; il faut donc l'orienter, c'est-à-dire trouver des caractéristiques ou des facteurs statistiquement significatifs qui permettent d'identifier les zones prioritaires. Cette approche est actuellement étudiée pour réduire les coûts des dommages corporels associés aux accidents automobiles aux États-Unis. Mais nous y avons aussi contribué pour les accidents du travail ; nous

présentons certains résultats ci-après (voir également Dionne et Saint-Michel, 1991).

On peut aussi faire appel à l'audit stochastique ou aléatoire qui a comme caractéristique de réduire les coûts d'audit. Mais, pour conserver les mêmes incitations que l'audit déterministe, il est nécessaire d'introduire des pénalités beaucoup plus élevées. Cette approche fait l'objet d'études théoriques dans le domaine de la fraude fiscale et est actuellement expérimentée par les douanes canadiennes qui offrent aux individus la possibilité d'utiliser une file d'attente plus rapide après avoir signé une déclaration décrivant les objets importés. Ceux qui choisissent d'utiliser cette file savent que leur déclaration signée peut être vérifiée aléatoirement et que des pénalités plus lourdes leur seront imposées si leur déclaration contient de fausses informations.

Les incendies criminels et les vols d'automobiles sont d'autres activités de fraude à l'assurance qui impliquent des calculs *ex ante* de coûts et de bénéfices. Il est difficile de proposer un modèle exhaustif des motivations des fraudeurs à l'incendie criminel. Mais si on exclut les motivations de meurtre ou de suicide, de vengeance et autres motivations à caractère non nécessairement monétaire, il semble évident qu'un individu rationnel ne va procéder à un tel acte que si l'espérance des bénéfices est supérieure aux coûts. L'espérance nette peut être représentée par la formule suivante :

$$p(.) (RA - VM) - [1 - p(.)] (VJP + VM)$$

ou encore

$$p(.) RA - [1 - p(.)] VJP - VM$$

où  $[1 - p(.)]$  est la probabilité d'avoir un incendie réussi mais détecté,  
 $p(.)$  est la probabilité de succès d'avoir un incendie réussi et non détecté,  
 RA est le remboursement de l'assurance spécifié dans le contrat,  
 VM est la valeur de marché de l'immeuble,  
 VJP est la valeur économique du nombre de jours en prison.

On remarque que le remboursement de l'assurance doit être supérieur à la valeur de marché de l'immeuble pour inciter le propriétaire à mettre le feu volontairement. Cette formule simple peut s'appliquer également aux vols d'autos avec fraude à l'assurance avec comme différence d'avoir un signe plus dans la première partie de l'équation et un signe moins dans la seconde, ce qui revient à :

$$\begin{aligned} p(.) (RA + VM) - [1 - p(.)] (VJP - VM) \\ = p(.) RA + VM - [1 - p(.)] VJP \end{aligned}$$

Revenons aux incendies criminels. Il est important de rappeler que tous les incendies criminels ne sont pas des fraudes à l'assurance. Seuls ceux ayant des gains économiques nets espérés *ex ante* peuvent l'être.

Le second aspect important à relever est que, pour motiver les individus à s'y résigner, on doit :

- soit avoir un écart  $p(\cdot)$  (RA - VM) élevé ;
- soit avoir une valeur  $[1 - p(\cdot)]$  VJP faible.

Dans le premier cas, l'écart augmente avec  $p(\cdot)$  et RA, mais décroît avec VM, ce qui indique bien qu'il est important pour les assureurs de bien calculer l'écart (RA - VM) et d'avoir des activités d'enquête efficaces  $p(\cdot)$  faible. La somme des deux termes montre bien également que la situation financière des individus compte dans leurs décisions.

Ici, l'audit aléatoire n'a pas beaucoup de place. Ce sont surtout les enquêtes post-accident (audit détaillé des cas suspects) et leur efficacité qui comptent. Les préventions de récidive sont également pertinentes, d'où l'importance d'avoir des données informatisées sur tous les cas concernant l'industrie, quelle que soit leur gravité.

## 2. Cadre théorique d'analyse

D'une façon générale, nous pouvons représenter l'espérance mathématique de perte d'un assuré (ou son risque actuariel) qui a choisi le niveau de franchise  $d$  ( $d > 0$ ) et le niveau de couverture  $\alpha$  ( $0 \leq \alpha \leq 1$ ) de la façon suivante :

$$\text{Risque} = p \int_d^m \alpha (x - d) f(x) dx$$

où  $p$  est la probabilité d'avoir un accident durant une période donnée,  
 $x$  est une variable continue représentant des montants de perte ou de réclamation,

$m$  est le montant maximal de perte admissible dans le contrat,

$f(x)$  est une fonction de densité quelconque.

Lorsque  $\alpha = 0$ , il n'y a pas d'assurance. Lorsque  $\alpha = 1$ , nous avons une pleine couverture d'assurance pour tous les montants de pertes supérieurs au montant de la franchise  $d$  et inférieurs à la couverture maximale  $m$ . C'est le contrat type de l'assurance automobile pour dommages matériels, par exemple, et pour l'assurance contre les vols. Pour les dommages corporels, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail paient un  $\alpha = 0,90$  des pertes de revenus positives ( $d = 0$ ), mais inférieures à une certaine limite ( $m$ ). Ceux qui ont un revenu supérieur à cette limite ont une couverture inférieure à 90 % du revenu net perdu. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) paie un  $\alpha = 1$  ( $d = 0$ ), quel que soit  $x > 0$ , et quel que soit le revenu.

Le problème du risque moral *ex ante* est dû au fait que les individus peuvent affecter  $p$  et  $f(\cdot)$  par leurs activités de prévention contre les accidents. Comme ces activités ne sont pas observables par les assureurs, on doit introduire des

mécanismes qui maintiennent une certaine exposition au risque pour les assurés.  $d > 0, m < +\infty, \alpha < 1$  font partie de cette famille. Une certaine exposition au risque des assurés les incite à se protéger contre les vols, les incendies ou autres accidents. Des rabais de primes sont souvent offerts aux assurés qui exécutent certaines activités de prévention. La tarification de l'assurance selon l'expérience passée est un autre mécanisme incitatif.

Mais  $p, f(.)$  et  $m$  sont également fonctions d'autres caractéristiques individuelles non observables *ex ante*. Généralement, on demande aux individus de les révéler à la signature du contrat. Ici, les individus peuvent tricher ; cette forme de fraude est souvent rapportée par les assureurs. L'objectif est de réduire les primes ou même d'assurer des biens non existants. Cette forme de fraude peut être réduite de façon importante par l'utilisation de mécanismes efficaces, dont le recours à des pénalités. A notre avis, ces mécanismes ne sont pas utilisés de façon systématique par l'industrie. Dans la plupart des cas, on se limite à réajuster la prime d'assurance lorsqu'on découvre qu'il y a fausse déclaration. Les coûts nets anticipés de la fraude sont nuls pour les fraudeurs, ce qui implique que celle-ci est nécessairement élevée, particulièrement dans les secteurs (ou territoires) caractérisés par des primes d'assurance élevées. Les assureurs ont intérêt à être plus attentifs aux recherches dans ce domaine. Certaines solutions peuvent être appliquées à peu de frais.

D'autres cas de fraude sont plus problématiques, car les preuves ou les vérifications doivent être réalisées après l'accident. Le cas le plus courant consiste à créer l'événement accident, c'est-à-dire à fixer  $p = 1$  (incendies volontaires, vols d'autos simulés, accidents d'autos montés). On peut également fixer le montant de perte voulu ou encore exagérer les réclamations. C'est à cette dernière activité que nous consacrons les sections suivantes.

### **3. Méthodologie pour mesurer le risque moral (ex post) ou la fraude à l'assurance**

Dans les pages qui suivent, nous résumons la méthodologie proposée par deux des auteurs de cet article (en collaboration avec C. Vanasse, de l'université de Montréal) pour mesurer les abus ou l'effet du risque moral sur le nombre de journées de compensation des accidents du travail [Dionne et Saint-Michel (1991)<sup>8</sup>]. Nous définissons comme consommation abusive toute consommation de journées de compensation non nécessaire pour recouvrer la santé. Nous supposons que c'est le travailleur accidenté qui est à l'origine de cette activité de surconsommation<sup>9</sup>. Il possède en effet plus d'informations sur son état de santé réel que tout autre intervenant dans l'affaire. En d'autres termes, nous supposons que les médecins jouent un rôle passif, soit parce qu'ils ne peuvent pas

8. Dans cette section, nous utilisons l'appellation *risque moral (ex post)* pour désigner la surconsommation, l'abus et la fraude.

9. Cette hypothèse n'est pas nécessaire pour appliquer le modèle.

vérifier la présence ou non d'une douleur ou d'un symptôme, soit parce qu'ils ne sont pas incités économiquement à contrôler les abus. La méthodologie présentée dans cette section peut être adaptée et étendue à d'autres cas d'abus ou de risque moral dans l'industrie de l'assurance.

Le modèle développé sert à vérifier si certains paramètres du contrat d'assurance peuvent inciter les travailleurs à augmenter leur nombre de jours de compensation. Ce modèle ne permet pas la détection directe des individus qui abusent du système, mais ses résultats peuvent être utilisés pour mener des politiques de détection du risque moral (*ex post*). Nous reviendrons sur cet aspect à la fin de cette section.

Mais il faut être prudent. Toute augmentation du nombre de journées de compensation d'accidents du travail n'est pas nécessairement abusive. Le défi des chercheurs est de séparer la variation de la consommation totale du nombre de jours de compensation en deux parties : 1) variation non abusive, et 2) variation abusive (risque moral). La méthodologie qui suit permet de séparer les deux variations.

Afin d'être en mesure d'isoler les comportements dus à l'asymétrie d'information entre la Commission de la santé et de la sécurité du travail et les travailleurs accidentés concernant l'état de santé de ces derniers, nous avons regroupé les diagnostics en six catégories importantes : fracture, entorse dorsale, amputation sans incapacité partielle permanente (IPP), lombalgie, contusion et brûlure par friction.

Nous pouvons distinguer deux groupes de lésions selon le degré de gravité et leur nature, à savoir :

- les lésions dont la gravité est majeure (MA) : fracture et entorse dorsale ;
- celles dont la gravité est mineure (MI) : amputation sans IPP, lombalgie, contusion et brûlure par friction.

Au chapitre de la difficulté diagnostique, notre classement des natures de lésion respecte l'information présentée dans la littérature médicale traitant de cet aspect. Dans le classement exposé ci-après, les natures de lésion sont associées respectivement aux cas les plus difficiles à diagnostiquer ( $j = 2$ ) et aux cas plus faciles à diagnostiquer ( $j = 1$ ) :

- contusion, amputation sans IPP, fracture et brûlure par friction ( $j = 1$ ) ;
- entorse dorsale et lombalgie ( $j = 2$ ).

Nous pouvons donc regrouper chacune des natures de lésion selon les facteurs gravité et diagnostic. Ce regroupement est exposé dans le tableau 4.

Il faut rappeler à ce stade-ci que les catégories Lombalgie et Entorse dorsale comprennent des diagnostics associés au dos et d'autres qui ne le sont pas. Lors de l'étude empirique des effets de l'asymétrie d'information, nous tiendrons compte de cette distinction en croisant ces deux natures de lésion avec la localisation associée à ladite lésion (tête, membres inférieurs, dos...). Cette

Tableau 4

| Regroupement des natures des lésions professionnelles<br>suivant leur degré de gravité et la difficulté diagnostique relative |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| Gravité (relative)<br>de la blessure  | Difficulté diagnostique (relative)                            |                                 |
|   | Diagnostic facile<br>(j = 1)                                  | Diagnostic difficile<br>(j = 2) |
| Blessures mineures (mi)   | Contusion, amputation<br>sans IPP, et brûlure<br>par friction | Lombalgie                       |
| Blessures majeures (ma)   | Fracture  | Entorse dorsale                 |

classification permettra de circonscrire explicitement les cas de maux de dos ou d'affections vertébrales, et donc d'en faire une analyse adéquate.

Nous avons décidé de porter une attention particulière aux cas de maux de dos, puisqu'ils sont identifiés dans la littérature médicale comme étant difficiles à diagnostiquer. Spitzer *et al.* (1987) ont rédigé un rapport faisant état de ce problème médical. Ils expliquent ce dernier problème par :

- la difficulté d'identifier la source précise de la douleur ;
- l'absence de modification tissulaire que l'on peut observer par des moyens connus à ce jour ;
- le fait que des prélèvements tissulaires ne sont pas effectués en raison de la bénignité habituelle du cas rencontré.

Les auteurs soutiennent par ailleurs que cette difficulté diagnostique résulte du manque actuel d'uniformité dans la classification diagnostique des affections vertébrales. Afin de pallier cette carence, ils ont développé une classification fondée sur des critères simples et appropriés à la problématique de la santé au travail.

L'approche fondée sur la prise en compte des incitatifs monétaires et du type de lésions professionnelles subies se révèle la pierre angulaire de la méthodologie visant à identifier le phénomène d'accroissement de la consommation (ou de la prolongation des durées d'absence du travail) lorsque l'assureur éprouve un problème d'information coûteux à contourner, en l'occurrence la vérification exacte de l'état de santé du travailleur accidenté.

Beaucoup de chercheurs ont analysé et mesuré les effets d'un changement du taux de compensation salariale des absences au travail sur le taux d'incidence des lésions professionnelles ou sur la durée d'indemnisation [voir l'étude récente de Moore et Viscusi (1992) et la revue de la littérature de Lanoie (*Canadian Public Policy*, mars 1992)]. Toutefois, peu de chercheurs ont analysé les effets du coût d'information (ou de vérification) supporté par l'assureur sur les durées d'absence du travail. Staten et Umbeck (1982) furent les premiers chercheurs à se pencher sur ce problème d'estimation. Toutefois, leur analyse

ne portait que sur un seul type de lésions professionnelles, à savoir la fatigue professionnelle subie par les contrôleurs aériens américains.

Nous noterons finalement que, dans la présente analyse, nous utiliserons un groupement de lésions professionnelles représentant près de 85 % du total des lésions professionnelles qui surviennent annuellement au Québec.

#### **IV. RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE STATISTIQUE**

##### **1. Population de base et échantillonnage**

La population de base est constituée par tous les travailleurs québécois ayant subi au moins un accident du travail en 1987 (plus précisément un accident entraînant l'ouverture d'un dossier) et duquel a résulté une journée ou plus d'absence au travail. Cette population concerne approximativement 210 000 dossiers administratifs et exclut les cas de décès, de maladies professionnelles et de retraits préventifs.

Les tests statistiques préliminaires ont indiqué qu'un échantillon adéquat devait comporter environ 1 500 accidents. Procéder à la construction d'un échantillon découle essentiellement d'un argument d'ordre budgétaire. En effet, l'encodage correctif de l'information des fichiers informatiques ainsi que la cueillette d'informations complémentaires auprès des accidentés sont des opérations coûteuses qui commandent de procéder à l'analyse d'un échantillon et non de tous les individus accidentés. Il faut toutefois noter qu'un échantillon construit correctement n'introduit pas de biais statistiques importants et permet, sans faire preuve de témérité, d'élargir les résultats obtenus à l'ensemble de la population.

La réalisation d'un sondage en 1988-1989 a justifié le fait que la période d'étude devait se cantonner à l'année d'accidents 1987 ; d'une part, parce que nous voulions limiter le problème lié à un changement éventuel de domicile des accidentés (changement possiblement non indiqué dans les fichiers) et, d'autre part, parce que l'information relative au contexte de l'accident devait être encore présente dans l'esprit de l'accidenté au moment de l'enquête.

##### **2. Données des fichiers informatiques et des dossiers physiques**

La construction des données du projet est fondée sur les fichiers informatiques de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec ainsi que sur l'information des dossiers physiques des accidentés du travail ayant participé au sondage téléphonique.

Mentionnons, à titre d'exemple, que les variables suivantes ont été extraites

ou construites à partir des fichiers informatiques, et ce pour chaque dossier de l'échantillon :

- date de l'événement (à partir de laquelle sont déduits les jour et trimestre de l'événement) ;
- date du dernier événement ;
- région du domicile de l'accidenté ;
- secteur prioritaire associé au sous-dossier financier ;
- siège de la lésion (tête, dos...) ;
- état civil, nombre de dépendants, sexe, âge (à l'accident) et profession de l'accidenté ;
- revenu net retenu non tronqué par la prise en compte du maximum annuel assurable ;
- montant de l'indemnité de remplacement de revenu et nombre de jours d'indemnisation.

En consultant les 1 500 dossiers sélectionnés, nous avons pu en extraire les données suivantes :

- siège et lésion (tête, dos...), nature de la lésion (diagnostic médical)<sup>10</sup> (fracture, brûlure...) et agent causal de la lésion (échelles, liquides...) ;
- genre d'accident (frappé par, heurté...) ;
- métier ou profession ;
- statut du travailleur (permanent, occasionnel...) ;
- temps partiel ou complet ;
- nombre d'années et de mois d'ancienneté ;
- salaire brut ;
- type de salaire (par heure, par jour...) ;
- nombre de dépendants et statut marital ;
- salaire retenu pour l'indemnisation relative aux 14 premiers jours ;
- type de salaire retenu (par heure, par jour...) ;
- nombre de jours payés.

### 3. Données de sondage

Afin d'accroître notre niveau de connaissance des différents facteurs explicatifs liés à chacun des agents impliqués dans un dossier, à savoir l'accidenté, son employeur et son médecin traitant, un sondage téléphonique a été mené auprès des 1 500 accidentés du travail de l'échantillon décrit plus haut. Le sondage, effectué durant les mois de décembre 1988 et janvier 1989, a permis de recueillir des informations complétant celles des fichiers informatiques et des dossiers physiques de la Commission.

10. Nous avons procédé à une validation inter-code du siège et de la nature de la lésion professionnelle. Les codes issus du dossier physique ont été comparés à ceux qui proviennent des fichiers informatiques. Par ailleurs, avec la collaboration de la Direction des services médicaux de la CSST, nous avons validé les diagnostics médicaux relatifs aux maux de dos.

Tableau 5

| Durée moyenne d'absence du travail<br>(nombre de jours)      |                                      |                               |                               |                      |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Type de blessure   | Tous les<br>employés<br>blessés<br>1 | Avec profil<br>assurance<br>2 | Sans profil<br>assurance<br>3 | Diff.<br><br>(2-3)/3 |
| Contusions...  | 14                                   | 15                            | 13                            | + 15 %               |
| Lombalgies (dos)   | 25                                   | 31                            | 12                            | + 158 %*             |
| Lombalgies (non dos)   | 15                                   | 17                            | 13                            | + 31 %               |
| Fractures  | 80                                   | 82                            | 75                            | + 9 %                |
| Entorses dorsales (dos)                                      | 43                                   | 50                            | 30                            | + 67 %*              |
| Entorses dorsales<br>(non dos)                               | 19                                   | 19                            | 19                            | 0 %                  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>26</b>                            | <b>30</b>                     | <b>21</b>                     | <b>+ 43 %</b>        |
| * Statistiquement significatif dans l'analyse économétrique. |                                      |                               |                               |                      |

Le tableau 5 indique le nombre moyen de jours d'indemnisation selon les diagnostics et le profil assurance (défini techniquement plus loin). D'une façon générale, un travailleur a le profil assurance s'il a accès notamment à des déductions d'impôt plus généreuses que celles qui correspondent au revenu de travail du ménage. En d'autres termes, le travailleur ayant le profil assurance bénéficie d'une couverture d'assurance implicite plus grande que celui qui ne l'a pas. On remarque que les individus ayant le profil assurance ont une durée moyenne d'indemnisation (30 jours) supérieure à ceux qui n'ont pas ce profil (21 jours). Cependant, le profil assurance ne semble pas avoir le même effet pour les différents diagnostics pris un à un. Par exemple, les individus qui ont des entorses dorsales (dos) et le profil assurance ont une durée d'indemnisation moyenne (50 jours) près de deux fois plus longue que ceux qui ont le même diagnostic sans avoir le profil assurance (30 jours). Un autre exemple concerne les lombalgies (dos). La moyenne des durées d'absence du travail associée à ce diagnostic est de 31 jours avec le profil assurance, alors qu'elle n'est que de 12 jours sans profil assurance. Abordons maintenant la méthodologie statistique qui permet de montrer l'effet de la présence du profil assurance sur la durée moyenne des absences du travail.

#### 4. Mesure statistique du risque moral (ex post)

Les commentaires suivants portent sur des notions techniques concernant l'approche préconisée dans notre étude, à savoir l'approche des régressions statistiques multivariées. Ces notions, bien que vulgarisées, peuvent se révéler arides pour un lecteur qui n'est pas familier avec ce genre de discussion. Nous encourageons cependant ce dernier à parcourir ces quelques paragraphes qui, à notre avis, pourront l'aider à saisir davantage les raisons qui nous ont conduits à utiliser ce type d'analyse, tout en favorisant une meilleure compréhension de quelques aspects techniques importants. Nous désirons toutefois que ce passage difficile ne se fasse pas au risque de l'abandon de la lecture des résultats qui suivent. Nous laissons au lecteur l'appréciation de ce risque.

Afin de tenir compte de l'effet d'un paramètre d'assurance sur la consommation, nous avons construit la variable profil assurance. Le coefficient de cette variable mesure l'effet du profil assurance sur le nombre moyen de jours d'indemnisation. Il s'agit d'une variable dichotomique qui prend la valeur 1 pour les individus les plus susceptibles d'avoir une couverture d'assurance réelle supérieure à 90 % du revenu net d'emploi, 0 sinon. Pour être considéré comme tel, un individu doit répondre à au moins un des critères suivants :

- avoir un conjoint qui fait partie de la population active ;
- avoir au moins une personne à sa charge autre que le conjoint ;
- avoir déclaré à une question du sondage un revenu familial brut inférieur au revenu de travail brut projeté par la Commission et correspondant à l'indemnisation ;
- avoir un emploi à temps partiel.

En plus de tenir compte implicitement du taux de couverture d'assurance de la Commission, la variable mesure indirectement d'autres formes de compensations expliquées par la méthode de projection du revenu brut à la Commission et par le traitement de l'impôt des ménages. En effet, en 1987, dans ce dernier chapitre, le calcul du revenu net retenu était susceptible d'introduire un biais fiscal à la faveur de l'accidenté en accordant des avantages fiscaux pour les conjoints de fait et en ne considérant pas les revenus de ceux-ci ni ceux des autres personnes dépendant du ménage. Enfin, les méthodes de calcul des revenus favorisaient les travailleurs à temps partiel.

Cette variable profil assurance a un effet significatif important dans tous les modèles économétriques estimés<sup>11</sup>. Le fait qu'elle soit significative n'indique pas nécessairement que le régime d'assurance favorise une prolongation des durées d'absence du travail. En effet, la variable profil assurance peut indiquer simplement que le coût de consommation des jours d'indemnisation est plus faible pour ceux à qui elle s'applique. En conséquence, il est normal que ces individus

11. Les résultats des calculs économétriques ne sont pas présentés dans cet article. Ils sont disponibles sur demande auprès de Georges Dionne.

s'absentent plus longtemps de leur travail, puisque le coût quotidien de l'absence est relativement plus faible dans leur cas.

Cependant, en présence d'asymétrie d'information, c'est-à-dire lorsqu'il est coûteux de vérifier l'état de santé des accidentés, l'assurance peut influencer le comportement des assurés pour d'autres raisons que la simple réduction du coût de l'absence : elle réduit l'incitation du retour au travail. L'hypothèse empirique exposée dans la section précédente propose que la variation de la durée d'absence du travail devrait être statistiquement plus importante pour les cas de diagnostic difficile à établir et à vérifier.

En termes concrets, cela implique que les coefficients techniques relatifs des diagnostics devraient être en partie déterminés (ou affectés) par le profil assurance et que les coefficients des diagnostics difficiles à établir et à vérifier devraient être les plus affectés. Les résultats des régressions confirment cette hypothèse.

En effet, les coefficients des variables d'interaction lombalgies (dos) - profil assurance et entorses dorsales - profil assurance sont très significatifs et de signes positifs, ce qui indique que les travailleurs accidentés ayant des caractéristiques - profil assurance - sont plus longtemps absents de leur travail lorsqu'ils ont subi une lombalgie-dos ou une entorse dorsale (dos). Par contre, ils ne sont pas associés à des niveaux de consommation plus élevés dans le cas des autres diagnostics, même si la moyenne de la durée d'absence des travailleurs avec profil assurance diffère de celle sans profil assurance (voir tableau 5).

Les salariés relevant de ces deux diagnostics sont donc des candidats sérieux à une consommation abusive. Mais cela ne veut pas nécessairement dire que tous les travailleurs qui sont victimes d'accidents impliquant ces maux de dos abusent du système d'indemnisation. Les résultats de cette étude montrent que la probabilité qu'il y ait de l'abus est plus élevée. Ils montrent également que certains paramètres de l'assurance contre les pertes associées aux accidents du travail incitent au risque moral. Plusieurs mécanismes peuvent être envisagés pour corriger les abus. Le premier concerne des correctifs au contrat d'assurance ; le second, l'audit des réclamations des assurés (et des médecins traitants). Mais un audit systématique de toutes les réclamations serait beaucoup trop coûteux. Les résultats de cette étude permettent de cibler les diagnostics problématiques et indiquent une priorité d'implantation d'un audit. Cet audit peut être aléatoire ou non.

La méthodologie développée dans cette étude n'est pas spécifique aux compensations des accidentés du travail. Elle peut être appliquée directement aux accidents automobiles ou à toute autre forme d'assurance dont les montants de compensation sont susceptibles d'être affectés par des actions individuelles. Il en est de même pour les fréquences d'accidents, en particulier les feux et les vols. Une analyse statistique multivariée des distributions de ces événements permettrait, d'une part, d'identifier les paramètres d'assurance les plus susceptibles d'influencer les comportements individuels et, d'autre part, d'identifier

les caractéristiques individuelles des assurés ou des intermédiaires impliqués dans ces activités. Il serait intéressant, par exemple, de vérifier si la situation financière des assurés affecte leur probabilité d'être impliqués dans un incendie criminel ou si la clause de valeur à neuf influence les vols d'automobiles ! Mais, pour mesurer correctement ces effets, les chercheurs doivent avoir accès à des données de grande qualité, ce qui implique une collaboration de la part de l'industrie.

## **V. SOLUTIONS PROPOSÉES POUR COMBATTRE EFFICACEMENT LA FRAUDE À L'ASSURANCE**

Dans cette section, nous énonçons des solutions pour combattre la fraude à l'assurance. Elles ne sont pas exhaustives, mais reflètent les différents points traités dans les pages précédentes :

- mieux définir le concept de fraude à l'assurance pour que tous les intervenants puissent agir efficacement ;
- la détection de la fraude doit être mieux organisée et ne pas être laissée à la seule initiative des entreprises individuelles. Aux États-Unis, on a mis sur pied des bureaux anti-fraude dans plusieurs États. L'industrie doit avoir une stratégie commune. Une première étape consisterait à établir une banque de données centrale informatisée comprenant des données valables et permettant une circulation rapide de l'information. Par exemple, cette banque de données pourrait contenir tous les numéros de série des voitures volées ou déclarées disparues. La banque de données pourrait aussi contenir toutes les détections récentes de fraude à l'assurance dans l'industrie (sorte de fichier central anti-fraude comme celui du Saca, mais plus complet, car actuellement on n'enregistre que les cas de 3 000 dollars et plus) ;
- les contrats d'assurance doivent être révisés pour inciter les assurés à se protéger davantage contre la fraude dans la société (en particulier, vols et incendies) et contre la fraude à l'assurance. On pourrait songer à un système bonus-malus contre la fraude. Il faut davantage inciter les assurés à se protéger contre les vols et être capable de réduire les possibilités d'achat d'assurance de ceux qui ont déjà été impliqués dans une fraude à l'assurance. Mais un système bonus-malus sera d'autant plus efficace si l'information est centralisée et bien gérée, d'une part, et si, d'autre part, l'industrie adopte une politique commune, plutôt que de laisser les fraudeurs se promener de compagnie à compagnie. On doit également étudier systématiquement les effets des franchises sur la fraude ;
- utilisation d'indices à la fraude pour orienter une détection sélective et préventive. Développement de mesures statistiques de l'importance de chaque indice pertinent (analyse multivariée) avec mises à jour continues ; utilisation systématique des indices pour orienter l'audit et la détection (situation financière, genre d'emploi...) ; utilisation de l'audit aléatoire avec pénalités et bonus comme mesure de prévention comme pour l'impôt sur le revenu ou les déclara-

tions aux douanes. Qui doit faire l'audit ? Les assureurs ou des entreprises indépendantes ? C'est une question d'engagement et de crédibilité auprès des assurés ;

- plus grande utilisation des spécialistes pour détecter la fraude : médecins, vendeurs d'appareils spécialisés... ;

- mais tenir compte du fait que certains intermédiaires peuvent être actifs dans la fraude à l'assurance ;

- meilleure coordination des activités des assureurs à l'intérieur de l'industrie ;

- meilleure coordination de l'industrie avec les autres intervenants (réglementation, système judiciaire, législature, consommateurs, autres provinces canadiennes et États américains...)

- mais on doit être très prudent et surtout avoir une éthique à toute épreuve dans ces activités anti-fraude : on ne doit pas pénaliser l'ensemble des assurés ;

- on doit être capable de contrôler certains zèles anti-fraude et surtout réparer les erreurs de parcours ;

- publicité sur la lutte contre la fraude à l'assurance pour améliorer son efficacité et pour donner une image positive de cette activité auprès du public.

La lutte contre la fraude ne doit pas être perçue comme une chasse aux sorcières.

## CONCLUSION

En guise de conclusion, nous présentons une expérience anti-fraude positive qui donne de l'espoir et qui montre surtout comment il est possible de combattre efficacement la fraude à l'assurance lorsque tous les intervenants potentiels décident de coordonner leurs activités.

Il s'agit de l'expérience anti-vols d'automobiles du Michigan, où les consommateurs, les assureurs, les représentants du système judiciaire et les policiers ont décidé d'unifier leurs efforts pour réduire la fraude à l'assurance. L'État du Michigan enregistrait, au début des années 80, le plus haut taux de vols d'automobiles par tête aux États-Unis. Afin d'y remédier fut mis sur pied l'Automobile Theft Prevention Authority, un organisme créé par le gouvernement de l'État et financé par chaque assuré à raison de 1 dollar par an. Les fonds recueillis servent à financer les agences chargées de faire respecter la loi, des groupes de consommateurs actifs dans la prévention contre les vols, des chercheurs, des procureurs, etc. ; 7,4 millions de dollars ont ainsi été distribués en 1991. Ces fonds directs augmentent les moyens financiers de la lutte contre les vols. Ils permettent une plus grande efficacité dans l'arrestation des voleurs et des poursuites légales dont le taux de succès a atteint 85 %. Ils permettent également d'augmenter la prévention anti-vol et, en particulier, le financement de la

recherche et de la mise en place de nouveaux mécanismes de prévention comme une nouvelle vignette (appliquée sur toutes les vitres d'autos avec numéros de série du véhicule), qui a pour effet d'obliger les voleurs à changer toutes les vitres des voitures. La recherche a également permis d'établir des standards pour des activités anti-fraude et d'inventer des appareils anti-vols. Les assureurs offrent maintenant des réductions de primes à ceux qui les utilisent.

Les résultats sont spectaculaires. De 1985 à 1989, les vols d'automobiles ont baissé de 13 % au Michigan, alors qu'ils ont augmenté de 42 % dans le reste des États-Unis. Les primes d'assurance contre le vol ont diminué en 1989. Il est important de souligner que ce n'est pas le dollar donné par chaque assuré qui explique ce succès dans la lutte anti-fraude, mais bien la volonté ferme de tous les intervenants potentiels, dont l'industrie de l'assurance, d'y remédier ! ■

### Bibliographie

- ANDERSON, Gregory W., - Insurance Fraud : Unhealthy Business -, Security Management -, vol. 34, n° 8, août 1990, p. 64-68.
- BECKER, G. S., - Crime and Punishment : An Economic Approach -, Journal of Political Economy -, 1968, n° 76, p. 169-217.
- BLOCK, M. K., HEINEKE, J. M., - A Labor Theoretic Analysis of the Criminal Choice -, American Economic Review -, vol. 65, n° 3, juin 1975, p. 14-325.
- CLARKE, Michael, - The Control of Insurance Fraud : A Comparative View -, The British Journal of Criminology -, vol. 30, n° 1, hiver 1990.
- CLARKE, Michael, - Insurance Fraud -, The British Journal of Criminology -, vol. 29, n° 1, hiver 1989.
- CLERMONT, Yvan, CORDEAU, Gilbert, MASSÉ, Brigitte, TREMBLAY, Pierre, - Les fraudes et leur contrôle. Le Saca en perspective : notes préliminaires -, Document d'atelier pour le colloque - La fraude à l'assurance -, université de Montréal, 26 février 1992.
- CLERMONT, Yvan, MASSÉ, Brigitte, TREMBLAY, Pierre, - Enquête sur le milieu des assurances générales. Les fraudes en assurance : enquête pilote auprès des enquêteurs-régulateurs et experts en sinistres indépendants -, Document d'atelier pour le colloque - La fraude à l'assurance -, université de Montréal, 26 février 1992.
- CLERMONT, Yvan, VALLÉ, Luc, - L'instabilité des motivations de l'incendie criminel dans le secteur de l'habitation résidentielle à Montréal -, Hautes Études commerciales, 10 février 1992.
- CLONINGER, Dale O., - The Economics of Crime and Law Enforcement -, Burgess Publishing Co., Minneapolis, 1975.
- CREMER, H., MARCHAND, M., PESTIEAU, P., - Evading, Auditing and Taxing : The Equity-Compliance Tradeoff -, Journal of Public Economics -, vol. 43, n° 1, octobre 1990, p. 67-92.
- CUMMINS, J. David, TENNYSON, Sharon, - The Tort System and Insurance Fraud : Theory and Evidence from Automobile Insurance -, Manuscript, Wharton School, University of Pennsylvania, 24 mars 1992.
- DELAGRAVE, Charles, - Un modèle économétrique du vol d'automobiles au Canada -, mémoire de maîtrise en sciences économiques, université de Montréal, avril 1989.
- DERRIG, Richard A., WEISBERG, Herbert I., - Fraud and Automobile Insurance : A Report on Bodily Injury Liability Claims in Massachusetts -, Journal of Insurance Regulation -, vol. 9, n° 4, mars 1991.
- DIONNE, G., - Analyse des effets de l'assurance et de la relation de confiance consommateur-producteur sur les possibilités d'abus des chirurgiens -, L'Actualité économique -, avril-juin 1980.
- DIONNE, G., - Search and Insurance -, International Economic Review -, juin 1984, p. 357-367.
- DIONNE, G., - The Effect of Insurance on the Possibilities of Fraud -, Geneva Papers on Risk and Insurance -, juillet 1984, p. 304-322.
- DIONNE, G., SAINT-MICHEL, P., - Workers Compensation and Moral Hazard -, Review of Economics and Statistics -, LXXXIII(2), mai 1991.
- EHRLICH, Isaac, - Participation in the Illegitimate Activities : A Theoretical and Empirical Investigation -, Journal of Political Economy -, mai-juin 1973, p. 521-565.

- Faculté de droit et de sciences sociales de l'université de Poitiers, - La Lutte contre la fraude à l'assurance -, actes du colloque organisé à Niort les 28 et 29 juin 1990 par la faculté de droit et des sciences sociales de Poitiers.
- Florida Insurance Research Center, - Automobile Insurance Fraud Study -, University of Florida in cooperation with Florida Insurance News Service and Citizens' Fraud Prevention and Education Foundation.
- GEISEL, Jerry, - Senate OKs Insurance Fraud Penalties -, - Business Insurance -, 15 juillet 1991, p. 1.
- HOWARD, Lisa S., - Officials See Merit in Giving Fraud Bureaus Arrest Powers -, - National Underwriter (Life, Health & Financial Services) -, 28 septembre 1987, p. 1.
- KERR, Peter, - Vast Amount of Fraud Discovered in Workers Compensation System -, - New York Times -, 29 décembre 1991.
- KNOWLES, Robert G., - Auto Fraud Costs Florida Insurers 9 Million -, - National Underwriter (Property & Casualty) -, 25 février 1991, 1947.
- LANOIE, Paul, - Government Intervention in Occupational Safety : Lessons from the American and Canadian Experience -, Canadian Public Policy, vol. XVIII, mars 1992, p. 62-75.
- LITTON, Roger A., - Crime and Crime Prevention for Insurance Practice -, Averbury, Gower Publishing Company Ltd., Aldershot, England, 1990.
- MARGOLIS, Adrienne, - How to Unravel Insurance Fraud -, - Reactions (UK) -, mars 1991, p. 49-50.
- MASSÉ, Brigitte, TREMBLAY, Pierre, - Sondage auprès du public québécois. Perceptions sur la majoration délibérée des réclamations -, Document d'atelier pour le colloque - La fraude à l'assurance -, université de Montréal, 26 février 1992.
- Michigan Automobile Theft Prevention Authority, - A Model Program -, Annual Report 1991.
- MOORE, M., VISCUSI, K., - Social Insurance in Market Contracts : Implications of the Structure of Workers' Compensation for Safety and Wages -, in G. Dionne (éd.), - Contributions to Insurance Economics -, Kluwer Academic Publishers, 1992.
- MULCAHY, Colleen, - Insurance Fraud Stings Companies, Consumers -, - National Underwriter (Property & Casualty) -, 4 juillet 1986, p. 36.
- National Underwriter (Property & Casualty), - Insurance Fraud Bureau Formed in Massachusetts -, 11 février 1991, p. 11.
- National Underwriter (Property & Casualty), - Nationwide Steps Up Fight Against Insurance Fraud -, 9 octobre 1989, p. 55.
- National Underwriter (Property & Casualty), - Fraud Causes High Auto Rates -, 5 octobre 1987, p. 75.
- National Underwriter (Property & Casualty), - Insurance Fraud Investigations Nationwide Net Million -, 27 juillet 1987, p. 32.
- REVOL, Sylvie, - Déclarations frauduleuses de risque et de sinistre en assurance Iard -, Presses universitaires d'Aix-Marseille, université de droit d'économie et des sciences d'Aix Marseille, 1984.
- VAN AARTRIJK, Peter, - Floridians Fight Insurance Fraud ; Insurance Fraud Outlined -, - National Underwriter (Property & Casualty) -, 29 février 1988, p. 4.



"QUICK, GET BACK IN, THE INSURANCE MAN IS HERE!"

"VITE, RETOURNEZ-Y, LE MONSIEUR DE L'ASSURANCE EST LÀ."

Martin Honeysett



# CAS DE FRAUDE ORDINAIRE

## Florilège de la documentation Alfa

MOTS CLEFS : *accident . bijoux . déclaration . incendie . trafic . voitures .*

Les exemples suivants sont tirés de divers suppléments au bulletin d'information « Anti-fraude », publié par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance.

### INFORMATION IMPARFAITE À LA SOUSCRIPTION

Un chirurgien dentiste marseillais s'assure en 1984 contre une infirmité qui pourrait le mettre dans l'impossibilité de poursuivre son activité. Très peu de temps après, à la suite d'un accident, tout comme un docker normand, il doit subir une amputation de l'index droit. Plus que pour un docker, c'est un malheur irrémédiable, pour un praticien dont la profession repose essentiellement sur l'usage précis des dix doigts de la main. On ne peut donc que compatir et admirer sa prescience du danger qui lui a permis juste à temps de se mettre à l'abri. Le 4 juin 1985, le tribunal de grande instance fixe à presque 800 000 francs l'indemnité qui lui revient. Bien que peu convaincu, l'assureur paie. Mais il fait effectuer des recherches. Avec les difficultés que l'on devine, l'enquêteur découvre que cet assuré, au moment où il a souscrit, était malheureusement atteint d'une radionécrose professionnelle qui est une affection caractéristique des radiologues. C'est elle qui est à l'origine de l'amputation. Le 6 juin 1986, sur la base de la nullité du contrat pour fausse déclaration à la souscription, la société d'assurance cite l'assuré en révision du jugement prononcé (supplément au n° 17 de l'*Anti-fraude* de mai 1993).

### INCENDIE COMMANDITÉ

Cette affaire banale n'attirera pas l'attention des commentateurs. Elle ne pose d'ailleurs pas de subtils problèmes juridiques. Portant sur un préjudice de 1 756 231 francs, elle n'est pourtant pas négligeable. Le 15 janvier 1989, vers 3 heures du matin, un incendie détruit totalement un bâtiment abritant deux

\* Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance.

appartements et un hangar appartenant à Étienne W. Outre le foyer principal, on décèle deux autres foyers dans une usine voisine appartenant au même Étienne W. A cet indice élémentaire d'incendie volontaire s'ajoutent d'autres éléments permettant de suspecter un incendie frauduleux :

- absence exceptionnelle de tous les occupants des deux logements ;
- issues fermées ;
- trois foyers distincts (mais les analyses de matériaux prélevés ne sont pas probantes).

En outre, une note anonyme circule dans la région. Elle reproduit l'article du journal relatif à l'incendie en y portant deux mentions manuscrites : - Une bonne technique - Après les fausses factures !... -.

L'assuré, prudent, n'ayant pas voulu déposer une plainte contre les incendiaires, la société d'assurance avait dénoncé son comportement au procureur de la République. Ayant été découragée par une décision aberrante de classement sans suite, et hésitant devant les contraintes que lui auraient imposées les procédures d'expertises contradictoires, elle s'était résignée à la solution transactionnelle, et avait versé une indemnité à hauteur de 1 400 000 francs.

C'est près de deux ans plus tard que les gendarmes obtiennent finalement, après de nouvelles dénonciations anonymes, les aveux de l'incendiaire. Lequel met en cause l'assuré. Ils ont mis le feu avec de l'essence et du white-spirit. Sa fille, sa belle-sœur et le concubin de celle-ci étaient au courant du projet et s'étaient absentés pour n'être ni victimes ni témoins. Les deux premières n'en avaient pas moins réclamé des indemnités pour les dommages subis se montant à un total de 250 000 francs (supplément au n° 17 de l'*Anti-fraude* de mai 1993).

#### **SUBSTITUTION DE CONDUCTEUR**

Le dimanche 22 mai 1988, une femme et son concubin avaient participé à une fête de famille, puis à un bal champêtre. Vers 21 h 30, ils rentraient tous deux sagement en suivant les méandres d'une petite route sinueuse, lorsque, à la sortie d'un virage, le voyage s'est achevé contre un arbre. La voiture a été incendiée.

Le feu a-t-il pris avant l'accident ? Il en serait ainsi la cause. Ou après l'accident ? Il n'en serait alors que la conséquence. On l'ignore ! Pas plus que l'on ne sait exactement qui conduisait. Et c'est là tout l'objet du litige.

En effet, l'homme se trouvait sous le coup d'une suspension de permis de conduire de longue durée à la suite d'un accident mortel dont il avait été précédemment responsable. De plus, une prise de sang aurait risqué de faire apparaître un état non compatible avec la conduite.

Choqués, mais n'ayant pas perdu le sens des réalités, les deux protagonistes décidèrent vraisemblablement d'intervertir les rôles. La passagère, en possession régulière d'un permis de conduire et ayant su rester assez sobre pendant ce dimanche de fête, se déclarerait conductrice.

Les gendarmes ne cherchèrent pas plus loin. Ils « actèrent » simplement cette déclaration et constatèrent par l'épreuve du ballon que la prétendue conductrice ne se trouvait pas sous l'emprise d'un état alcoolique. Tout était bien. Il n'y avait plus qu'à se retourner vers l'assureur et, constat de gendarmerie à l'appui, lui réclamer son dû.

Dans certaines sociétés, cela n'eût posé aucun problème. Mais l'examen attentif auquel avait été soumis ce dossier fit apparaître un grand nombre d'invéraisemblances. Au point de justifier une plainte pour tentative d'escroquerie. Démarche qui devait s'avérer d'autant plus inefficace que le parquet n'avait pas jugé bon de faire procéder à une expertise et avait classé le dossier sans suite (supplément au n° 17 de l' *Anti-fraude* de mai 1993).

### **INFORMATION INCOMPLÈTE À LA SOUSCRIPTION**

La jeune salariée d'un prothésiste dentaire avait appris en novembre 1988 que son employeur, désirant prendre sa retraite, devait cesser son activité le 30 juin 1989. Le 26 janvier 1989, elle emprunte 1 400 000 francs pour acheter avec son mari un fonds de commerce de débit de boissons. Ayant été licenciée comme prévu le 1<sup>er</sup> juillet 1989, son contrat d'assurance « emprunteur » lui donne le droit de percevoir à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1989, et pendant presque deux ans, une indemnité complémentaire de chômage représentant à peu près 17 000 francs par mois.

Le contrat contient cependant une clause 5-3 imprimée en caractère gras, qui exclut notamment de la garantie les périodes de chômage consécutives « au licenciement pour lequel l'assuré était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion ». Cette assurée n'ayant pas, et pour cause, attiré l'attention sur sa situation précaire au moment de la signature du contrat, il revenait au seul assureur, après réception du dossier sinistre, de détecter d'abord, et de prouver ensuite, la fraude pour la faire sanctionner par l'exclusion de garantie (supplément au n° 16 de l' *Anti-fraude* de janvier 1993).

### **PROFESSIONNEL DE LA FRAUDE**

En 1975, Lydia, qui a besoin de liquidités pour racheter une brasserie, tente une escroquerie à l'assurance vie en disparaissant après avoir fait croire à un accident de plongée. Elle est démasquée, arrêtée, inculpée et condamnée en 1978 à cinq ans d'emprisonnement, ainsi que Michel. Ses deux fils, dont Serge, récoltent deux ans avec sursis pour « complicité ».

Mais avant cette simulation de noyade, Lydia avait eu bien d'autres « malheurs ». En 1972, elle se fait voler une sacoche pleine de bijoux dans sa voiture. Son assurance lui rembourse 176 000 francs. En 1973, la teinturerie dont elle est propriétaire à Paris est détruite par un incendie. L'UAP la dédommage de 1 681 00 francs. Elle a un accident de ski pour lequel la Concorde lui verse

500 francs par jour pendant six mois. En 1978, la maison de gardien de sa résidence secondaire en Eure-et-Loir est ravagée par un incendie. Elle reçoit 950 000 francs de la Wintherthur. En 1981, le restaurant dont Serge est gérant, Le Gril des champs, rue Quentin-Bauchard, brûle à son tour. Il reçoit 700 000 francs pour sa perte d'exploitation et 340 000 francs pour les dégâts. Comme le souligne l'accusation, c'est toujours lorsqu'il a des problèmes financiers, et toujours quelques jours après avoir souscrit une assurance, que le trio est atteint par l'adversité.

C'est en se penchant sur ce passé que la Nordstern qui s'apprêtait à payer pour l'affaire qui venait hier devant la justice a bloqué son remboursement et s'est adressée aux policiers. Le 6 avril 1981, Lydia souscrit un contrat pour garantir un éventuel vol de ses bijoux, estimés à 898 500 francs. Elle met ces bijoux dans le coffre-fort du restaurant de son fils. Et, le 26 ou 27 décembre 1981, par l'UAP pour un capital de 250 000 francs. Une fois de plus, le trio a besoin d'argent. A l'audience, l'inspecteur chargé de l'enquête a déclaré qu'il n'y avait aucune trace d'effraction extérieure, tandis que le serrurier qui a fait les travaux a estimé que le verrou de la porte d'entrée ne pouvait avoir été démonté que de l'intérieur. En outre, au cours des perquisitions chez Lydia et Serge, on a retrouvé des bijoux ressemblant étrangement à ceux qui avaient été volés... (supplément au n° 14 de l'*Anti-fraude* de mai 1992).

### **FAUSSE DÉCLARATION**

- Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 600 à 15 000 francs, ou de l'une de ces deux peines premier quiconque aura établi sciemment une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts. -

Cet ancien antiquaire en avait obtenu un certain nombre pour justifier l'existence et la valeur d'objets qui lui avaient été volés, dans des conditions que le tribunal civil a lui même qualifié de « troublantes », bien que l'enquête de la police eût été classée sans suite.

L'employée de maison avait attesté avoir vu entre autres « deux fauteuils recouverts de tapisserie Louis XV », alors que, sur la photographie, il n'en existe qu'un seul ; des bijoutiers avaient affirmé avoir vu et estimé pour 250 000 francs de bijoux qu'ils reconnaîtront plus tard avoir décrit sous la dictée de l'assuré ; des amis ou relations avaient volontiers certifié de l'existence de meubles et d'objets de valeur et certains avoueront avoir seulement « voulu faire plaisir ».

Parmi les particularités de ce dossier, il faut aussi citer les attestations délivrées par un cabinet professionnel d'expertise en œuvres d'art, se disant domicilié à l'adresse prestigieuse du quai Conti, à Paris. L'enquêteur avait pu vérifier que cet « expert » n'y occupe qu'une soupente qui lui sert de boîte aux lettres. Au moment de l'enquête, il résidait même très provisoirement à Fresnes (supplément au n° 12 de l'*Anti-fraude* d'octobre 1991).

### **TRAFIC DE VOITURES VOLÉES À DES PROPRIÉTAIRES CONSENTANTS**

Il est, hélas ! notoire qu'un grand nombre de véhicules volés sont vendus principalement en Afrique ou au Moyen-Orient. Il est également à peu près certain qu'une fois livrées ces voitures sont d'autant plus irrécupérables que les possibilités d'identifier leurs utilisateurs sont quasiment nulles.

Le seul danger pour le trafiquant est de se faire contrôler par la police ou la douane au cours du transfert vers les ports d'embarquement. Ce risque n'existe évidemment plus si le véhicule est convoyé avec l'accord de son propriétaire et sous le couvert de pièces régulièrement établies. Un nouveau trafic s'est donc développé, celui des voitures volées à des assurés consentants.

L'affaire en question en est un exemple assez typique, dont l'un des protagonistes est d'ailleurs un courtier d'assurances. Le véhicule était vendu 10 000 francs à un garagiste pour être revendu par celui-ci 30 000 francs dans un pays africain. Après l'embarquement, une déclaration de vol était faite à la police, et l'assureur, méfiant ou non, payait à son assuré, présumé de bonne foi, la valeur argus du véhicule.

Pour faire échouer l'une de ces manœuvres frauduleuses, parmi d'autres, il a fallu dans le cas présent l'intervention de la gendarmerie agissant sur renseignements et relevant des preuves par le moyen d'écoutes téléphoniques autorisées par le juge d'instruction (supplément au n° 11 de l'*Anti-fraude* de mai 1991).

### **CUMUL DE CONTRATS**

Le 1<sup>er</sup> février 1986, une femme souscrit un contrat d'assurance protection santé par l'intermédiaire d'un courtier. Moins de deux mois et demi plus tard, un grave accident la contraint à abandonner son activité professionnelle. L'assureur lui verse une première somme de 20 000 francs.

Mais des doutes surviennent ensuite sur les circonstances de l'accident qui demeurent imprécises et dont la survenance suit de très près la souscription du contrat. Un chien de grande taille appartenant à un ami l'avait fait chuter. Admise à l'hôpital à 21 h 25, elle en était ressortie à 21 h 30. Puis, ayant été prise de violentes douleurs, une heure plus tard, elle avait été soignée en neurologie.

Une recherche menée auprès d'autres assureurs démontrera que la même personne avait souscrit au cours des quatre mois précédents trois autres contrats semblables, et un cinquième six jours après celui-ci, pour un total de plus de 2 millions de francs.

Si le cumul d'assurances est légal en matière d'invalidité et de vie, il n'en demeure pas moins que des dispositions contractuelles peuvent avoir prévu l'obligation d'en prévenir l'assureur. C'était le cas en l'espèce, dans des conditions de mauvaise foi d'autant plus évidentes que l'assurée semblait avoir acquis, ainsi que le soulignait ironiquement le courtier, une certaine expérience en

matière de souscription (supplément au n° 10 de l'*Anti-fraude* de décembre 1990).

### **PRÉCAUTIONS INSUFFISANTES**

Ce cas de mise à feu plus ou moins volontaire n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser.

Il n'est pas parfaitement prouvé que l'assuré était à l'origine du feu et que celui-ci pouvait être accidentel. Mais il a fait en sorte de laisser sa chance au développement d'un incendie qui aurait pu être efficacement maîtrisé.

En l'espèce, il semble bien qu'il ait voulu que l'appartement soit sinistré. En se réveillant, il a vu de la fumée, il n'a alerté personne, il a embarqué des objets précieux et il est parti tranquillement en voiture.

Selon l'article L 113-1 al. 2 du Code des assurances, « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ». La jurisprudence sur ce point est constante. Le fait intentionnel dont la loi prohibe l'assurance implique la volonté chez l'assuré de provoquer le dommage avec la conscience des conséquences de son acte. La Cour de cassation confirme et précise ici cette interprétation (supplément au n° 9 de l'*Anti-fraude* d'octobre 1990).

### **GONFLEMENT DES FACTURES**

Les établissements M. et Fils, à Argenteuil, démarraient leur activité de réparation en automobiles sous forme de SARL. En 1979, ils se transformaient en SA.

Dès 1977, ce garage était agréé par 14 compagnies d'assurances, mais travaillait effectivement avec 4 d'entre elles. Les assurés dont les voitures étaient accidentées déposaient leur véhicule aux établissements M. Un expert, en l'espèce Michel R., proposait un canevas des réparations à effectuer, et un accord s'établissait entre le représentant du garage et l'expert, sur le montant et la qualité des réparations à entreprendre.

Les compagnies payaient directement le montant des factures aux établissements M, sans que les assurés aient à avancer les frais.

Le coût des travaux effectués à la suite des rapports établis par Michel R. étant en moyenne égal au double du coût des travaux effectués dans les autres garages agréés, la compagnie C. faisait diligenter une contre-expertise pour vérifications.

Sur un échantillon de 10 dossiers, les experts constataient des anomalies importantes, puisque des travaux facturés n'avaient pas été exécutés, des pièces n'avaient pas été remplacées et les temps de réparation étaient manifestement excessifs (supplément au n° 8 de l'*Anti-fraude* d'avril 1990) ■

# LUTTE CONTRE LA FRAUDE

## à l'assurance

**MOTS CLEFS :** *branches d'assurances sensibles à la fraude • enquêtes • incendie • fichiers • fraude • tribunaux •*

Interrogé sur le phénomène de la fraude à l'assurance et sur les moyens appliqués par la profession pour y faire face, le directeur d'Alfa y répond avec son expérience de praticien. La fraude a toujours existé, mais elle restait très limitée. Elle s'est étendue depuis une quinzaine d'années. Les raisons en sont diverses : absence de sélection des risques dans un marché de plus en plus large, impuissance relative des assureurs pour contrecarrer des fraudeurs présumés de bonne foi, indulgence trop générale des magistrats à l'égard de délinquants astucieux, etc. Les assureurs ont réagi en mettant en place quelques fichiers, en organisant des échanges d'informations et en faisant procéder à des enquêtes efficaces. Un processus est en marche pour mettre la fraude en échec.

■ **Risques :** Alfa, dont vous avez la direction, a reçu une mission : celle de lutter contre la fraude dont les assureurs sont les victimes. C'est une organisation relativement récente, même si l'on en fait remonter l'origine à la section de prévention de la fraude créée en 1974 à l'Apsaird (aujourd'hui Apsad). La fraude est-elle donc un phénomène nouveau ?

■ **Georges Carrot :** La fraude est aussi ancienne que l'assurance. C'est l'assurance en effet qui, indirectement, pousse à la fraude, par le simple fait que sa fonction est de redistribuer de l'argent. Il en est de même des assurances sociales ou des allocations familiales, qui secrètent une fraude très rémunératrice au détriment des organismes sociaux, ou encore des Assedic, qui ont suscité depuis quelques années la fraude au faux chômage. Il y aura toujours, autour de tous les organismes qui répartissent du numéraire ou qui procurent des avantages, une frange plus ou moins importante de fraudeurs qui essaieront

\* Directeur de l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa).

de se glisser indûment dans le système et d'en tirer des gains illicites. Je crois que cela a toujours existé.

Pour en revenir aux sociétés d'assurance, on sait que celles-ci se sont développées en France, principalement après la chute de l'Empire, en 1814. Auparavant, les pouvoirs publics se montraient très réticents à leur égard. A des conseillers qui intervenaient auprès de lui pour autoriser la création de sociétés d'assurance Napoléon avait rétorqué : « Messieurs, vous voulez donc faire brûler toute la France ! »

C'était assez bien vu. Si un mécanisme quelconque d'indemnisation se met en place, il va y avoir des tas de gens qui vont tenter d'en profiter : des maisons vont brûler ou seront cambriolées, des objets précieux seront volés, des personnes assurées sur la vie mourront ou disparaîtront. Napoléon n'avait d'ailleurs pas tort. En effet, dès les premières années de la Restauration – c'est vraiment à cette époque le démarrage de l'assurance populaire en France avec les premières mutuelles régionales –, les responsables s'inquiétèrent d'une augmentation du nombre des incendies, particulièrement dans les campagnes. On en a recherché, à l'époque, les raisons. J'ai découvert aux Archives nationales des rapports établis par des procureurs du roi. Beaucoup d'entre eux mettaient déjà en cause l'existence des sociétés d'assurance qui avait souvent donné l'idée à des personnes dans le besoin de souscrire des contrats pour percevoir des indemnités après avoir mis le feu à leurs propres maisons.

Et pourtant, les sociétés d'assurance de cette époque déjà lointaine délivraient à leurs assurés de magnifiques plaques – l'Apsad en expose de très belles dans ses couloirs. On les clouait sur les façades des maisons. Cela faisait de la publicité pour la mutuelle ou pour la société d'assurance ainsi mises en valeur. Mais cela avait aussi pour but de dissuader les malfaisants. L'assuré signifiait de cette manière à ceux qui lui auraient voulu du mal : « Inutile de me faire "flamber", puisque je suis assuré. Au pis, je serai indemnisé. Au mieux, vous me rendrez peut-être service. » En fait, ce n'est pas ce qui est arrivé. Les maisons et les granges semblent avoir brûlé beaucoup plus quand elles étaient assurées.

On voit encore cela actuellement en Corse. Il y a, hélas ! des villas qui sautent ou des voitures qui sont incendiées. Il n'est même pas rare que l'on téléphone peu après à la gendarmerie ou à la société d'assurance pour leur dire : « Vous savez, notre organisation n'est pour rien dans cette affaire. Ce n'est pas un attentat. » Ce qui signifie « ne payez pas ».

■ **On pourrait donc en déduire que l'assurance a fait évoluer la criminalité du fait des tiers vers une criminalité du fait des assurés.**

■ Pour une frange d'assurés, certainement ! En tout cas, les procureurs du roi dans les années 1820 l'avaient fort bien reconnu. Napoléon l'avait également deviné lorsqu'il avait fait cette réflexion : « Vous allez faire brûler toute la France. » Natif d'un pays insulaire, Napoléon n'était pas sans connaître l'assu-

rance maritime et ses conséquences. Dès le XVI<sup>e</sup> siècle, avec le développement du commerce de mer et de l'assurance des « grands voyages », on avait vu apparaître un type particulier de fraude. C'était la baraterie, qui consistait à faire couler volontairement un bateau vieillot mais bien assuré, que l'on remplissait de marchandises sans valeur pour les faire payer au prix fort par ceux qui avaient accepté de couvrir le risque de leurs disparitions par « péril de mer ». Baraterie venait du verbe « barater », qui signifiait dans le vieux français « tromper ». Il en reste encore quelque chose dans le langage actuel : baratin, baratiner. Un baratineur, c'est encore de nos jours quelqu'un qui trompe.

En assurance maritime, la baraterie est loin d'avoir disparu. Elle est toujours désignée par le même mot. En assurance incendie, on n'a pas réussi à trouver une expression, même juridique, pour qualifier l'incendie de son propre bien, et le distinguer de l'« incendie délictueux » visant le bien d'autrui. Alfa a proposé la formule « incendie frauduleux ». Pour les autres branches, on se contente de parler de « fraude à l'assurance » et de « fraudeurs ».

■ **Il n'en reste pas moins que l'assurance est déjà assez ancienne et la fraude autant qu'elle. Pourquoi a-t-on attendu l'année 1974 pour rechercher des solutions appropriées à ce problème ?**

■ Je pourrais suggérer que cela semble correspondre à un moment où l'évolution de la règle morale, notamment en matière de probité – phénomène observé depuis au moins deux décennies –, tendait à fausser les règles du jeu économique. L'assurance, dont le mécanisme repose essentiellement sur la bonne foi, ne pouvait que se montrer sensible à cette dégradation des rapports de confiance.

Il faut cependant relativiser. Dans n'importe quel groupement social, il y aura toujours une petite partie de la population qui vivra en marge. A une certaine époque, on parlait même d'« écume ». Celle-ci sera plus ou moins importante. Mais elle ne disparaîtra jamais totalement. La clientèle d'une société d'assurance n'échappe malheureusement pas à ce constat. Elle renferme une énorme masse d'honnêtes gens, mais aussi une frange de fraudeurs potentiels ou avérés.

Que représentent-ils ? 0,5 %, 1 %, 2 %, 5 %, 10 % ? Le danger, c'est lorsque la fraude générée frôle et même dépasse la marge technique de la société d'assurance, c'est-à-dire le point à partir duquel l'assureur va distribuer plus d'argent qu'il n'en a reçu.

C'est un peu comme la « démarque inconnue » dans les magasins. Elle peut ne représenter qu'une perte accidentelle. Mais elle correspond surtout à un coulage provenant des chapardages commis par des clients ou organisés par le personnel. Cette démarque inconnue, tous les magasins l'admettent. Lorsqu'elle devient trop importante et menace l'équilibre de l'entreprise, ils essaient de la réduire par des mesures de sécurité ou par des services de surveillance. Mais ils ne pourront jamais la supprimer totalement, car les tricheurs s'adaptent.

■ **N'y a-t-il pas un moment où le coût de la surveillance excède le coût de la fraude ? Et n'est-ce pas l'un des problèmes posés à Alfa ?**

■ C'est encore très loin d'être le cas dans l'assurance. Alfa coûte aux assureurs une moyenne de 17 centimes par 10 000 francs encaissés. Cela représente un maximum de 42 centimes en auto et responsabilité civile, et à peine 2 centimes en vie et capitalisation. Est-ce excessif au regard d'une fraude qu'une statistique européenne estime à 6 % des encaissements en Iard ?

Il faut aussi retenir que l'activité d'Alfa en matière d'information inter-assurances et d'enquêtes évite de régler des sinistres à des fraudeurs pour un total peut-être cent fois supérieur à son coût. Sans compter l'aspect préventif de ces actions, qui n'est pas sans paralyser certains velléitaires, plus prudents qu'honnêtes.

■ **Est-ce que l'on peut suivre l'évolution de la fraude à l'assurance ? Dans le temps et par branche ?**

■ La fraude n'a pas toujours été un problème, car elle n'était pas excessivement répandue. Mais l'assurance est devenue maintenant une affaire de masse. Ce qui veut dire qu'elle concerne un très grand nombre d'individus et de toutes les catégories sociales ou économiques. La frange de fraudeurs, dont on a parlé et qui était jadis très mince, donc assez facilement contrôlable, devient de nos jours impossible à surveiller.

Le marché est devenu tellement gigantesque qu'il ne permet plus d'opérer une nécessaire sélection dans des risques qui sont plus à prendre qu'ils ne s'offrent. Dans la branche automobile notamment, l'obligation d'assurance a entraîné certains effets pervers. Il y a moins d'un siècle, peu de personnes étaient assurées. Il existait alors des rapports personnels entre les sociétés et leurs clients. Maintenant, tout le monde a des contrats d'assurance et dans de nombreuses branches : multirisques, invalidité, etc.

Tout cela augmente certes les encaissements, mais aussi les risques, et dilue surtout les responsabilités. Perdues dans l'anonymat de millions d'automobilistes, beaucoup de personnes se laissent tenter.

Ajoutez à cela que la fraude est facile. C'est l'un de nos problèmes. Elle est facile à réaliser. On ne devrait pas trop le dire. Mais les fraudeurs le savent. Ils savent aussi qu'elle est peu dangereuse, qu'il y a peu de risques de se faire prendre. Et si, par malchance, on est poursuivi, cela ne coûte pas cher, parce que les tribunaux se montrent généralement assez indulgents.

■ **Cette attitude des tribunaux est-elle générale ? Ou bien résulte-t-elle d'une suspicion des magistrats à l'égard des sociétés d'assurance ?**

■ Même si l'on regrette parfois de la part des magistrats une attitude suspicieuse à l'égard des assureurs, il faut reconnaître que cela s'inscrit dans une ligne

générale et concerne presque tous les aspects de la délinquance. Avec néanmoins des nuances. Par exemple, en matière de hold-up bancaire. La banque distribue elle aussi de l'argent, mais avec beaucoup plus de prudence. Il y a des sas aux entrées, des systèmes d'alarme aux guichets. Pour se faire remettre illégalement de l'argent par une banque, ce n'est pas commode. C'est même dangereux si des vigiles ou des policiers alertés se considèrent en état de légitime défense. On risque par-dessus le marché une lourde condamnation. Quant aux cartes de crédit, leur usage frauduleux suppose une maîtrise certaine de la technicité requise.

Escroquer une société d'assurance est en comparaison une activité tout à fait accessible aux amateurs. Il suffit de préparer un dossier comportant de grossiers mensonges et de les appuyer par quelques pièces fausses ou fabriquées et éventuellement par des témoignages de complaisance. Il faut ensuite remettre le tout à l'agent d'assurance dont on est le client et qui, à ce titre, ne peut que l'examiner favorablement avant de le transmettre pour règlement. Si l'on n'a pas été trop maladroit, un chèque à plusieurs zéros ne tardera pas à suivre.

La faiblesse de l'assureur réside surtout dans le principe contractuel de bonne foi qui forme la loi de tous les contrats. Certes, l'assuré a la charge de la preuve. Il doit prouver qu'il a un contrat, que ce contrat était valide au moment de la réalisation du risque, que ses conditions entrent bien dans le cadre du sinistre tel qu'il est présenté dans le dossier. C'est jusque-là assez simple. Ensuite, il ne reste plus à l'assuré qu'à démontrer que les sommes qu'il réclame correspondent bien à son préjudice. Il doit enfin établir la réalité du sinistre.

Pour le contrat, ce n'est qu'une question de lecture et d'interprétation. Quant au préjudice, il s'agit seulement de fournir des justificatifs, des factures. C'est d'autant plus aisé quand on a bien préparé son affaire. Seuls les assurés de bonne foi éprouvent des difficultés lorsqu'on leur demande de faire la preuve de la valeur d'objets inopinément disparus.

Prouver que le sinistre a bien eu lieu n'est pas non plus un problème. Les faits sont là. Surtout si c'est un incendie, cela ne se discute pas. La seule question qui se pose est de savoir comment le feu s'est déclaré, et s'il ne s'agit pas d'un incendie volontaire. On arrive maintenant à y répondre avec assez de certitude. Dans l'affirmative, l'assureur peut être légitimement amené à se demander si l'assuré ne serait pas celui qui aurait préparé ou commandité la destruction de son propre bien par le feu. Ce n'est pas impossible, mais c'est délicat à prouver.

Par contre, dans le cas d'un vol, vous pourriez me dire que la position de l'assuré apparaît plus fragile. Comment attester que des objets lui ont été dérobés ? C'est théoriquement difficile. C'est même à la limite impossible. Une voiture a disparu, ou une broche en diamants a été volée « à l'arraché ». Il n'y a aucun témoin. Il faut pourtant que le contrat vol puisse répondre à son objet. C'est pourquoi les assureurs admettent qu'il suffit à l'assuré de prouver la vraisemblance du sinistre. Beaucoup de tribunaux considèrent que le vol est vraisemblable dans la mesure où il a fait l'objet de plainte.

C'est pour cela que la fraude par le faux vol de voiture est devenue très commune. Ne suffit-il pas de se rendre dans un commissariat de police et de déclarer : « Ma voiture a été volée. » Que lui demande-t-on ? On le fait asseoir dans un bureau. Un inspecteur l'entend. Il lui demande s'il a la carte grise. Il l'a ou il ne l'a pas. Elle peut être restée dans la voiture. Après avoir enregistré sa déclaration, on lui remet une attestation qui n'intéresse finalement que la seule société d'assurance. C'est tout. A part l'enregistrement dans le fichier des véhicules volés, il n'y aura pas la moindre enquête. Que voulez-vous que fasse l'assureur ? A moins que l'assuré n'ait été particulièrement maladroit dans sa relation des événements ou imprudent dans la nature des justificatifs présentés, il ne peut que payer. S'il a des doutes, il ne lui reste que la possibilité de convoquer l'assuré pour lui faire comprendre que l'on n'est pas dupe, et que l'on refuse le règlement. Mais il y a des gens qui sont retors et qui assignent la société d'assurance en justice. C'est alors à l'assureur qu'il revient d'apporter la preuve de la fraude.

#### ■ **Quelles sont les branches d'assurance où la fraude est actuellement la plus répandue ?**

■ Toutes. Aucune branche n'y échappe. Il y a bien sûr l'automobile, le vol de biens, les dommages, l'incendie. La vie n'est pas épargnée. Mais on aurait par contre tendance à négliger la fraude dans les assurances invalidité, complémentaire santé ou accident. C'est un tort, car il suffit d'être attentif pour découvrir de fausses invalidités ou de fausses maladies, dont la Sécurité sociale est aussi la victime, apparemment très résignée.

En cette matière, ce n'est pas toujours sur la médecine qu'il faut compter pour démontrer la fraude. Parfois, d'ailleurs, c'est le médecin lui-même qui triche pour son propre compte. N'est-il pas mieux placé que quiconque pour connaître les symptômes d'une maladie invalidante ? Quelquefois aussi, il est le complice intéressé d'un fraudeur. On a traité récemment une affaire dans laquelle l'assuré percevait depuis de nombreuses années des indemnités pour maladie. L'enquête a permis de se rendre compte que le pseudo-malade continuait à travailler. C'était un artisan, et il payait son docteur sous forme de travaux gratuits.

Mais ce n'est là, si l'on peut dire, que du bricolage. Si l'on souhaite tirer un bon profit de l'assurance invalidité, c'est sur les maladies mentales qu'il faut spéculer. Là, tout est possible. Il suffit de dire : « Vous savez, docteur, ça ne va pas, j'ai des idées de suicide, j'ai des étourdissements, je ne peux plus m'entendre avec ma femme, je ne veux plus voir mes enfants, je n'ai plus envie de rien, et surtout pas de travailler. » Comment va réagir le médecin spécialiste ? En ces matières, a-t-on des certitudes ? Les psychiatres sont tout à fait à l'écoute de ce genre de malades. En outre, ils ne veulent pas prendre de risques. Le moindre n'est-il pas de certifier qu'effectivement le patient a besoin de repos et ne peut donc pas

travailler ? S'il a un bon contrat d'assurance, il va s'en sortir avec 15 000, 20 000 francs par mois pour incapacité médicalement attestée.

Les contre-expertises demandées par les assureurs ne leur sont pas forcément favorables. A moins qu'ils ne soient en mesure de communiquer des éléments recueillis au cours d'enquêtes privées. On constate en effet que des personnes qui se montrent complètement impotentes quand elles sont convoquées par un médecin expert ont une attitude parfaitement normale dans la vie courante. Certaines continuent même à exercer une activité professionnelle.

Pour les confondre, nous avons à Alfa un système bien rodé. On procède d'abord à des constatations discrètes. On s'adresse ensuite au tribunal pour obtenir une ordonnance sur requête. Cela permet de saisir un huissier sans que la partie adverse soit avertie. Au moment propice, on se présente chez la personne, et l'officier ministériel constate les faits. L'assureur cesse alors de payer, et puis éventuellement assigne devant la justice pour réclamer le remboursement des sommes qui ont été payées indûment.

Au pénal, cela justifierait souvent des plaintes pour escroquerie. Mais il faudrait réussir à convaincre les tribunaux correctionnels que ces simulations constituent des manœuvres frauduleuses. Les sociétés d'assurance préfèrent attendre une éventuelle assignation civile et une décision judiciaire. Jusque-là, elles cessent de payer.

Il y a parfois des situations amusantes. J'ai eu connaissance d'un assuré qui entendait des voix. Elles lui disaient peut-être de ne pas travailler ! Moyennant quoi il se trouvait en situation de maladie. Je pourrais évoquer aussi le cas d'une femme atteinte de conjungopathie invalidante... Il s'agit, paraît-il, d'une maladie troublant gravement les relations, notamment sexuelles, entre époux. Cela avait entraîné son classement par la Sécurité sociale en deuxième catégorie d'invalidité, qui vise les personnes incapables d'exercer la moindre activité rémunératrice dans une profession quelconque. Or beaucoup de contrats d'assurance se réfèrent aux décisions prises par la Sécurité sociale.

Dans l'assurance vie, il y a aussi des cas célèbres. L'affaire Dandonneau, dont vous avez certainement entendu parler et qui a été jugée par les assises de Montpellier en octobre 1992, en est l'un des plus récents. Mais il y en a d'autres. Par exemple, ce charcutier qu'un enquêteur avait retrouvé dans une île du Pacifique. Il y vivait en compagnie de sa maîtresse après avoir partagé avec sa - veuve - une très forte indemnité. Ou encore, cette femme qui s'était noyée au cours d'une plongée en Méditerranée. On n'avait pas découvert son corps. On la retrouvera, elle, bien portante, sous un nouveau nom, celui de son concubin. Ses fils ont été faiblement condamnés, il y a quelques années, pour complicité d'escroquerie à l'assurance. Cela ne les a pas découragés. On a vu réapparaître un peu plus tard la - noyée - et ses enfants dans une assez grosse affaire de faux vols de bijoux.

■ **Ces cas sont spectaculaires, mais sans doute exceptionnels. Ils concernent l'assurance vie où les sommes assurées sont tout de même très importantes.**

■ Ce n'est pas aussi exceptionnel qu'on pourrait le penser. On s'en rendrait certainement mieux compte si les assureurs se montraient un peu plus vigilants, et les officiers de police judiciaire plus circonspects. Je peux citer par exemple un dossier en cours qui concerne un homme mort au volant de sa voiture après s'être jeté contre un camion. Cela s'est passé l'hiver dernier sur une route nationale. Il faisait nuit et il n'y a pas eu de témoin. C'est un fait divers malheureusement banal, et la gendarmerie n'a pas cherché à en approfondir les circonstances. Mais les assureurs ont découvert quelques semaines plus tard que ce conducteur avait souscrit deux ou trois mois auparavant 15 contrats d'assurance sur la vie. Cela ne mérite-t-il pas, avant tout règlement, un examen particulièrement attentif ? Nous avons un cadavre qui n'a pas été identifié avec certitude. Comme dans l'affaire Dandonneau, d'ailleurs. Mais le véhicule dans lequel le faux Dandonneau avait été retrouvé à l'état de cadavre carbonisé était à l'arrêt lorsqu'il a pris feu. Cela se prêtait donc à une mise en scène dont le défaut était d'être trop apparente. C'est ce qui l'a perdu, lui et ses trop nombreux complices. Tandis que, dans le cas que nous étudions actuellement, il aurait fallu réaliser un véritable accident avec deux véhicules en marche. C'est apparemment plus ardu. L'avenir nous dira peut-être si cela était possible.

■ **Est-ce que la branche vol de biens ne se prête pas trop facilement à la fraude ?**

■ Bien sûr. Et d'autant plus facilement que, si la preuve du vol est facile à apporter par les assurés, celle de la fraude, dont la preuve incombe aux assureurs, l'est beaucoup moins. C'est encore une question de bonne foi.

Des commerçants succombent assez souvent en fin de saison à la tentation de se débarrasser à un prix rémunérateur d'un stock devenu invendable. Quelques traces d'effraction, une plainte pour vol au commissariat, une déclaration de sinistre à l'assureur. Le tour est joué. La marchandise est ainsi vendue deux fois : bradée au noir et vendue un bon prix à l'assureur.

En cette matière, le particulier n'est pas en reste : bijoux, télévisions, magnétoscopes, meubles de prix et tableaux de maître sont susceptibles d'être d'un bon rapport pour le voleur ; encore plus pour l'assuré s'il s'agit d'un faux sinistre. Que peut-on faire ? A moins que l'expert n'ait été particulièrement vigilant, seule une enquête menée à la demande de l'assureur par un agent d'investigation performant est susceptible de mettre au jour quelques indices : traces d'effraction suspectes, invraisemblances, témoignages, fausses déclarations, fausses factures justificatives, etc. C'est une question à la fois de chance et

de métier. Tout scénario de fraude a ses failles. Il faut d'abord mettre le doigt dessus et ensuite apporter les preuves exigées par la justice.

### ■ **Qu'en est-il dans la branche automobile ?**

■ L'automobile est le prototype de cette assurance de masse très ouverte à la fraude. Pour ne citer que les vols, comment sélectionner à la souscription une vingtaine de millions de contrats et vérifier chaque année plus de 850 000 déclarations de sinistres ?

D'autant plus que, s'il y a de vrais cambrioleurs – pas autant qu'on le pense, mais quand même beaucoup –, il y a aussi de vrais voleurs de véhicules, et en très grand nombre. Certains sont des amateurs, d'autres des professionnels. Et, parmi ces derniers, on trouve quelques bandes nationales ou internationales, bien organisées et prudemment structurées. Tous ceux-là ne fraudent pas dans la même catégorie, mais servent d'alibi aux assurés qui décident de se débarrasser d'un véhicule fatigué ou accidenté, ou qui ne sont plus en mesure de régler les mensualités d'un trop lourd crédit.

La formule est simple : l'abandon du véhicule, ou sa disparition organisée ; une plainte pour vol qui est un simple enregistrement ; et, enfin, une déclaration de sinistre. Ensuite, l'assurance paie. Sauf si l'expert attire son attention sur quelques indices de fraude. Là encore, une enquête bien menée pourra peut-être donner à l'assureur la satisfaction de ne pas payer une indemnité indue et même de faire condamner un fraudeur en correctionnelle. Est-il utile de souligner que cet exemple est susceptible d'en faire hésiter plus d'un ? Alors qu'un faux vol réglé sans problème suscite beaucoup d'émules.

En plus des faux vols d'automobiles, il y a aussi les faux accidents mettant en jeu la responsabilité civile d'un assuré. C'est une fraude à déconseiller, car elle est très aisément démontrable pour peu que l'assureur s'attache à la rechercher. La garantie bris de glace couvre trop souvent une franchise ou un sinistre non garanti. Quelques assurés s'y prêtent même de bonne foi et en toute bonne conscience. Certaines sociétés ont constaté que, à la suite d'opérations systématiques de contrôle dans une région donnée, le nombre de déclarations de sinistres concernant des pare-brise baissait spectaculairement pendant quelques mois. Le même résultat a été observé dans les règlements de petits sinistres, comme les bris de lunettes. Reconnaître faussement sa responsabilité pour rendre service devient alors trop dangereux, du moins pour un temps.

### ■ **Et l'incendie ?**

■ L'incendie est certainement la branche où la fraude est susceptible de fournir d'énormes profits. Ou, à tout le moins, de régler de graves problèmes de gestion. C'est pourquoi beaucoup de particuliers, de commerçants ou d'industriels s'y

lancent, en dépit des aléas et même des risques qu'ils font courir aux autres et qui pourraient en faire des criminels.

Il est symptomatique de noter que c'est tout d'abord en incendie, dans le cadre de l'Apsaird, que les assureurs ont décidé, à partir de 1974, de centraliser l'action anti-fraude. Depuis quinze ans, des recherches ont été poussées. On a accumulé une longue expérience. Des ingénieurs attachés à Alfa et des agents d'investigation, formés et spécialisés par eux, sont capables de mener des recherches approfondies sur les lieux incendiés. A partir de prélèvements soumis à analyse, on se trouve en mesure d'écarter les causes pseudo-accidentelles trop souvent invoquées et souvent retenues. Cela ne suffit certainement pas à démontrer une fraude. Mais c'est la condition première. C'est à partir de là que l'affaire pourra être reprise par des officiers de la police judiciaire et menée avec les moyens de coercition nécessaires pour aboutir dans ce genre d'enquête.

Même si l'on additionne bien des succès, les résultats ne sont pas toujours ceux que l'on souhaiterait. Il n'en reste pas moins qu'un seul dossier de fraude mené à son terme paie, au propre et au figuré, de bien des échecs. Il est également certain que, s'il y a la moindre possibilité de ne pas être indemnisé, les risques pris par l'incendiaire qui décide de mettre le feu à son propre bien deviennent disproportionnés par rapport au bénéfice attendu. L'enquête demandée après le sinistre est également dissuasive à l'égard de ceux qui pourraient se laisser tenter en apprenant que des incendies ont été réglés sans le moindre contrôle à d'autres assurés se trouvant dans les mêmes difficultés financières. Si cela n'arrête pas tous les incendiaires, on peut espérer que cela en fait réfléchir d'autres, et que la progression du phénomène est, un peu grâce à nous, freinée.

■ **Vous venez de m'expliquer que la fraude s'étend, car elle peut sembler aisée à réaliser et sans grand risque d'être découverte. Le fraudeur sait ainsi qu'il n'a à craindre que des sanctions légères. Vous avez démontré que les assureurs, s'ils le veulent vraiment, peuvent déceler des manœuvres frauduleuses et en apporter la preuve. Ne croyez-vous pas que tout cela relève néanmoins d'un certain artisanat et qu'il serait temps que la profession se dote de moyens appropriés ?**

■ J'en suis personnellement persuadé. Et je ne suis évidemment pas le seul. Beaucoup de correspondants anti-fraude d'Alfa dans les sociétés d'assurance regrettent de ne pas avoir à leur disposition les outils qui leur seraient nécessaires pour lutter avec efficacité contre les fraudeurs qui les grugent insolemment.

Ils savent que les sociétés d'assurance sont comme ces grands géants dont la taille peut faire peur, mais qui sont si lourds et tellement entravés que les plus faibles de leurs adversaires sont capables de les faire trébucher. Le combat de

l'assureur et des fraudeurs, c'est un peu celui de Gulliver contre les Lilliputiens. L'un représente une puissance financière énorme et dispose de juristes particulièrement compétents. Les autres ont l'initiative. Ils attaquent avec le masque de la présomption d'honnêteté. Le premier est quasiment aveugle par absence de renseignements et il se trouve de plus ligoté par les liens de la procédure. Ses possibilités de mettre en échec l'arme efficace de la bonne foi présumée sont finalement réduites.

Cette métaphore nous permet d'aborder le problème tabou, mais pourtant crucial, des fichiers. Actuellement, un fraudeur peut se permettre d'aller d'une compagnie d'assurances à l'autre, d'y faire de fausses déclarations et de leur déclarer des sinistres douteux sans grande crainte d'être repéré. Il n'y a pas en effet de fichier central des sinistres comme aux États-Unis, au Canada ou aux Pays-Bas. La Cnil a plus ou moins obligé le Fichier national sur les risques aggravés en matière d'assurance vie à se saborder, après lui avoir imposé des obligations considérées comme trop difficiles à satisfaire. Il en est à peu près de même du fichier Agira sur le risque automobile, aux objectifs déjà bien limités, mais qui a dû pourtant abandonner provisoirement son projet de modernisation.

Actuellement, l'information des assureurs sur les sinistres se limite au Fichier des cumuls de sinistres en assurance de personnes, qui ne concerne que dix sociétés dont un réassureur. Il y a aussi les fichiers Argos travaillant par croisement de renseignements sur les véhicules volés, placés en épave, trouvés en fourrière, gravés ou mis en circulation par Mercedes. Il y a enfin le fichier Échange d'informations d'Alfa, qui recense pendant cinq ans une moyenne de 8 000 personnes ayant tenté de se faire verser indûment une indemnité d'assurance. Il n'existe absolument rien d'autre, sinon une messagerie Minitel par laquelle Alfa donne aux assureurs la possibilité de rechercher ponctuellement des renseignements. C'est parfois utile, voire particulièrement efficace, surtout si les partenaires répondent ne se montrent pas trop négligents. Ce qui n'est pas toujours le cas !

■ **Si les assureurs paraissent effectivement désarmés, la fraude dont ils sont les victimes constitue un délit pénal. Ils devraient donc pouvoir compter sur les pouvoirs publics pour les aider à la déceler, à la prouver et à la faire condamner. Ceux-ci disposent de moyens et de fichiers.**

■ Cette question met en évidence toute l'ambiguïté de la situation dans laquelle se débattent les assureurs. D'un côté, on leur dit : « Ne tombez pas dans le piège sécuritaire. La sécurité privée est proche de l'illégalité. Vous devez laisser faire la police. » De l'autre, la police reçoit des plaintes et ne fait aucune enquête. Ce n'est d'ailleurs pas un reproche. Police et gendarmerie sont affrontées à d'autres formes de délinquance, bien plus préoccupantes pour la sécurité publique. De plus, les inspecteurs ou les gendarmes qui prennent des plaintes pour vol, qui

effectuent des procès-verbaux d'accidents ou qui constatent des incendies ne connaissent pas au départ les conditions dans lesquelles les contrats d'assurance ont été souscrits. Ils ne savent même pas s'il y en a. Ils s'adressent d'ailleurs de plus en plus souvent à Alfa pour le savoir. Et nous y répondons si possible, mais en utilisant les faibles moyens dont j'ai parlé plus haut.

La réciproque n'est malheureusement pas la règle. Les assureurs, là encore, ne se trouvent pas sur un pied d'égalité. Ils n'ont pas officiellement accès aux sources de renseignements qu'utilisent quotidiennement les officiers de la police judiciaire. Malgré la demande qui avait été faite lors de la discussion du projet, la récente loi du 19 décembre 1990 ne leur a pas permis d'avoir officiellement accès aux historiques des véhicules. Cela facilite grandement la tâche des fraudeurs qui assurent des épaves et les déclarent volées. Pas d'enquête de la police ! Pas de possibilité de recherches pour l'assureur ! Donc, aucune raison pour déposer une plainte. L'indemnité est acquise d'avance.

A moins que l'assureur ne demande une enquête à un spécialiste, souvent ancien officier de police judiciaire. Mais cela n'est pas gratuit. C'est comme au poker. Il faut payer pour voir. Avec, en outre, tous les inconvénients d'un possible dérapage déontologique. Le détachement par le ministère de l'Intérieur d'un commissaire de police à Alfa vise à réduire ce genre de risque. Mais le recours à des enquêteurs se situant en dehors de l'organisation professionnelle ne facilite pas son contrôle.

■ **Dans tout ce que vous m'avez dit, il y a beaucoup de pessimisme. On discerne cependant un certain nombre de mesures qui ouvrent la voie à des solutions. Comment voyez-vous l'avenir ?**

■ Je constate seulement les failles qui existent dans le front que les assureurs sont censés opposer à des fraudeurs encouragés par ces mêmes faiblesses.

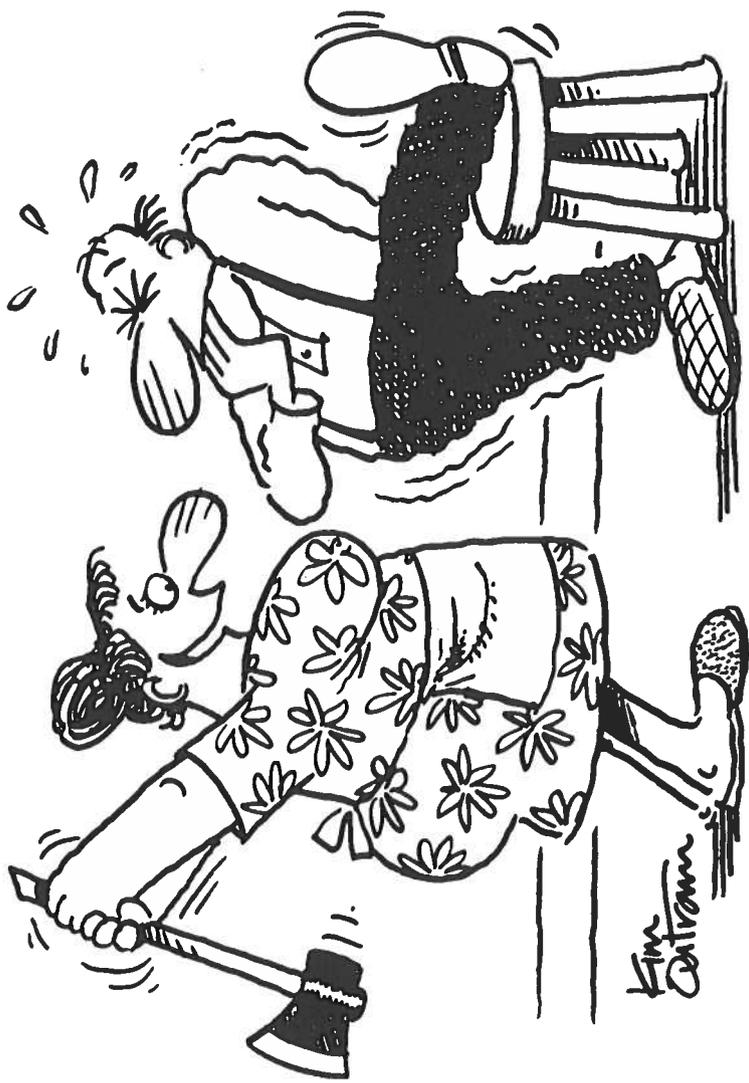
Au fond, je ne suis pas pessimiste. Je sais que les directions générales qui sont encore réticentes à admettre la gravité du phénomène y viendront, sinon par conviction, du moins par nécessité.

J'ai confiance dans les contacts que nous avons pris à Alfa avec la police, la gendarmerie, les sapeurs-pompiers, les experts, pour sensibiliser tous ceux dont la vigilance et l'activité peuvent mettre la fraude en échec.

Je crois également que des organisations européennes seront bientôt mises en place, car la fraude va profiter elle aussi de l'ouverture des frontières.

Je sais que les actions que nous avons ouvertes en France, grâce à l'appui de dirigeants clairvoyants, nous ont permis d'acquérir une expérience dont l'utilité et l'efficacité seront bientôt reconnues ■

*Propos recueillis par François Ewald.*



"DON'T BE SUCH A BIG BABY GEORGE!  
JUST THINK OF THE SMASHIN' HOLIDAY  
WE CAN HAVE WITH THE INSURANCE MONEY!"

"NE FAIS PAS LE BÉBÉ, GEORGES ! PENSE AUX VACANCES FRACASSANTES  
QUE NOUS POUVONS NOUS PAYER AVEC L'ARGENT DE L'ASSURANCE."

Kim Outram



# ACTION ANTI-FRAUDE

## en assurance vie

MOTS CLEFS : *banalisation* • *enquêtes* • *fichier* • *fraude* • *indices* • *secret médical* •

La fraude en assurance vie s'est développée plus tardivement qu'en l'ard. Mais elle a tendance là aussi à se banaliser, favorisée par l'évolution des mœurs et les difficultés économiques. L'action pour la combattre est difficile à conduire, notamment avec les exigences du secret médical. Cependant, l'étude attentive des dossiers, les enquêtes, les échanges d'informations, le fichier de cumuls de sinistres constituent des moyens d'action efficaces. Mais il faut avant tout une volonté et une détermination de chacun pour endiguer ce phénomène, qui coûte très cher aux assureurs et aux assurés.

La fraude peut être définie comme « un acte volontaire en vue de retirer un profit illégitime de l'assurance ». On peut dire que la fraude à l'assurance est aussi vieille que l'assurance elle-même. Mais elle a connu depuis de nombreuses années un grand développement et, aujourd'hui, elle est banalisée. On peut y voir une corrélation avec l'augmentation de la criminalité en général, ainsi qu'avec la récession et l'instabilité économique. C'est d'abord l'ard qui a été particulièrement touchée, puis le phénomène s'est lourdement aggravé dans la branche vie, notamment avec la crise économique et la création de nouveaux contrats destinés à garantir la santé ou l'emploi. En assurance vie, l'utilisation abusive du contrat est largement facilitée :

- par l'usage des fausses déclarations qui sont faites à la souscription ;
- par le phénomène de la surassurance ;
- par des déclarations de sinistres difficilement objectivables, telles que les névroses ou les maladies ostéo-articulaires ;
- par le phénomène d'accoutumance aux prestations.

La plupart des sinistres douteux font suite à des déclarations d'incapacité, d'invalidité ou de décès. En matière d'incapacité ou d'invalidité, notamment pour les maladies non objectivables, le contrôle médical est rarement catégo-

\* Conseiller technique à la Scor vie.

rique et décisif, et c'est pourquoi il est souvent nécessaire de procéder à des vérifications qui sont souvent difficiles à conduire, car, contrairement à l'Iard, où l'on traite un événement ponctuel fondé sur des éléments matériels, on est ici très souvent face à un événement de longue durée qui atteint la santé et la vie privée.

En assurance vie, nous nous heurtons toujours aux exigences du secret médical, notamment lorsqu'il convient de contrôler l'exactitude des déclarations de l'assuré soit au moment de la souscription du contrat, soit au moment du sinistre. Dans ce domaine, les informations de source médicale sont le plus souvent très incomplètes ou parfois même contradictoires, comme dans l'exemple suivant. Dans le cadre d'une assurance décès souscrite depuis moins de deux ans, un médecin remet à la famille un certificat attestant la mort naturelle de l'assuré, alors qu'après enquête il se révèle que l'intéressé s'est suicidé et que le même médecin a établi un certificat, à la demande de la police, indiquant comme cause de la mort une « absorption médicamenteuse volontaire ».

Que d'interrogations peut susciter également cet avis publicitaire que l'on a pu lire récemment sur les bus parisiens : « Istanbul 1 810 francs. Arrêtez-vous une semaine, votre médecin sera d'accord » !

Afin de rechercher les antécédents médicaux pouvant être à l'origine de fausses déclarations, nous faisons le plus souvent procéder à des enquêtes, mais nous vérifions également si l'assuré a souscrit des garanties identiques dans d'autres compagnies. En s'adressant à ces compagnies, on peut apprendre, par exemple, que ce gérant de société qui s'était déclaré en bonne santé lors de la souscription du contrat était en réalité, à ce moment là, en cours d'indemnisation pour invalidité auprès d'une autre compagnie. Ou que cet expert-comptable qui a souscrit de nombreux emprunts couverts par des assurances et qui s'est déclaré en bonne santé durant les cinq années précédentes avait été en réalité indemnisé pour invalidité deux ans auparavant. Ou que ce libraire âgé de 35 ans, en faillite, a souscrit en quelques semaines 14 contrats décès pour une garantie totale de plus de 40 millions de francs et qu'il est décédé trois mois plus tard dans un accident de la circulation.

Une procédure particulière peut parfois être utilisée pour établir sans contestation qu'un incapable ou un invalide continue à exercer son activité professionnelle. L'enquêteur a la possibilité, avec l'accord de la compagnie d'assurances, d'avoir recours à l'ordonnance sur requête, en application de l'article 493 du Code de procédure civile. Le président du tribunal saisi peut, sans débat contradictoire, donc sans aviser la partie adverse, accorder le concours d'un huissier pour procéder, par exemple sur les lieux du travail, à toutes constatations utiles et recueillir les déclarations des personnes concernées.

Avec l'expérience, on constate parfois que l'incitation à la fraude résulte de contrats d'assurance mal rédigés ou d'excès de garanties accordées, ce qui favorise souvent le phénomène d'accoutumance aux prestations. C'est ainsi, par

exemple, que des liens trop étroits entre le contrat d'assurance et les classements d'invalidité décidés par la Sécurité sociale font généralement obstacle aux actions ultérieures engagées par les compagnies. De même, les indemnisations sans aucune limite de certaines maladies conduisent souvent à des abus manifestes. Par exemple, cette directrice de société âgée de 36 ans, en arrêt de travail depuis 1981 pour conjungopathie, c'est-à-dire mésentente avec son mari, puis en invalidité depuis 1984, continue à percevoir une rente de 160 000 francs par an, alors que depuis elle a divorcé, a vécu en concubinage et s'est remariée ; mais elle se dit toujours dépressive, ce qui ne l'empêche pas de pratiquer l'alpinisme, de conduire une moto de grosse cylindrée et d'être classée au golf. Il est certain qu'elle refuse de comprendre que l'on puisse mettre fin à la rente de situation qui lui est offerte et qu'elle peut théoriquement percevoir jusqu'à l'âge de 65 ans.

Il convient également d'être particulièrement attentif aux sinistres qui surviennent dans les deux premières années du contrat, comme l'atteste déjà l'une des affaires citées. L'on sait à ce propos que les suicides font plus de victimes que les accidents de la route. On en compte en effet chaque année plus de 12 000. Il en est ainsi de ce médecin qui décède dans une clinique où il avait été admis et qui, contrairement aux déclarations de sa veuve, s'est volontairement donné la mort. Plusieurs contrats avaient été souscrits moins de deux ans auparavant. Les vérifications effectuées ont permis d'apprendre l'événement à deux compagnies qui étaient disposées à régler chacune un capital de 500 000 francs.

La survenance du sinistre peu après la souscription du contrat fait partie d'une liste des indices qui a été établie et qui laisse présumer la fraude en assurance de personnes. On relève ainsi 51 faits qui peuvent amener à s'interroger, notamment lorsqu'un certain nombre d'entre eux se trouvent réunis dans un même dossier. Par exemple, une réticence à fournir les documents médicaux demandés, des affections changeantes, des pièces justificatives douteuses, sans entête, photocopiées ou raturées, un questionnaire médical incomplet, non daté et non signé, un rapport médical trop imprécis.

Par ailleurs, il est apparu depuis longtemps qu'il pouvait être particulièrement intéressant de connaître les cumuls de contrats pour détecter certains cas de fraudes ; cette détection ne devrait plus être laissée au hasard ou à l'initiative plus heureuse d'un régleur de sinistres, mais devrait être systématique.

Il n'existait dans ce domaine aucun moyen technique. C'est pourquoi la Scor a proposé à un groupe d'assureurs et de réassureurs de créer un fichier des cumuls de sinistres en assurance de personnes, afin de détecter les cumuls de contrats et de prestations qui peuvent conduire à des fraudes. A cet effet, la Scor a procédé à l'élaboration et à la mise en place de ce système dont elle assure actuellement la gestion. Son fonctionnement est effectif depuis le mois de juin 1989.

Le fichier prend en mémoire les informations fournies par les adhérents concernant les incapacités, les invalidités et les décès. Ces informations, qui

sont en principe déjà contenues dans les systèmes informatiques des sociétés, ont été réduites au minimum afin de faciliter l'alimentation et l'exploitation du fichier. Il s'agit en effet essentiellement de déceler les anomalies qui inciteront à solliciter des renseignements complémentaires auprès des compagnies concernées.

Le fichier est tenu par une société de services et alimenté par des médias informatiques produits automatiquement et régulièrement par les participants, les transferts étant assurés par bandes magnétiques ou par télétransmission. L'enregistrement des sinistres dans la base de données peut également être effectué par Minitel.

Les mises à jour sont hebdomadaires, ce qui est indispensable, notamment pour les sinistres décès, dont les règlements sont faits rapidement. Des traitements sont périodiquement effectués pour réaliser des rapprochements, détecter les enregistrements voisins les uns des autres et les signaler aux sociétés concernées.

Le fichier peut être consulté par Minitel avec les sécurités d'accès et de confidentialité habituelles. Cette consultation a lieu aussi bien lors de la souscription qu'après la survenance d'un sinistre. Elle permet des recherches à partir de plusieurs séries de critères, tels que, par exemple, le nom, la date de naissance, ou le nom et la date du sinistre, ou la date du sinistre et la date de naissance. Il est également possible d'effectuer des recherches de proximité à partir de plusieurs critères, comme les noms orthographiés différemment ou la période approximative de survenance d'un sinistre.

Pour assurer la gestion du fichier, il a été constitué un GIE qui permet de répartir les coûts en limitant les frais de gestion. Une déclaration a été faite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Le récépissé de cette déclaration a été délivré le 5 janvier 1989.

Le groupement qui a été ainsi constitué comprend actuellement 22 compagnies d'assurances parmi les plus importantes du marché. Mais sa vocation est de s'étendre à l'ensemble des compagnies pour pouvoir développer au maximum la richesse des informations enregistrées et obtenir ainsi sa pleine efficacité.

Cette action anti-fraude, toujours conduite avec mesure et précaution, n'est certes pas facile à traiter. Elle exige de la ténacité, mais aussi beaucoup de prudence et d'attention, car elle s'exerce dans le domaine particulièrement sensible de la santé et de la vie privée. La recherche de la preuve, qui se heurte le plus souvent au secret médical, en est rendue d'autant plus difficile et délicate.

Par ailleurs, les préoccupations commerciales pèsent souvent sur le règlement des dossiers. Mais il faut rappeler que l'assureur est un gestionnaire de mutualité et que la fraude ne doit pas pénaliser l'ensemble des assurés de bonne foi. Lutter contre la fraude permet au contraire de faire bénéficier ces assurés des meilleures conditions de couverture ou d'offrir de plus larges services et

répond enfin à un souci de moralisation, car c'est préserver la loyauté et la bonne foi, qui constituent le fondement du contrat d'assurance.

Ces différentes préoccupations ont amené la Scor, il y a quatre ans, à créer un poste de conseiller technique chargé du contrôle des sinistres et de la lutte anti-fraude dans le domaine des assurances de personnes. Le poste est maintenant intégré à Scor vie. Il convient de coordonner l'action anti-fraude de la société en développant les enquêtes nécessaires et de conseiller les cédantes sur la conduite à tenir, aussi bien au niveau de la détection que de l'exploitation des dossiers.

Il n'est pas possible aujourd'hui de chiffrer avec précision l'ampleur de la fraude, mais, pour l'Europe, la fraude en général a été évaluée par le Comité européen des assurances à 6 % du montant des primes, et, aux États-Unis, on estime qu'elle représente en assurance maladie de 10 à 15 % des primes. Il est par contre indéniable que la fraude apparaît désormais comme une tendance lourde pesant sur la profession ■



- SI JE PRENDS CETTE POLICE SUR MA FEMME, ET SI ELLE MEURT DEMAIN, QU'EST-CE QUE J'AURAI ?

- PERPÉTUITÉ.

M. Flanagan

# FAUT-IL PENDRE LES CRIMINELS ?

MOTS CLEFS : *audit • crime • fraude • sanctions •*

Cette note présente une série d'arguments économiques qui expliquent pourquoi il faut se contenter d'un niveau de sanction limité pour les délits économiques. Cela est vrai lorsqu'il n'existe aucune borne a priori au niveau de sanction mais aussi lorsqu'une telle borne est imposée.

Le titre peut paraître provocateur. Surtout si l'on ajoute que le mot « criminel » est pris dans son acception la plus large. En d'autres termes, il ne s'agit pas seulement d'accrocher à la potence les assassins, mais aussi les trafiquants de tout genre, les fraudeurs, les pollueurs et les chauffards. Que l'on se rassure, nous apportons à la question du titre une réponse négative ; mais d'abord, il nous faut montrer pourquoi elle se pose naturellement à l'économiste. C'est à Becker<sup>1</sup> et plus largement à l'école de Chicago que l'on doit cette proposition. La caractéristique de cette école est de réduire au minimum la part de l'irrationalité dans les décisions et les comportements humains. Des choix apparemment aussi peu économiques que le mariage, le divorce, le partage des responsabilités dans le couple, la fécondité et la criminalité sont aujourd'hui traités avec les mêmes instruments que la consommation et l'investissement.

La proposition de Becker repose sur deux hypothèses majeures : la rationalité individuelle et un objectif social que l'on peut qualifier d'amoral. Par rationalité individuelle, on veut dire que l'individu pèse le pour et le contre de chacune de ses actions et ne prendra jamais une décision qui implique une conséquence fatale – la mort, la ruine, le déshonneur –, ne fût-ce qu'avec une faible probabilité. L'objectif des pouvoirs publics est amoral en ce sens qu'il n'est affecté que par les actions effectives et non par les menaces de telles actions. En clair, une société qui menace de mort le criminel ne perd pas son âme si cette menace n'est jamais mise à exécution. A cet égard, la question du titre est mal posée. Il faudrait lire : pourquoi faut-il menacer les criminels de pendaison ?

Pour illustrer le raisonnement qui conduit à y répondre affirmativement, nous prendrons l'exemple de la fraude sur l'impôt des personnes physiques. Soit un

\* Département d'économie à l'université de Liège à Bruxelles.  
Je tiens à remercier François Ewald et Georges Kellens pour leurs utiles suggestions.  
1. Voir Becker (1968) et Stigler (1970).

contribuable dont le revenu effectivement perçu est  $R$  et le taux d'imposition  $t$ . Le fisc ne peut connaître ce revenu qu'à la suite d'un contrôle. Si  $X$  dénote le revenu déclaré,  $p$ , la probabilité d'un tel contrôle, et  $P$ , la sanction infligée en cas de fraude, proportionnelle au montant des revenus cachés au fisc, le revenu disponible du contribuable fraudeur s'écrit :

$$Y_1 = R - tX, \text{ si la fraude n'est pas décelée,}$$

et

$$Y_2 = R - tX - P, \text{ si la fraude est décelée, où } P = \pi (R - X) \text{ avec } \pi > t$$

Le problème du contribuable consiste à décider si oui ou non il fraude, et, dans l'affirmative, de combien. Il choisira donc de déclarer le revenu  $X$  qui lui apporte l'utilité la plus élevée. Cette utilité dans ce contexte d'incertitude s'écrit comme l'espérance mathématique de l'utilité du revenu au cas où il échappe au contrôle fiscal et de l'utilité du revenu au cas où sa fraude est détectée. Soit :

$$(1 - p) u(R - tX) + p u[R - tX - \pi(R - X)]$$

où  $u(.)$  est une fonction d'utilité augmentant avec le revenu, mais à un taux décroissant. On s'attend normalement à ce que la fraude  $R - X$  diminue si  $p$  ou  $\pi$  augmentent. Sous certaines conditions, une pénalité  $\pi$  très élevée impliquant un revenu nul pour le contribuable contrôlé devrait être suffisante pour induire le contribuable à l'honnêteté. En effet, même si la probabilité d'être pris est infime, la perspective de ne rien gagner, ce qui, dans le cadre de cet exemple, est équivalent à la sanction capitale, rend la fraude totalement prohibitive.

Face à cette donnée, les pouvoirs publics choisiront la pénalité  $\pi$  et la fréquence des contrôles  $p$  qui permettent de minimiser le coût social de la fraude. Ce coût consiste en deux parties : le manque à gagner pour le Trésor et le coût des contrôles qui dépendra de leur fréquence. Dans le cas simple où tous les contribuables sont identiques, cela revient à minimiser :

$$(t - p\pi) [R - X(p, \pi)] + pc$$

où  $c$  dénote le coût de chaque contrôle et  $X(p, \pi)$  indique la relation fonctionnelle (positive) entre revenu déclaré, d'une part, et pénalité ou fréquence des contrôles, d'autre part. On voit de suite que la solution à ce problème est simple : choisir une fréquence  $p$  infiniment petite et un taux de pénalité  $\pi$  suffisamment élevé pour assurer l'égalité entre  $R$  et  $X$ , auquel cas le coût social de la fraude est nul.

Nous obtenons ainsi la proposition dont la paternité est attribuée à Becker : la politique optimale à l'égard de la fraude fiscale, mais aussi de toute autre forme de criminalité, implique l'adoption de sanctions lourdes, dissuasives, et une fréquence de contrôles faible, suffisante cependant pour que personne ne sente totalement à l'abri de ces contrôles.

Une société qui veut réduire son taux de criminalité et qui peut le faire soit en multipliant les contrôles, soit en adoptant des sanctions de plus en plus sévères

choisira cette dernière formule, puisqu'elle coûte peu au Trésor. En outre, si ces sanctions sont suffisamment dissuasives, elles ne seront jamais appliquées, car la criminalité disparaîtra.

Quelles sont les failles de ce beau raisonnement ? Il n'existe en effet aucune société qui ait trouvé le moyen de supprimer la criminalité de cette façon. Nous savons qu'il faut vivre avec le crime et que les divers systèmes de sanction ne sont quasiment jamais aussi radicaux que le préconise la théorie économique qui vient d'être esquissée. Ajoutons que là où les sanctions sont sévères, elles ne réussissent pas à supprimer la criminalité.

Dans la suite de cet exposé, nous allons présenter deux lignes d'arguments. La première explique pourquoi il ne faut pas appliquer de telles sanctions extrêmes ; la seconde, partant du constat que les sanctions sont généralement modérées, explique pourquoi il n'est pas souvent souhaitable de les rendre plus dissuasives.

## **I. POURQUOI NE FAUT-IL PAS PENDRE LES FRAUDEURS ET LES POLLUEURS ?**

La première objection qui vient à l'esprit du lecteur de Becker concerne l'hypothèse de rationalité. Pour toute une série de criminalités, il est en effet vraisemblable que, au moment de perpétrer son forfait, l'individu est guidé par une passion aveugle qui lui fait minimiser, voire négliger, la perspective d'être pris et les conséquences qui s'ensuivent. C'est certainement vrai des crimes passionnels ou des crimes liés à la drogue ou à l'alcool. Citons à ce sujet ce que les criminologues en pensent à propos de la peine capitale : « L'effet dissuasif allégué de la peine de mort est basé sur la supposition d'un choix libre et rationnel. Or le crime pour lequel la peine de mort est le plus fréquemment prévue, l'homicide criminel, est le plus souvent commis dans des circonstances qui excluent toute volonté libre ou appréciation rationnelle des conséquences de son acte » (Kellens, 1991, p. 72). En revanche, pour les crimes de nature économique tels que la fraude fiscale ou la pollution industrielle, l'individu dont l'objectif premier est le gain économique sera sensible aux contraintes et aux incitations financières. C'est donc de ces types de criminalité qu'il sera question dans la suite.

Une seconde objection au châtement suprême repose sur la possibilité d'erreurs<sup>2</sup> judiciaires. On distingue généralement deux types d'erreur<sup>3</sup>. Le premier type se produit lorsqu'un criminel est arrêté, puis est faussement innocenté et relâché. Le second type se produit lorsqu'un innocent est injustement arrêté et condamné. Ce type d'erreur, auquel n'échappe aucun système judiciaire, doit conduire à la prudence vis-à-vis de l'arbitrage entre niveau de

2. Pestieau et al. (*The Optimal Tradeoff Between the Probability and Magnitude of Firms When Taxes are set Optimally*, 1992).

3. Cette distinction s'apparente à celle que font les criminologues entre faux positif et faux négatif.

sanction et fréquence des contrôles. On devine aisément que, dans la mesure où chacun peut être un jour injustement accusé d'avoir commis un crime, il est difficile d'appliquer une sanction trop sévère.

Dans le même esprit, on peut introduire un élément de réalisme dans le cadre conceptuel utilisé jusqu'à présent et admettre que les autorités judiciaires incluant les jurys exigent, avant de se prononcer, d'être certaines au-delà de tout doute raisonnable, et ce d'autant plus que la sanction applicable est sévère<sup>4</sup>. En d'autres termes, il existe une relation entre la probabilité d'être condamné et la lourdeur de la peine. Dans ce cas, une peine jugée disproportionnellement lourde pour la faute commise pourrait encourager plutôt que décourager certains types de criminalité, toute poursuite étant suivie d'une relaxe. Revenons à l'exemple de la fraude et supposons que la moindre fraude soit sanctionnée par la peine de mort. Quelles autorités fiscale ou judiciaire prendraient le risque de prononcer un verdict de culpabilité étant donné la lourdeur de la peine et la possibilité même infime de se tromper ? Comme le note Kellens à propos de la peine capitale : « La peine de mort tend à contrecarrer son propre objet, qui est de protéger la société, en augmentant le nombre des acquittements dans des affaires capitales. Sa présence, spécialement quand on la rend obligatoire, réduit le risque de condamnation de personnes accusées » (Kellens, 1991, p. 72).

Même dans un contexte où le doute et l'erreur n'existent pas, il peut être souhaitable d'appliquer des peines modérées pour certains types de criminalité<sup>5</sup>.

Prenons le cas de la pollution industrielle et supposons que certains producteurs aient un rendement social tel qu'on devrait les laisser polluer alors que les autres producteurs devraient être empêchés de polluer. Supposons en outre qu'il ne soit pas possible pour les pouvoirs publics de distinguer ces deux types de producteurs. Il est alors souhaitable d'appliquer un système de sanctions limitées qui, combinées avec une fréquence modérée de contrôle, induisent les premiers à polluer et en dissuadent les seconds. Ce raisonnement peut s'étendre à d'autres criminalités. Certaines professions dont l'activité est socialement souhaitée et dont les gains sont élevés choisiraient rationnellement de frauder, alors que le système de contrôle, le même pour tous, dissuaderait les autres d'en faire autant. L'homme d'affaires pressé, pour qui « le temps, c'est de l'argent », n'hésiterait pas à rouler à tombeau ouvert sur les autoroutes, payant les procès en cas de contrôle, alors que le jeu n'en vaudrait pas la chandelle pour la plupart des automobilistes.

Cet argument, qui repose sur l'hétérogénéité des agents économiques et la présence d'« externalités positives », peut être parfois réfuté lorsqu'il est possible de percevoir une sorte de « droit à l'infraction »<sup>6</sup>. Le pollueur, le fraudeur, le chauffard achèteraient une licence leur permettant de violer la loi. Pour

4. Andreoni (1991).

5. Polinski et Shavell (1979).

6. Pestieau et al. (« The Penalty for Tax Evasion when There are Errors and Taxes are not Optimally », 1992).

ceux qui ne trouvent pas avantageux de se procurer cette licence, la proposition de Becker pourrait s'appliquer : lourde peine et fréquence des contrôles infime. Si le principe de droits à la pollution est largement admis, on devine les objections éthiques et politiques que soulèverait l'extension de ces licences à des criminalités plus dures.

Enfin, il nous faut évoquer la possibilité de collusions entre les criminels et les agents de contrôle<sup>7</sup>. Plus les sanctions sont élevées, plus fréquentes sont les tentatives de corruption. On imagine aisément que, pour la plupart des crimes économiques, l'établissement de peines capitales aurait pour effet de corrompre tout le système de régulation. C'est d'ailleurs ce que l'on observe dans certains pays en voie de développement où le traitement des agents de l'État est disproportionnellement faible par rapport aux gains des fraudeurs et des trafiquants de toute sorte.

## **II. POURQUOI NE FAUT-IL PAS AUGMENTER LA SÉVÉRITÉ DES PEINES ?**

Plaçons-nous maintenant dans le cadre plus réaliste d'un système de régulation de la criminalité où les sanctions ne sont pas extrêmes et la fréquence des contrôles non négligeable. D'après le modèle économique de Chicago, il serait souhaitable d'augmenter la sévérité des peines et de diminuer la fréquence de contrôle ; l'utilité des criminels attrapés diminuerait, mais cette perte serait compensée par une réduction du coût des contrôles. Et pourtant, la réalité n'est pas si simple. Outre les arguments déjà évoqués ci-dessus, il en existe d'autres propres à la question spécifique de sanctions limitées au départ<sup>8</sup>.

D'abord, il se peut que la perte de bien-être du criminel attrapé soit à tel point élevée qu'elle domine l'avantage pécuniaire que la baisse des coûts de contrôle représente pour le Trésor et l'avantage social d'une réduction de la criminalité.

Deuxièmement, il peut arriver pour certaines criminalités dont les sanctions sont pécuniaires qu'une augmentation du niveau individuel des sanctions conduirait à une diminution des recettes de l'État.

Troisièmement, il est possible qu'une augmentation de sanctions pécuniaires conduise certains délinquants à commettre davantage plutôt que moins de crimes, afin de maintenir leur pouvoir d'achat intact ou pour protester contre un système jugé injuste.

Quatrièmement, il existe un argument reposant sur l'échelle relative des sanctions pour différents types de criminalité. Si la sanction d'une criminalité particulière vient à augmenter, certains pourraient être attirés par d'autres criminalités moins réprouvées ou rapportant davantage pour une structure de répression donnée<sup>9</sup>. C'est ce que les criminologues appellent l'« effet de remplacement ».

7. *Kofman, F. et Lawarrée, J. (1990).*

8. *Ces différents arguments sont développés par Carr-Hill et Stern (1979).*

9. *Stigler (1970).*

Cinquièmement, il se pourrait que le contrevenant influence le coût du contrôle en fonction de la sanction. Pour une sanction élevée, un fraudeur s'entourera de conseillers fiscaux qui rendent le coût de la détection beaucoup plus élevé.

Enfin, dans une société où l'aversion au risque varie d'un individu à l'autre, et où la régulation de certaines criminalités est assez coûteuse, l'État peut se satisfaire d'une combinaison de pénalités-contrôles qui ait pour implication qu'une grosse partie de la population respecte la loi, alors que l'autre partie, la moins frileuse, fait le pari de tricher, de frauder, d'enfreindre les lois au risque de se faire prendre et de subir alors une sanction qui ne peut être trop lourde<sup>10</sup>.

## CONCLUSION

Que faut-il conclure de ces arguments d'économiste sur le traitement de la criminalité ? Ces arguments sont économiques non pas tant parce que la nature des infractions et des sanctions est économique, mais parce qu'ils reposent sur une hypothèse de rationalité individuelle et collective. Une société qui voudrait supprimer à tout prix une forme particulière de criminalité ou un criminel qui ne procéderait pas à un calcul économique avant de perpétrer son forfait n'ont pas leur place dans cette analyse.

Dans ce cadre particulier, il semble clair que, pour les délits économiques, il faille bien se contenter d'un niveau de sanctions limité. C'est bien ce que l'on observe dans nos sociétés. Se pose alors une question additionnelle : faut-il réduire davantage ces sanctions ? Nous avons présenté une série de circonstances où il faut y répondre par l'affirmative. Ces conditions particulières ne sont d'ailleurs pas nécessairement remplies dans la réalité.

Dans cette note, nous nous sommes limités à un jeu à deux partenaires : l'État et l'individu, criminel potentiel. Il serait intéressant d'en introduire un troisième, l'assureur. Le rôle, la fonction première de l'assurance n'est-elle pas de couvrir les risques de sinistres ? Or le risque est au cœur même de la plupart des activités criminelles. Non seulement le criminel encourt le risque de ses actions, mais plus encore ses victimes. L'assurance peut *a priori* jouer des rôles différents selon qu'elle couvre les risques courus par le criminel ou ceux dont souffrent ses victimes. L'assurance intervient ainsi à plusieurs titres.

D'abord, en assurant le criminel en cas d'échec. On pourrait ainsi imaginer une assurance pour excès de vitesse, qui correspond à la licence dont il a été question plus haut. Ensuite, l'assureur, en couvrant certains types de risques – vol de bijoux, enlèvement d'hommes d'affaires ou de riches héritiers –, peut encourager les criminalités qui y correspondent. Enfin, dans certains cas de fraude à l'assurance, l'assureur peut préférer ne pas procéder à des enquêtes coûteuses, alors que l'éthique sociale l'imposerait. Inversement, l'assurance

10. Pestieau et al. (*The Penalty for Tax Evasion when There are Errors and Taxes are not Optimally*, 1992).

peut mener une enquête beaucoup plus loin que ne le feraient les pouvoirs publics.

En France, les sociétés d'assurance ne sont pas légalement autorisées à couvrir les pertes consécutives à des infractions intentionnelles<sup>11</sup>. Elles ne pourraient pas fournir une voiture avec chauffeur à un automobiliste interdit de conduite pour excès de vitesse<sup>12</sup>. Une telle police favoriserait au détriment de l'intérêt général des sinistres causés intentionnellement par l'assuré lui-même.

Comment éviter que la sécurité que procure l'assurance ne conduise certains à des négligences criminelles ? Ce phénomène, qui porte le nom de « risque moral », justifie l'existence de franchises dans la plupart des contrats d'assurance.

Enfin, pour certains types de petites fraudes, les assureurs préfèrent ne pas faire toute la lumière. Cela leur coûterait plus que cela ne leur rapporterait. Dans d'autres cas, thèmes de films ou de romans policiers, les assureurs choisissent d'élucider à grand prix des fraudes particulières pour que cela serve de leçon.

Ces exemples indiquent bien que la logique d'un intermédiaire tel que la société d'assurance ne coïncide pas nécessairement avec les objectifs des pouvoirs publics. Certes, la loi peut contribuer à réduire cet écart, mais ce ne sera jamais que d'une façon limitée. Ce qui importe sans doute le plus, c'est l'éthique professionnelle du secteur ■

### Bibliographie

- ANDREONI, J., - Reasonable Doubt and the Optimal Magnitude of Fines : Should the Penalty Fit the Crime ? -, *The Rand Journal of Economics*, vol. 22, n° 3, p. 385-395, 1991.
- BECKER, G. S., - Crime and Punishment : An Economic Approach -, *Journal of Political Economy*, vol. 76, p. 169-217, 1968.
- CARR-HILL, R. A., et STERN, N. H., *Crime, The Police and Criminal Statistics. An Analysis of Official Statistics for England and Wales Using Econometric Methods*, Academic Press, London, 1979.
- KELLENS, G., *Précis de pénologie et de droit des sanctions pénales*, Collection scientifique de la faculté de droit de l'université de Liège, 1991.
- KOFMAN et LAWARRÉE, J., *Collusion in Hierarchical Agencies*, ronéo, University of Washington, 1990.
- PESTIEAU, P., POSSEN, U., et SLUTSKY, S., *The Optimal Tradeoff Between the Probability and Magnitude of Firms When Taxes are set Optimally*, ronéo, Cornell University, 1992.
- PESTIEAU, P., POSSEN, U., et SLUTSKY, S., *The Penalty for Tax Evasion when There are Errors and Taxes are not Optimally*, ronéo, Cornell University, 1992.
- PICARD, M., et BESSON, A., *Les Assurances terrestres*, t. I : *Le Contrat d'assurance*, Paris, LGDJ, 5<sup>e</sup> éd., 1982.
- POLINSKI, A. M., et SHAVELL, S., - The Optimal Tradeoff between the Probability and Magnitude of Fines -, *American Economic Review*, vol. 69, p. 880-891, 1979.
- STIGLER, G. L., - The Optimal Enforcement of Laws -, *Journal of Political Economy*, vol. 78, p. 526-536, 1970.

11. C'est ce qu'on appelle la prohibition de l'assurance du dol. Voir là-dessus Picard et Besson (1982), p. 38.

12. En 1991, l'UAP assistance a voulu introduire un nouveau produit, la mise à disposition d'un chauffeur de remplacement - pour permettre à toute personne sanctionnée par un retrait du permis de conduire d'effectuer ses trajets et déplacements professionnels. La réaction du gouvernement fut rapide. Elle rappelait qu'aucun assureur ne pouvait répondre des pertes et dommages d'une faute intentionnelle de l'assuré. Notons cependant que, dans de nombreux pays, les gens de maison peuvent bénéficier d'une assurance contre les accidents de travail bien que la majorité d'entre eux travaillent illégalement.



# SINISTRALITE DE CRISE

**MOTS CLEFS :** *aggravation des sinistres • assurance crédit caution • crise économique • défaut d'entretien • défaut de prévention • escroquerie à l'assurance • vol •*

La crise économique aggrave de différentes façons la fréquence et le montant des sinistres dans la plupart des branches. C'est ainsi que les vols, les escroqueries à l'assurance et les sinistres dus à un défaut d'entretien ou de prévention ont connu une forte croissance pour partie liée aux difficultés économiques. Les assurances de personnes ne sont pas épargnées.

■ **Risques : Pensez-vous que l'expression « sinistralité de crise » corresponde à une réalité concrète ?**

■ **Christian Strulovici :** Cette expression, qui fait florès chez les assureurs aujourd'hui, recouvre en effet une réalité bien concrète : la crise économique induit de différentes manières – plus ou moins directes – un alourdissement de la charge des sinistres qu'ils supportent. Même s'il est difficile de prouver cette relation de cause à effet, et encore plus de mesurer la part de l'aggravation des sinistres provoquée par la récession, aucun professionnel ne conteste sérieusement ce phénomène. Des sinistres de types classiques, et non de types spécifiques de la crise, se produisent qui auraient été évités, ou qui auraient causé moins de dommages, dans un contexte économique plus serein.

■ **Quelles sont les catégories d'assurances touchées ?**

Elles le sont presque toutes, assurances dommages ou responsabilité civile, et assurances de personnes. Mais je distinguerai conventionnellement les sinistres favorisés ou aggravés par la crise selon qu'un tiers au contrat d'assurance en est à l'origine (vol, par exemple) ou pas, et, dans ce dernier cas, selon que l'assuré se livre à une escroquerie à l'assurance (« vente » à l'assureur d'un stock par ailleurs difficile à écouler du fait de la conjoncture au moyen d'un sinistre incendie, vol ou autre, provoqué ou simulé) ou qu'il subit le sinistre (qui n'a

\* Directeur technique marchés du Gan.

alors rien de frauduleux, tel qu'un incendie résultant d'économies en matière de prévention).

- Sinistres causés ou aggravés par un tiers

Lorsqu'on évoque la sinistralité de crise, c'est d'abord l'augmentation de la fréquence des vols dans les branches automobiles, habitations, commerces, entreprises qui vient à l'esprit, et une statistique récente (présentée par l'Apsad) montre une forte corrélation régionale entre le taux de chômage des jeunes hommes et les fréquences des vols d'autos.

Sans verser dans un misérabilisme d'un autre âge, on peut penser que certains de ces vols ont une motivation utilitaire, voire alimentaire, qui, à défaut de les rendre plus acceptables, en fournit une explication : des chômeurs, disposant de plus de temps et de moins de revenus que s'ils étaient en activité, de toute façon proportionnellement peu nombreux (et aucune généralisation à cet égard ne manquerait d'être injuste ni odieuse), rejoignent ceux qui, plus « professionnels », commettent des vols en toute saison économique – pour leur propre usage ou, surtout, pour la revente. S'agissant de vols d'autos, parallèlement à cette augmentation de l'offre de services, la demande s'est accrue en raison de la crise en deçà et au-delà des frontières : il est ainsi bien connu que les filières de voitures volées vers les pays de l'Est se sont singulièrement élargies.

En outre, les licenciements décidés, les menaces de licenciements futurs et le durcissement parfois des conditions de travail faites à ceux dont l'emploi n'est pas mis en cause, qui accompagnent la crise, entraînent des expressions de mécontentement, dont les manifestations extrêmes peuvent prendre la forme de sinistres criminels, en définitive au détriment des assureurs des entreprises : actes de vandalisme, incendies et bris de machines volontaires, détournement de biens ou de fonds, etc.

De même, la dureté des temps implique un exercice plus fréquent des recours lorsque des assurés sont victimes de dommages – notamment de faible ampleur – causés par d'autres, et ce surcroît d'exigence des victimes grève les résultats de l'assurance protection juridique.

Enfin, il n'est pas interdit de penser que quelques concessionnaires – réparateurs auto indécents – parviennent à compenser partiellement la diminution de leurs bénéfices, résultant de la forte baisse des ventes de véhicules neufs liée à la crise, par une surconsommation de pièces détachées ou une surfacturation d'heures de réparation à l'occasion de sinistres pris en charge par les assureurs.

- Sinistres non frauduleux

La recherche d'une meilleure productivité, rendue encore plus nécessaire par la crise, a souvent pour conséquence de limiter les budgets spécifiques de prévention dans les entreprises (ce qui dénote une grande confiance, d'ailleurs

méritée, dans la capacité des assureurs à honorer leurs engagements, sans quoi cette attitude serait suicidaire ou, pour le moins, paradoxale). Au-delà des budgets, l'esprit de prévention régresse au profit d'autres priorités, et il n'est pas rare de voir des cours ou des passages couverts plus encombrés de marchandises que naguère et permettant la communication d'un incendie d'un bâtiment à l'autre, des fréquences de dépoussiérage allégées, des travaux d'entretien et des réparations plus sommaires tant sur le matériel industriel que sur les équipements de prévention et de protection contre l'incendie, le vol, etc.

Les durées d'activité plus longues que par le passé imposées parfois à des machines entre deux vérifications ou réglages (peut-être aux seules machines encore en fonctionnement, les autres ayant été mises en sommeil en raison de la crise) ne peuvent pas ne pas causer en moyenne plus de sinistres aux machines elles-mêmes, de nature, s'il s'agit par exemple d'incendies ou d'explosions, à se propager alentour ; les dommages peuvent toucher également les produits fabriqués et être décelés avant leur livraison, ou après, d'où un surcroît de sinistres de responsabilité.

Quelle est ainsi la part des accidents provenant plus ou moins directement, malgré une réglementation déjà contraignante et complexe, de la recherche par les transporteurs routiers de marges d'exploitation correctes rendues plus difficiles par la crise ?

Plus généralement, quelle est la part des dommages de toute nature dus à un défaut d'entretien de biens dont les propriétaires – personnes physiques ou morales – n'ont pas voulu ou pu, pour cause de crise économique, engager les frais normaux de maintenance ?

Outre le défaut d'entretien, les difficultés économiques ont pour effet que les matériels sont remplacés en moyenne moins souvent ; or des équipements vétustes, surtout, mais pas exclusivement, s'ils sont peu entretenus, sont à l'origine de sinistres plus fréquents que des équipements récents.

Sur un autre plan, s'agissant des particuliers comme des entreprises, combien de petits sinistres qui, à matérialité égale, n'auraient pas été déclarés précédemment (ce dont la tarification tenait implicitement compte), même s'ils étaient incontestablement garantis, donnent lieu aujourd'hui à une demande d'indemnisation en bonne et due forme ? Cela peut concerner tous types de sinistres, assurances de choses pour des dommages divers (y compris d'origine naturelle), assurances de responsabilité (couvrant les dommages causés à autrui par les assurés et représentant la situation symétrique de celle qui a été évoquée plus haut).

L'assurance crédit et le cautionnement, qu'il s'agisse de l'opération de cautionnement direct ou de l'assurance des garants, constituent le domaine d'élection des effets de la conjoncture.

Le regain de prudence dû à la crise, les attitudes quelque peu malthusiennes, la formation d'une épargne de précaution au détriment de la consommation et, par contrecoup, de l'investissement, s'ils se nourrissent de la crise, l'alimentent

aussi en retour, ce qui pèse sur l'activité et la pérennité des entreprises cautionnées ou dont le crédit fournisseurs est garanti et implique donc un accroissement de la sinistralité « crédit-caution ».

C'est ainsi que, pour se libérer de leurs dettes, certains dirigeants d'entreprise, devant l'accumulation des difficultés, n'hésitent pas à user de la loi de 1985 sur les défaillances d'entreprises comme d'une commodité de gestion. D'autres, qui reçoivent de l'argent en dépôt, recourent à des pratiques illégales (détournement de fonds, escroquerie...), et des professions encore largement épargnées (notaires, avocats...) sont désormais concernées. Tout cela porte préjudice aux sociétés d'assurance crédit et de caution, ou d'assurance caution, qui se substituent aux personnes physiques ou morales défaillantes pour honorer leurs dettes.

Les assurances de personnes paient aussi leur écot à la crise économique.

L'aggravation du chômage, qui constitue l'illustration la plus dramatique de la crise, a ainsi une incidence directe sur la garantie des emprunteurs particuliers. Le transfert contractuel sur les sociétés d'assurance de tout ou partie de la charge de remboursement de l'emprunt, quand l'emprunteur précédemment salarié devient chômeur, entraîne une forte dégradation des résultats de cette branche. Cela vaut également pour la garantie chômage des chefs d'entreprise, quand elle est accordée par des sociétés d'assurance.

Sont aussi impliquées – moins directement – les garanties arrêt de travail temporaire ou définitif, perte de licence ou de possibilité d'exercer certaines professions, suite à un accident ou à une maladie, qui se matérialisent par le versement par l'assureur d'une indemnité périodique ou d'un capital dans ces circonstances, et dont bénéficient les emprunteurs, les salariés, dans le cadre de leur entreprise ou pas, les commerçants, artisans, membres des professions libérales, exploitants agricoles, en fonction de leurs choix individuels. En effet, même s'il est délicat d'en administrer la preuve, il est généralement admis que, en période de crise économique, les arrêts de travail dus à une maladie – autres que les arrêts « de confort » limités à quelques jours – sont plus fréquents, qu'ils durent plus longtemps, qu'après un arrêt prolongé le caractère définitif de l'état de santé empêchant l'exercice d'une activité rémunératrice est plus facilement reconnu. En cas de doute, il est probable que la difficulté de retrouver une activité professionnelle soit prise en compte plus ou moins consciemment par les instances médicales et administratives pour faire pencher la balance dans le sens d'une appréciation plus pessimiste des séquelles définitives ou des possibilités d'évolutions ultérieures.

Cela s'applique également à une garantie annexe aux contrats d'assurance de personnes, à savoir l'« exonération », aux termes de laquelle l'assureur prend en charge les cotisations des garanties de base (épargne, retraite, prévoyance) venant à échéance pendant un arrêt de travail pour raisons médicales, assurance dont les résultats ont une fâcheuse tendance à s'aggraver.

A ces évolutions s'ajoute le phénomène – confirmé celui-là par les autorités

médicales – d'une pathologie spécifique de crise économique, aux manifestations multiples, dont une forme de stress, qui implique une consommation médicale supplémentaire, avec, pour ce qui est de la question posée, une incidence défavorable sur la sinistralité de la branche remboursement de soins.

- **Escroqueries à l'assurance**

Même en période d'expansion, les assureurs ont dû indemniser des sinistres résultant d'escroqueries commises par les bénéficiaires, lorsque les services de règlement des sinistres n'ont pas pu prouver que l'on était précisément dans ce cas de figure, soit parce que rien n'avait permis de les alerter, soit parce que les présomptions étaient trop ténues.

Il est probable que la crise économique a conduit à une augmentation de la fréquence de ces escroqueries ; ce peut être la destruction par un incendie criminel de marchandises difficiles à vendre, la destruction d'un matériel devenu obsolète ou de bâtiments pour lesquels un entretien coûteux était à prévoir rapidement ; la destruction et l'indemnisation de biens résultant d'un sinistre frauduleux peuvent permettre ou faciliter une restructuration rendue nécessaire par la crise...

Dans le domaine de l'assurance des particuliers, l'escroquerie est sans conteste un phénomène répandu, notamment sous la forme, qui semble connaître un regain de faveur, d'une deuxième ou troisième déclaration de sinistre relative à des dommages déjà normalement indemnisés à la suite d'une première déclaration, mais n'ayant pas donné lieu à réparation (dégâts des eaux, dommages ménagers, vols, dommages auto malgré la forte incitation à réparer, etc.).

La conscience, avivée par la crise, qu'« un sou est un sou » ne doit pas manquer d'exciter l'imagination d'assurés peu scrupuleux, qui, en moyenne, hésitent moins qu'auparavant à travestir la réalité pour faire prendre en charge des sinistres non garantis, ou rendre sans effet une clause de franchise. Or il suffit d'une petite proportion de déclarations erronées lors d'un sinistre, ou même à la souscription, pour détruire l'adéquation entre primes et sinistres, et transformer ainsi quelques points de bénéfice en quelques points de perte.

### ■ **Que peuvent faire les sociétés d'assurance face à cette situation difficile ?**

Elles doivent bien sûr à leurs actionnaires ou sociétaires d'ajuster les primes pour maintenir l'équilibre technico-financier de leurs opérations, que la dégradation de la sinistralité soit une conséquence des difficultés économiques ou pas.

Elles doivent aussi à leurs assurés non fraudeurs – de loin les plus nombreux – d'exercer une vigilance très stricte sur les sinistres suspects, afin de ne pas alourdir indûment leurs cotisations pour compenser, fût-ce sans que ni

assureurs ni assurés ne le sachent vraiment, la charge relative aux sinistres frauduleux.

Elles doivent enfin, ce dont bénéficie toute la collectivité, poursuivre leurs actions vigoureuses en faveur de la prévention et mieux moduler les primes en fonction des caractéristiques techniques des risques à garantir, notamment dans ce domaine de la prévention.

C'est un truisme de dire que la sortie de la crise – qu'on souhaite prochaine et durable – s'accompagnera d'une disparition du surcoût lié spécifiquement aux difficultés économiques, mais elle permettra aussi une meilleure valorisation des titres détenus par les sociétés d'assurance dans l'immobilier et les différents secteurs industriels, ce qui, via la réalisation naturelle de plus-values, contribuera, comme l'amélioration, toutes choses égales d'ailleurs, de la sinistralité, au renforcement du résultat net ■

*Propos recueillis par François Bourguignon.*

# Assurances et marché de la protection

## « ANTI-MALVEILLANCE »

**MOTS CLEFS :** *cibles (délinquants, victimes) • industrie et commerce de la protection • entrepreneurs moraux • malveillances • organismes assurantiels • police publique • régulations des désordres •*

L'actuel dynamisme de l'industrie et du commerce de la protection et de la dissuasion n'est pas simplement l'indice d'une recomposition de l'ordre public étatique aux prises avec l'insécurité. Cet article montre que le secteur assurantiel est au cœur du progrès de ce commerce, qui façonne le processus de l'offre et la demande d'équipements et de services. En effet, la police publique élucide peu les contentieux d'atteintes à la propriété et à l'information par l'arrestation des auteurs ; dans le même temps, les assurés - victimes - (particuliers comme entreprises) sont - invités - à s'organiser pour lutter contre prédatations et déprédations supposées ne plus ressortir de l'aléa. En donnant corps au concept flou de lutte contre la malveillance, les entrepreneurs moraux liés aux intérêts du commerce et des assureurs justifient le marché privé de l'ordre ; ce dernier tend à devenir un marché de l'ordre public, puisque le secteur assurantiel parvient à en socialiser économiquement et politiquement bon nombre des rouages.

Une des thèses les plus fécondes de ces dernières années concernant la diffusion des mécanismes de défense et de protection de diverses formes de propriété provient d'un juriste et d'un politologue italiens<sup>1</sup> qui n'hésitent pas à évoquer la « création d'un véritable marché politique de l'ordre public ». Prenant le contre-pied des thèses canadiennes les plus influentes des années 80<sup>2</sup>, ils montrent que persistent au contraire, en matière de gestion de l'ordre et de la sécurité, de très grands pouvoirs d'intervention de l'État, qui, ces dernières années, n'aurait eu cependant de cesse de guider l'initiative privée sur le terrain exclusif de la prévention. Ils affirment que si le marché des biens et services de protection constitue une donnée structurelle commune à l'ensemble des nations post-industrielles, ce commerce ne peut poursuivre sa propre logique de diversification et de

\* Chargé de recherches au Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, CNRS.

croissance qu'à l'intérieur d'un cadre socio-institutionnel de plus en plus précis. Ils avancent par suite que si l'État<sup>3</sup> a laissé progressivement s'installer une inégalité de traitement dans les diverses modalités de protection parmi les particuliers – victimes – organisées ou non<sup>4</sup> –, c'est parce qu'un tel processus s'inscrirait dans la stratégie économique-politique plus vaste de l'État, engagé dans une nouvelle forme de gestion de l'ordre public selon deux modalités :

- par un usage public d'intérêts privés organisés (à propos de la figure des établissements publics ou des collectivités locales contractant de plus en plus fréquemment des missions de sécurité avec des prestataires privés) ;
- par la manipulation juridique d'intérêts catégoriels antagonistes, en jouant notamment sur le clavier de loyautés antinomiques chez les agents ou « vigiles » privés, de façon à maintenir un ordre public généralement acceptable pour l'ensemble de la collectivité.

Nous aimerions creuser cette piste de recherche de très haute volée – sans du reste chercher à l'invalider – qui nous semble pécher par généralisation hâtive du diagnostic, comme d'ailleurs celle des Canadiens. Aucune des deux hypothèses n'accorde selon nous de réelle attention au rôle déterminant des mécanismes assurantiels dans l'explication du procès de socialisation de la protection des vulnérabilités propres à la propriété matérielle et immatérielle, par les ressources du commerce. Bref, si les deux thèses parviennent aux mêmes conclusions (la privatisation par les ressources du commerce de missions de sécurité collective), les explications par lesquelles on y arrive demeurent mal élucidées.

Olgiate et Astori ne concentrent en effet leur attention que sur les seules agences de surveillance privées (tenues par la loi d'exercer exclusivement des fonctions de prévention des infractions contre la propriété mobilière et immobilière), agences qu'ils analysent comme les prototypes modernes d'anciennes milices privées ou autres à qui seraient assignées de semblables fonctions (telles, par exemple, les agences d'enquête, de contre-espionnage industriel, de recouvrement de créances, dont ils n'analysent d'ailleurs pas les implications...). Leurs conclusions sont inspirées, nous semble-t-il, d'une part, par un constat propre au contexte local italien où les vigiles sont pour la plupart armés selon les voies de l'assermentation judiciaire, ce qui ne peut qu'inviter les auteurs à ne concevoir leurs missions que comme parapolicieres ; d'autre part, par la vision d'une mission de dissuasion ou de prévention d'une criminalité assez stéréotypée de violence contre les biens (hold-up, vols, attentats...), lutte parallèle et analogue, au fond, à celle dont s'occuperaient les forces publiques selon d'autres moyens.

Or il nous semble que la réflexion sur la nature des « menaces » que se donneraient pour mission de conjurer les industriels de la protection demeure pour une bonne part le point faible de cette thèse : la réflexion reste imprécise quant à l'objectivation des menaces visées. C'est pourtant en s'attachant à décrire les différentes formes de lutte par rapport aux menaces virtuelles qu'on

peut avancer dans la réflexion sur la nature du contrôle social et de la gestion de l'ordre contemporains.

Notre hypothèse sera en conséquence plus localisée : si la mise en place de « politiques » de prévention et de protection est possible dans les entreprises comme chez les particuliers, c'est qu'elles fonctionnent à partir de mécanismes de pression et de soutien, issus d'acteurs négligés ou sous-estimés, les compagnies d'assurances, qui ont accompagné de longue date la venue du marché de la sécurité. Et cela, bien plus qu'en réaction à un désengagement explicite de la protection traditionnelle de l'État vis-à-vis de la propriété publique ou privée. Profitant d'un climat idéologique favorable<sup>5</sup>, les compagnies d'assurances, à travers divers organismes gravitant dans leur orbite, s'imposent comme les interlocuteurs les plus crédibles auprès des pouvoirs publics pour prendre la relève de la protection d'une propriété qui ressortait traditionnellement de la maîtrise de la police. Car les assureurs sont les seuls acteurs capables d'initier une pédagogie pragmatique de la prévention et de la dissuasion en pratiquant, d'une part, des formes subtiles d'incitation des assurés à investir dans des équipements de sécurité et, d'autre part, en manipulant l'immense clavier des ressources de la chaîne de sécurité dont ils contrôlent et gouvernent la marche et les orientations.

Les assureurs se moulent tout d'abord dans une terminologie permettant à divers « entrepreneurs moraux-relais » d'objectiver, donc de justifier l'existence et le bien-fondé du commerce des biens et services de protection sécuritaire. Ils jouent sur les failles d'un État gendarme peu performant en matière d'élucidation de certains contentieux (celui des atteintes à la propriété matérielle, notamment), en obligeant les assurés à se conformer à des règles inlassablement négociées, provoquant un assujettissement subtil à des procédures de protection, par le biais du jeu avec la franchise dans les contrats. Au-delà, le secteur assurantiel se voit doter progressivement d'attributs symboliques de souveraineté politique : il n'est plus seulement une simple puissance économique.

## **I. OBJECTIVER LES MENACES POUR JUSTIFIER LE MARCHÉ**

Examinons d'abord dans quelles conditions le concept de risque de « malveillance » se trouve aujourd'hui objectivé par une constellation d'entrepreneurs moraux s'efforçant de légitimer publiquement l'existence du marché de la sécurité. Nous nous interrogerons ensuite sur les finalités réelles de cet effort d'objectivation.

## 1. Rhétoriques d'entrepreneurs moraux

Puisqu'il existe désormais des professionnels au service de la promotion de la sécurité en dehors du champ de l'action étatique<sup>6</sup>, attardons-nous quelques instants sur les guides et études qui en publicisent l'existence composite. Ils ont pour fonction de leur donner, sous des prétextes variés, une manière d'identité ou de légitimité d'action. Quatre exemples nous le donneront à comprendre.

- *Exemple 1.* Dans l'étude du cabinet Precepta sur les sociétés de surveillance privée<sup>7</sup>, un intéressant tableau synoptique (p. 9) met en lignes et en colonnes des catégories de risques, des procédures pour les combattre (« prévention », « détection », « intervention ») et les principales sources d'intervention possibles. Les risques inventoriés le sont pêle-mêle, de la façon suivante (en colonnes) : les « attentats terroristes », les « incendies », les « dégâts des eaux », les « catastrophes naturelles et industrielles », le « vol et l'effraction », la « pollution », le « piratage informatique », l'« accident du travail », l'« accident domestique ».

Cette étude est surtout préoccupée par le fait de donner un fondement au terrain occupé par les entreprises de surveillance et de gardiennage, vues comme des intervenants légitimes parmi d'autres sources de mobilisation possibles, mais aux prétentions finalement identiques. Ainsi, dans le domaine de la prévention des risques assurée par les sociétés de surveillance, celles-ci joueraient un rôle similaire à celui des services de police, des services internes de sécurité et des services de protection rapprochée des personnes. Dans le domaine de la détection, elles agiraient selon deux modalités : d'une part, la détection à distance (télésurveillance), comme il en irait des services de police publics, des services internes de sécurité, des firmes de télécommunication et des constructeurs d'électronique de surveillance ; de l'autre, la détection sur place, comme il en irait des services de police et des services internes. Dans le domaine de l'intervention humaine, elles joueraient leur rôle au même titre que les services de police, les services de protection rapprochée et les services internes.

Finalement, on doit faire ici l'effort d'imaginer que l'ensemble de ces finalités de lutte (prévention, détection, intervention) sont bien au service d'une diminution, voire d'une éradication générale des risques sus-nommés. Mais l'important est, dans cet exemple, que les diverses modalités de lutte soient affectées d'une égale légitimité, alors que les menaces à conjurer ne sont, quant à elles, assorties d'aucune précision concrète susceptible, par exemple, d'étayer un jugement de valeur sur leur degré différentiel de dangerosité sociale. Étant toutes mises sur le même plan, les diverses menaces répertoriées ne sont donc pas situées par rapport à une hiérarchisation implicite de l'intervention différentielle des agences de contrôle social en présence (alors qu'on aurait pu s'attendre à ce qu'elles soient au moins vues comme ayant à se partager le travail de la régulation sociale), puisque toutes seraient aussi légitimes les unes que les autres.

A l'évidence, là n'est même pas le problème. La « montée de l'insécurité » est un paradigme suffisant pour créer une demande et une offre, c'est-à-dire un marché, dont seul importe qu'il fonctionne bien ou mieux, quelles que soient l'expression, la nature et la réalité des besoins qui le fondent.

• *Exemple 2.* Analysant de son côté le dynamisme économique des entreprises de sécurité (et, plus largement, de l'industrie française de la sécurité), l'*Annuaire économique des entreprises de sécurité*<sup>8</sup> en balise le dynamisme par l'examen des quinze principaux domaines de spécialisation des prestataires de services existant sur le marché : « gardiennage, transports de fonds, incendie, télésurveillance, vidéosurveillance, contrôle d'accès, serrurerie, équipements blindés, alarme, protection de l'homme, contrôle technique, conseil et audit, ingénierie, domotique-GTB, sécurité informatique ».

On doit quasiment deviner ici<sup>9</sup> quels sont les risques réellement combattus par les entreprises inventoriées, qui ne sont pas plus identifiés et encore moins décrits. Sans doute ne s'agit-il pas de l'objet de l'annuaire en question, mais, à le consulter, tout se passe comme si l'existence de ce marché, avec ses lois et ses règles de fonctionnement, devait aller de soi, au point qu'une réflexion minimale sur la réalité des menaces combattues n'aurait même pas de pertinence en soi. Revenir à un état de « sécurité » satisfaisant est le seul leitmotiv : l'insécurité étant devenue la norme, la mise en sécurité générale serait encore l'exception. L'auteur de l'annuaire juge en effet que, dans leur ensemble, les entreprises françaises de sécurité n'auraient pas encore atteint leur maturité par rapport à celles de pays voisins comparables, voilà ce qui ferait problème. Un diagnostic, un constat et un parti pris suffisent à expliquer ce navrant phénomène de « retard » :

- « les chefs d'entreprise – et, plus généralement, le grand public – [seraient] assez peu réceptifs aux contraintes de sécurité » ;
- « il [aurait] fallu les attentats parisiens de 1986, quelques spectaculaires affaires de piratage informatique et la guerre du Golfe pour provoquer une prise de conscience chez les décideurs » ;
- « la sécurité [aurait] toujours été appréhendée comme un coût, alors qu'elle représente[rait] en réalité une économie ».

Inutile de s'attarder sur la deuxième proposition, pour le moins contestable (le phénomène est beaucoup plus ancien). La troisième formule est plus intéressante. Elle a tout lieu de correspondre à un postulat, dont un esprit chagrin pourrait se demander s'il ne faudrait pas plutôt y voir une forme de prophétie auto-réalisatrice. En effet, puisqu'il existe des sociétés de sécurité, c'est qu'il existe de l'insécurité. Pas même besoin de raisonner en termes de « montée d'insécurité » pour expliquer les lois économiques d'un tel commerce, la seule question qui vaille étant désormais celle du réflexe d'« achat » de biens ou de services existants, acte qui n'aurait pas encore fait suffisamment de convertis. Alors que l'« esprit de sécurité », s'il était correctement « pensé » par les entre-

preneurs ou la société dans son ensemble, ne devrait plus conduire les acheteurs potentiels à vivre la sécurité comme une « contrainte » (sous-entendu, financière), mais bien plutôt, à terme, comme une « économie », un « confort ».

C'est au fond parier sur une révolution copernicienne, un changement fondamental dans les attitudes culturelles de la population, dont le réflexe d'investissement dans un matériel ou un service de sécurité devrait à bon droit précéder l'analyse du bien-fondé des menaces à conjurer.

L'annuaire laisse en suspens la question de savoir qui doit prouver (à qui, et pourquoi) qu'un investissement dans une technique ou un service de sécurité constituerait bel et bien une « économie ».

• *Exemple 3.* C'est très certainement dans le guide *Face au risque* du CNPP<sup>10</sup> que la meilleure tentative de rationalisation est apportée quant au rapport menaces/moyens de lutte : quatre types génériques de risques y sont en effet inventoriés, à partir de la liste des principaux « fournisseurs » de moyens (fabricants, installateurs et prestataires de services) : le « risque incendie » est représenté par une recension de 17 types de fournisseurs « agissant préventivement ou curativement » ; le « risque de malveillance » recense 13 types de fournisseurs, sans précision sur les modalités d'action les caractérisant ; le « risque d'atteinte à l'environnement » recense également 13 types de « fournisseurs [...] agissant préventivement et curativement » ; la « protection de l'individu contre les nuisances industrielles » est ventilée en 4 types de fournisseurs agissant plutôt prophylactiquement.

L'éditorial du guide est instructif (p. 7), qui affiche d'emblée ses intentions en évoquant le langage de la qualité et de la fiabilité des techniques, éléments complémentaires assurant l'« état de sécurité ». On y affirme que « l'évolution des actes de malveillance perpétrés contre les entreprises et les collectivités conduit à traiter ces risques de façon méthodique. Protection contre les agressions, les attentats, contrôle des accès, protection des documents et des valeurs, surveillance des locaux, etc., font donc partie intégrante des mesures de sécurité ».

On peut alors décerner des brevets de fiabilité et de qualité aux matériels, des brevets de compétence aux installateurs « concourant à réduire la vulnérabilité engendrée par des situations extrêmes », car « les activités industrielles, commerciales ou de services sont vulnérables à ces situations qui peuvent interrompre brutalement l'activité économique, donc la présence sur le marché ».

Le guide entend, à propos de la « rubrique malveillance », une visée de prévention de tous actes de vols, quelles que soient les catégories concernées, la prévention des incendies (volontaire, faut-il préciser) et la prévention des actes pouvant être à l'origine de situations « extrêmes ». Doit-on supposer, en matière de « malveillance », plutôt les actes de terrorisme, les attentats, les enlèvements ou prises d'otages, le piratage d'informations d'entreprises... plutôt que les vols avec effraction, avec violence... ? Où se situent exactement les situations extrê-

mes et qui en décide ?) Beaucoup d'implicites, on le voit, subsistent encore en matière de malveillance criminelle. Qui fait quoi. Qui prévient quoi ? Qui dissuade quoi ? Qui réprime quoi ? Qui répare quoi ?

• *Exemple 4.* On aura plus de certitudes sur la description des « malveillances » dans le *Guide des professionnels de la sécurité*<sup>11</sup>, qui répertorie, quant à lui, 2 000 sociétés spécialisées. Quels types de sécurité s'engagent à fournir ces entreprises de services ? Une introduction s'efforce indirectement d'y répondre : « Combattre l'insécurité aujourd'hui, c'est pour les grandes entreprises se protéger de quatre types principaux de sinistres » (p. 7) : les « incendies », les « cambriolages », les « sinistres informatiques » et les « autres risques des entreprises (accidents du travail, maladies professionnelles, bruit sur le lieu du travail) ». Huit principaux types de « risques » (p. 9) préoccuperaient plus spécifiquement les PME-PMI : les « incendies », les « cambriolages », le « vol à l'étalage », le « vol à main armée », les « paiements frauduleux », les « escroqueries à la carte de crédit ou de paiement », les « attaques de transports de fonds », les « autres » (accidents, recel). Six autres types de « risques » concerneraient enfin « la vie en société » : les « attentats terroristes », les « manifestations », la « foudre », les « tentatives d'extorsion de fonds (par racket et chantage) », les « tentatives d'enlèvements (crapuleux avec demande de rançon) » et les « attentats contre les personnalités (du monde des affaires, représentants de gouvernement, diplomates et militaires) »... Voilà des menaces qui parlent !

Pour illustrer son propos, l'auteur n'hésite pas à donner pour chaque risque des chiffres dramatisés puisés à tous les registres statistiques disponibles (assurantiels et surtout policiers), poursuivant un objectif simple et précis : convaincre les petits industriels et les commerçants qu'ils sont en danger, qu'ils doivent se protéger (et protéger leurs salariés) en faisant appel à l'industrie et au commerce des services de protection : car il y a des « violents », il y a des « voleurs », il y a des « fraudeurs »... les ennemis sont partout, surtout à l'extérieur, ce sont les statistiques de la police qui le montreraient. Il y a des pertes à l'intérieur, ce sont les chiffres des assurances qui le montreraient. Il y a malheureusement aussi les « autres risques des entreprises », les accidents qui « entraînent des incapacités de travail, des maladies professionnelles dues aux machines, lesquelles provoquent des décès ou des incapacités permanentes, du bruit qui provoque des surdités professionnelles (qui coûtent en moyenne 420 000 francs à l'entreprise) », les Cnam le certifieraient. Il faut donc tout entreprendre pour « diminuer le coût, supporté par les entreprises, des maladies provoquant l'absentéisme au travail chez les salariés ». Sur ce point, il n'est curieusement pas précisé à qui en imputer la responsabilité ; mais il est vrai que la délinquance liée au monde organisé des affaires obéit plutôt à une rationalité de l'erreur plus qu'à celle de la faute, c'est-à-dire qu'elle n'aurait rien à voir avec la « malveillance »<sup>12</sup>...

## 2. Les visées réelles d'une rhétorique floue

Le Petit Robert donne deux acceptions au terme de malveillance : « mauvais vouloir à l'égard de quelqu'un, tendance à lui vouloir du mal » ; et « intention de nuire, visée criminelle ». Point n'y est fait mention d'un quelconque passage à l'acte criminel. Il ne s'agit que d'intention.

Mais on pourrait cependant établir, à partir de ce concept unificateur de malveillance, une sorte de projet de lutte commun aux quatre entrepreneurs moraux cités en montrant comment sont véhiculées toutes les variantes d'idéologies préventives et répressives à partir d'actes qu'il faut bien désigner, identifier pour les neutraliser, plutôt que d'attendre les conséquences des dommages de la part de ceux qui auraient la mauvaise idée de les commettre.

D'un côté du continuum (exemple 4), l'objectif de lutte musclée contre les actes malveillants est entièrement dicté par une conception policière et répressive de la lutte contre le crime, s'exerçant avant tout à l'égard des sujets nuisibles plutôt qu'à l'égard des situations. Il s'agit de les mettre hors d'état de nuire. La prévention des actes de malveillance passe avant tout par la détection d'actes externes et internes de « criminels ou délinquants » (truands professionnels, employés indéclicats, etc.) dont les statistiques requises servent implicitement à montrer qu'ils sont de plus en plus nombreux dans la société ou au travail. Les statistiques servent à illustrer la « montée de la délinquance » et suffisent à expliquer l'urgence d'entrer dans une guerre de dissuasion du fléau, en utilisant avec profit toutes les armes qu'offrirait les ressources du marché.

De l'autre côté (exemple 1), la lutte contre les divers types de risques répertoriés (par effet d'extrême euphémisation du propos, les risques de malveillance sont noyés à travers les autres, d'ordre technique) obéit avant tout à un objectif de légitimation des agences de contrôle social, anciennes ou nouvelles (qu'elles aient statut public ou privé, elles sont mises sur le même plan), spécialisées dans la régulation de ces risques plutôt qu'à des délimitations rigoureuses de leurs cibles ou de leurs objectifs réels. Seule même (exemple 2) la compétitivité des entreprises de sécurité dans le champ économique national, voire mondial, prend le pas sur toute autre considération. On a assez vite perdu de vue en cours de route l'objectif de ce qu'elles étaient censées prévenir ou sécuriser.

Au centre du continuum, le guide du CNPP (exemple 3) obéit, quant à lui, à d'autres objectifs ; il classe les entreprises spécialisées selon la nature du risque qu'elles prétendent combattre prioritairement, parce qu'évidemment ce sont des catégories de risques dont les compagnies d'assurances assurent les dommages. Il y a les dégâts causés par certaines formes de délinquance, d'un côté (risques de malveillance), et les dégâts causés par tout le reste (risques d'incendie, de pollution d'environnement ou de nuisances industrielles), relevant plutôt de l'imprudence ou de l'accident, de l'autre.

Il n'est par ailleurs pas indifférent que le guide en question répertorie dans un ordre hiérarchiquement défini ces quatre types génériques de risques qui ont

chronologiquement posé problème aux pouvoirs publics et aux compagnies d'assurances. Si, à l'origine, le risque d'incendie fut le premier contre lequel eut pour mission de lutter le CNPP<sup>13</sup>, il n'est pas indifférent non plus que soit apparue ensuite la lutte contre le « risque de malveillance » (qui se confond avec une problématique de lutte contre l'insécurité), et cela bien avant que la prise de conscience générale des dangers liés aux risques d'atteinte à l'environnement ou les risques de nuisances industrielles soit devenue plus tard une affaire de politique publique autant qu'un marché « porteur » de services de protection. On admettra alors que le guide du CNPP soit en osmose avec les préoccupations des politiques publiques du moment.

A l'issue de ce panorama, il reste difficile de sortir de catégories normatives utilisées par les entrepreneurs moraux liés plus ou moins directement au monde de l'industrie et des services de sécurité et s'adressant aux assureurs. Leurs justifications sont en effet essentiellement articulées à des données de « produits » de l'activité policière et judiciaire, ou à celles des « produits » de l'activité assurantielle.

Or si la raison « policière » et la raison « assurantielle » produisent des statistiques de leurs activités en fonction d'un objectif commun (la lutte contre la délinquance ou les « actes malveillants »), elles ne le font pas, contrairement à ce qui est affirmé ici ou là, avec les mêmes visées.

Nul besoin, pourtant, d'être un adepte de Michel Foucault pour se rendre compte que les productions sémantiques des entrepreneurs moraux en présence restent des bricolages destinés à promouvoir de nouveaux dispositifs de savoir-pouvoir, indices d'un nouvel enjeu de société : le partage du champ d'action de la régulation sociale par les différentes modalités pratiques de la mise en ordre.

L'invention de la catégorie de « malveillance » constitue de ce point de vue une innovation merveilleuse. C'est une catégorie fourre-tout, dont on sent bien qu'elle concerne surtout la protection des biens, des personnes et de l'information, mais dont on ne sait jamais à partir de quel moment il faut dissocier ce qui ressort par exemple de l'erreur, de l'accident ou de l'intention criminelle dans la cause d'un événement redouté, à l'origine d'un fait dommageable. A son propos, une vieille controverse refait surface. Les assureurs doivent-ils contribuer à prévenir la vulnérabilité des situations environnementales (limiter la fréquence d'apparition des risques ?) ou restent-ils plutôt guidés par des objectifs de dissuasion ? Quoi qu'il en soit, une autre question unifie les deux premières : à l'égard de quelles cibles s'adresse-t-on ? De fait, à des cibles atomisées « non criminogènes » en elles-mêmes (salariés, entrepreneurs, collectifs d'individus situés sur des espaces particuliers), mais, pourtant, cibles « victimogènes », tant qu'elles restent peu ou mal convaincues du bien-fondé de la mise en sécurité de leur personne ou de leurs biens, de leur espace de vie et de travail ; « victimogènes » tant que leur propre comportement laxiste ou indifférent (non sécuritaire, pour tout dire) contribue à créer les opportunités de commission d'actes

délictueux, donc à occasionner des pertes de plus en plus lourdes à supporter financièrement.

Ne fait-on pas dès lors semblant de se tromper inlassablement de cible, lorsqu'il s'agit de légitimer l'apparition du commerce florissant de la sécurité ?

## **II. LOGIQUES POLICIÈRES ET LOGIQUES ASSURANTIELLES. L'EXEMPLE DE LA LUTTE CONTRE LES ATTEINTES AUX BIENS**

Les polices publiques parlent le langage du maintien de l'ordre public et le langage de la détection et de la répression des crimes, délits et contraventions, en aucun cas celui de « malveillance ». La légitimité des agences publiques en matière de lutte contre la « délinquance » provient exclusivement du fait qu'elles cherchent, arrêtent et font condamner des délinquants, domaines d'action par lesquels se mesure leur efficacité socio-politique. C'est l'acte d'arrestation d'un délinquant (c'est-à-dire la personne qui a enfreint un interdit assorti d'une sanction pénale) qui permet en général d'élucider les circonstances de l'acte transgressif. Globalement, donc, l'efficacité policière se mesurera, pour l'ensemble d'une société, au différentiel des taux d'élucidation par rapport aux plaintes portées à sa connaissance. On pourra dire alors que, dans tel ou tel domaine, la police publique sera plus ou moins efficace en ce qui concerne le traitement de tel ou tel type de « contentieux ».

Les assurances<sup>14</sup> parlent quant à elles un autre langage : celui de l'aléa, de l'accident, du risque et du sinistre, lequel est, aux termes du contrat d'assurance, l'événement dommageable (survenu, déclaré, voire constaté... mais pas forcément élucidé par l'identification d'un auteur) ayant pour effet d'entraîner la garantie de l'assureur. Les performances des compagnies d'assurances se mesureront en conséquence à leur capacité de réparer les pertes et les dommages générés par les accidents ou risques aléatoires auprès de leurs assurés, par les diverses garanties de risques couverts au préalable, et à leur capacité globale à dégager du profit après dédommagement des pertes calculées à la suite des sinistres qui leur auront été déclarés. Leur raison d'être, leur survie commerciale seront donc exclusivement déterminées par le calcul prévisionnel des risques ayant de fortes probabilités de survenir et d'entraîner des pertes, mais dont on espère que leur coût sera globalement inférieur au total des indemnisations effectuées au titre des domaines qu'elles garantissent.

Or, sur le plan théorique, dès que ce mécanisme de base<sup>15</sup> ne peut plus fonctionner (montant des pertes signalées supérieures ou égales au coût des réparations), le mécanisme assurantiel sur un risque identifié perd sa raison d'être. Quand certains risques de « malveillance » sont devenus à ce point préoccupants dans la société, que les pertes engendrées ne peuvent plus être supportées par les mécanismes assurantiers, deux solutions restent possibles : la sortie virtuelle du schéma assurantiel sur les créneaux de garantie de risques

qui ne rapportent plus, ou bien l'invention et la mise au point de dispositifs de plus en plus contraignants envers les assurés.

Il se trouve que c'est dans cette deuxième branche de l'alternative que nos sociétés sont globalement engagées, et c'est donc à partir de ce constat qu'on doit comprendre le processus d'induction des logiques d'achat de la quincaillerie sécuritaire et de l'auto-organisation contre les risques de pertes occasionnés par des « malveillances ».

Pour en faire la démonstration, il suffira de s'attacher à montrer comment la catégorie pénale et assurantielle de « vol » ou de soustraction frauduleuse d'un bien est appréhendée comme contentieux de masse, selon deux logiques différentes qui se retrouvent au bout du compte.

### **1. Lutte contre les atteintes à la propriété dans le champ pénal**

En dépit de l'importance en France des effectifs des forces de police et du fait que, juridiquement, elles soient habilitées à intervenir dans tous les cas où une plainte est déposée lorsqu'une infraction a été constatée, les « contentieux » dont elles s'occupent effectivement sont infiniment plus restreints.

D'abord, les forces de police sont cantonnées dans un domaine qui ne comprend qu'une infime partie des comportements incriminés par les différents codes existants. La plupart des incriminations en droit français, dont le nombre n'est pas connu avec précision, figurent dans des textes législatifs et réglementaires dont la finalité première n'est pas répressive, mais qui vise plutôt à organiser le fonctionnement de certaines administrations ou à réglementer certains secteurs de la vie économique et sociale. Ces incriminations sanctionnent les manquements à ces réglementations. Face à cette multitude d'infractions correspond une multiplicité d'agents de l'administration qui n'appartiennent pas aux services de police, mais qui ont qualité pour détecter et enregistrer les manquements ou les fraudes à ces réglementations, étant dotés de pouvoirs de police judiciaire. Lascoumes et *alii*<sup>6</sup> ont montré par exemple qu'existent 170 catégories d'agents des services publics, ou agents chargés de protéger les monopoles et le patrimoine de l'État, ou certains intérêts généraux. Or l'action de ces agents est, selon eux, massivement orientée vers des procédures de règlements transactionnels des illégalités détectées, lesquelles ne donneraient que très rarement lieu à répression pénale, sauf en cas d'échec du mode de règlement administratif.

En raison de l'existence de cette multiplicité d'agents administratifs, l'activité des forces de police se trouve de fait cantonnée à deux domaines : celui du Code pénal et celui des infractions liées au Code de la route, qui constituent de très loin la plus grande partie des contentieux dont elles s'occupent. Par ailleurs, à l'intérieur même du domaine de compétence qui leur échoit de fait, les forces de police ne s'intéressent tendanciellement qu'à une fraction des affaires, ce que l'on peut constater lorsqu'on examine celles qui sont portées à sa connais-

sance<sup>17</sup>. De façon assez constante, on observe que les faits enregistrés concernent surtout les vols de et dans les véhicules à moteur, les infractions aux chèques sans provision, les vols simples et cambriolages, tandis que les infractions de violence contre les personnes, aux mœurs, à la famille, à l'ordre public et à la réglementation ne mobilisent leurs activités que dans des proportions infimes par rapport aux premiers (moins de 10 %).

Or les différentes sortes de vols commis au détriment des particuliers sont proportionnellement bien moins nombreuses en terme d'affaires élucidées, alors qu'on observe le phénomène inverse pour les atteintes aux personnes, aux mœurs, à l'ordre public et à la réglementation, les infractions astucieuses et de chèques, le vol à l'étalage.

Ces différences dans les taux d'élucidation s'expliquent elles-mêmes à partir des *modus operandi*. Notamment lorsque l'on compare, d'un côté, la manière dont les affaires viennent à la connaissance de la police et, de l'autre, les circonstances dans lesquelles elles sont élucidées. Du point de vue de l'élucidation, en effet, il existe des combinaisons d'efficacité variable d'un type d'infraction et de son mode de saisine privilégié. Ce qui veut dire que si telle infraction est découverte de telle façon, l'affaire aura de fortes chances d'être élucidée ou, à l'inverse, une faible probabilité.

A partir de travaux divers menés dans la décennie 80, on peut esquisser une typologie de ces combinaisons. Deux grands cas de figure suffisant à la démonstration se dégagent tendanciellement :

- premier cas de figure : les infractions dont la police n'a jamais connaissance par voie réactive. Leur détection repose uniquement sur son initiative (action proactive). Il s'agit de faits dont la police est elle-même directement la victime, ou bien d'infractions dites « sans victime », comme par exemple les infractions à la réglementation étatique (infraction à la législation sur les armes, ou règles de séjour chez les étrangers), ou encore les infractions faisant des victimes qui ne sont pas en mesure de les dénoncer (recel, proxénétisme) ;
- deuxième cas de figure : les infractions que la police ne peut connaître que grâce aux victimes. Elle ne les détecte presque jamais par elle-même, mais, les connaissant grâce aux victimes, elle les élucide dans cette hypothèse. Dans ce cas, la détection et l'élucidation sont intimement liées, parce que l'appréhension de l'auteur présumé précède ou suit de très près le constat de l'infraction. C'est le flagrant délit type, et, hormis cette circonstance, de telles affaires ne sont quasiment jamais élucidées (vol à la roulotte, ou de véhicule, ou à la tire). Ici, le mode de saisine ne peut pas être efficace, car il est « réactif », à l'inverse du premier type.

Par-delà ces distinctions, on remarquera que toutes ces infractions ont un point commun : mis à part le recel, elles relèvent toutes d'une police de la rue et des lieux publics, ce qui renvoie aux limites que l'activité proactive de la police rencontre dans son déploiement. Cette caractéristique est encore plus nette lorsqu'on examine les autres infractions dont, selon Barberger<sup>18</sup>, la police n'a

connaissance qu'en se saisissant elle-même : tels les infractions au Code des débits et boissons, l'ivresse publique, le vagabondage, les infractions liées aux maisons de jeu, l'interdiction de séjour et la rébellion.

Finalement, on peut affirmer qu'il existe une divergence tendancielle entre ce qui est signalé à la police et les affaires qu'elle traite effectivement en les élucidant et en les renvoyant aux autorités judiciaires. Quelle portée donner à ce constat lorsqu'on l'adosse aux statistiques de « pertes » fournies par les assurances ? Et faut-il voir en somme dans les politiques des compagnies d'assurances des recherches de solutions, des remèdes à des phénomènes aussi massifs d'impuissance de l'efficacité policière dans certains domaines, du fait de ses propres logiques d'action, et lesquels ?

## **2. Lutte contre les atteintes à la propriété dans le champ assurantiel**

Il convient de distinguer successivement deux *modus operandi* dans le monde de l'assurance concernant le domaine de compétence dont elles ont elles-mêmes élaboré le cadre conceptuel : les politiques de réparation et les politiques de prévention. Nous nous appuierons dans un premier temps sur le domaine des atteintes à la propriété mobilière où les taux d'élucidation policière par l'arrestation de leurs auteurs sont les moins probants. A la suite de quoi nous examinerons les modalités par lesquelles les compagnies d'assurances poussent les « victimes » à mettre leurs sites en sécurité.

### ■ *La difficile mesure des malveillances à l'origine des sinistres*

P. Maurin<sup>19</sup>, alors directeur des statistiques de l'Apsad, a montré que c'est à partir de l'étude de garanties spécifiques que les assureurs peuvent le mieux établir des relations entre assurances et délinquances, par le dénombrement et la pesée des cas de sinistres ayant une cause criminelle.

Trois types de sinistres sont successivement étudiés par cet auteur. Nous ne reprendrons que deux de ses propres démonstrations, à propos de l'incendie et du vol dans une garantie multirisques, pour les besoins de la nôtre.

- Se penchant sur l'assurance incendie (qui constituerait les deux tiers de la charge totale des sinistres incendie en risques industriels), il affirme que « l'incendie criminel » produit en moyenne des dommages plus importants que l'« incendie accidentel ». Il se fonde sur une étude datée de 1986 de la Compagnie suisse de réassurance portant sur 636 sinistres incendie. Cette étude aurait montré que, 335 d'entre eux (soit 52,6 %) ayant été élucidés, 79 cas constitués par cette moitié (c'est-à-dire 23 %, ou 12 % rapportés au total) se seraient révélés d'origine criminelle (déduction qui ne vaut pas preuve). Les conclusions tirées de cette étude seraient équivoques si elles n'étaient tempérées par une information sur la variation de l'ampleur des sinistres dans le temps. Malheureusement, elle ne concerne pas les mêmes zones géographiques. Ce sont les « accumulations de valeurs » dans les entreprises, affirme-t-il<sup>20</sup>, qui explique-

raient aujourd'hui les conséquences dramatiques engendrées par les sinistres incendie. Il a été par ailleurs calculé que 10 sinistres incendie français étaient supérieurs à 60 millions de francs en 1990, et que les « grands sinistres » (supérieurs à 10 millions de francs constants) seraient passés en valeur absolue de 74 en 1982 à 105 en 1990 (les chiffres des années intermédiaires ne sont malheureusement pas communiqués).

Les plus extrêmes réserves doivent être tirées de ces chiffres, comme y invite l'auteur lui-même. La « cause inconnue<sup>21</sup> » reste la plus fréquente, affirme-t-il, et le classement de quelques sinistres en « volontaire » ou en « cause inconnue » peut changer le sens de l'observation. Il est dommage qu'aucune précision ne soit fournie sur les critères du classement<sup>22</sup>, alors qu'elle est capitale. Par ailleurs, il affirme que les « conditions d'observation changent avec le temps de même que les clauses des contrats » (p. 29). Premiers indices d'extrême incertitude, à propos desquels on comprend difficilement comment il est possible de fonder une connaissance pour l'action destinée à lutter contre les incendiaires !

- A propos des sinistres pour vols (multirisques) auprès des particuliers et des artisans-commerçants, l'auteur indique que la garantie vol concernerait aujourd'hui (données 1989) 66 % des contrats multirisques habitation (17 millions de contrats) et 54 % des contrats multirisques artisans-commerçants (1,2 million). De 1982 à 1989, dans les deux cas, la fréquence vol se maintiendrait à un niveau inférieur à celle qui existait en 1985. Soit, pour les garanties multirisques habitation, des sinistres moyens ayant chuté en francs constants de 16 183 à 11 358 francs ; et pour les garanties multirisques artisans-commerçants, de 14 385 à 11 781 francs.

Comment expliquer la baisse tendancielle perçue à travers de tels indicateurs ? Il faudrait tenir compte, selon l'auteur, des problèmes relatifs à la nature de l'échantillon constitué par les sociétés d'assurance participant à l'Apsad. Il suffirait qu'une compagnie y arrive ou s'en retire pour faire varier les données. Mais l'argument ne paraît pas convainquant. L'argument des « taux de pénétration » de l'assurance dans la société serait également à rejeter, car la garantie vol ayant tendance à être de plus en plus systématiquement souscrite, le nombre des vols enregistrés devrait logiquement augmenter. La « bonne » explication serait alors à trouver dans les pratiques des assureurs qui auraient de plus en plus tendance à réagir individuellement pour diminuer l'impact des sinistres vol en augmentant les « franchises » restant à la charge des assurés, ce qui ferait diminuer la charge totale des sinistres par contrat, mais également leur fréquence observée.

Nous avons là une probable clef de l'explication de la contradiction où sont plongées les compagnies d'assurances aux prises avec l'efficacité, quand elles évoquent les problèmes de la délinquance ou de la malveillance sur les atteintes à la propriété : les critères pour les évaluer statistiquement changent constamment.

L'efficacité des assurances auprès d'une population d'assurés ne peut en effet

se mesurer qu'à l'aune de la diminution statistique des aléas qu'elles sont amenées à couvrir. En le montrant, elles détruisent publiquement les fondements des politiques de protection qu'elles cherchent à mettre en place par ailleurs, et surtout elles gênent l'expansion économique des prestataires de services de sécurité qui ont le plus grand besoin, pour vivre, de perpétuer le « mythe de la montée de l'insécurité ». C'est ce qui explique que les assureurs préfèrent généralement se servir des statistiques policières publiques, le plus souvent orientées à la hausse, alors qu'elles sont elles-mêmes sujettes à caution comme on vient de le voir.

Lorsqu'est vendu un contrat d'assurance, c'est avec l'espoir premier qu'il rapportera des bénéfices à l'assureur. Si les bénéfices dégagés ne génèrent pas de profit, les assureurs auront alors tendance à en faire directement supporter les conséquences à l'ensemble des bénéficiaires : « De façon générale, on observera que l'assurance dispose de séries longues (comme c'est le cas en matière de garantie vol en assurance automobile), mais que le recueil des données statistiques permet à l'assureur non seulement d'ajuster son tarif en fonction du coût des garanties, mais aussi d'adapter les conditions de son contrat (par le jeu des franchises et des exclusions) et de mettre l'accent sur les mesures de prévention qui doivent être prises par l'assuré, ce qui ne manque pas de modifier le risque » (p. 37)<sup>23</sup>.

L'arrestation du voleur, par définition introuvable et présumé insolvable, n'est pas la priorité de l'assureur. La priorité de l'assureur, c'est la « victime » du voleur : non seulement elle dépose plainte, mais c'est elle qui attend la réparation. Police et assureur l'ont en permanence « sous la main » ; la victime sera l'objet de toutes les sollicitudes, de toutes les expérimentations, voire de tous les conflits ou de toutes les négociations plus ou moins occultées autour de la réparation. Mais, dans le domaine de la prévention, comment s'y prend-on pour conjurer l'éventuel statut de « victime » ?

■ *Faire naître des réflexes de prévention auprès des assurés « victimes », plutôt que réparer les dégâts*

En fait, les compagnies d'assurances peuvent dans les polices multirisques retrouver leurs comptes (le vol avec effraction par exemple), pour peu qu'elles puissent les faire supporter à un ensemble d'assurés suffisant. Mais, petit à petit, du fait de la diminution de leurs marges sur la réparation du risque vol, elles se sont organisées pour aller voir d'un peu plus près la réalité des sinistres déclarés, notamment quand ils se chiffrent sur des dizaines de millions de francs. Jusqu'au moment où, développant, sous forme de menace à peine voilée en direction des pouvoirs publics, l'idée que le vol ne deviendrait plus « assurable », puisqu'il ne serait plus un risque aléatoire, elles parviennent notamment à imposer, au moins à certaines entreprises, des techniques comme celles de la télésurveillance, jugées plus performantes que le gardiennage, condition de garantie à partir d'une certaine couverture.

C'est une révolution silencieuse qui s'accomplit. Les compagnies d'assurances sont amenées à pousser toujours plus loin les mécanismes de la responsabilisation envers la dissuasion d'actes malveillants forcément plus imaginaires que réels, engendrant de véritables obligations de « s'auto-organiser » de plus en plus contraignantes. Ce processus est d'autant facilité que l'État gestionnaire entérine constamment cette évolution, le ministère de l'Économie et des Finances en particulier, quand il n'y pousse pas lui-même.

Que les conseils prodigués par les assureurs, ou les contraintes d'achat de matériels qu'ils induisent auprès des particuliers ou des entreprises, ne soient pas suivis d'effets immédiats dans la pratique, ou qu'ils ne soient que partiellement suivis<sup>24</sup>, il n'empêche qu'en vingt-cinq années le paysage de la sécurité dans la société post-industrielle a pu être complètement bouleversé.

Dans le mécanisme de comparaison des avantages et des inconvénients de la technique employée et choisie pour sécuriser le site, les compagnies d'assurances affirment toujours n'avoir pas à faire le choix, à la place de l'industriel, du commerçant ou du particulier, entre les différentes formules : celle qui consiste à créer un service de surveillance ou de prévention *ad hoc* dans l'entreprise ; celle qui consiste à sous-traiter à une société de surveillance extérieure la gestion de la sécurité ; ou celle qui consiste à mettre en place un dispositif mécanique ou électronique contre les intrusions éventuelles, etc. (encore que toutes ces formules puissent coexister en pratique).

« Qualité », « fiabilité » et « efficacité » des produits et des services restent les seuls mots d'ordre<sup>25</sup>. Mais il serait naïf de penser que des mots d'ordre qui ne se traduisent pas par des actes tangibles, donc contrôlables, auraient un sens véritable. Ainsi, lors de la souscription du contrat d'assurance contre un risque d'incendie susceptible d'endommager les bâtiments, le matériel, les marchandises, les informations, toutes les polices obligent les entreprises industrielles et commerciales à se pourvoir d'un service de surveillance pour prévenir ce risque, à partir d'un seuil de couverture fixé à tant de millions de francs, si leurs dirigeants veulent échapper à des majorations de prime.

Mais l'assureur, aujourd'hui, demande à être préalablement convaincu du sérieux et du bon fonctionnement du service en question, à défaut de quoi il peut refuser d'assurer. Pour les risques d'une valeur inférieure, les réductions de prime peuvent être accordées selon l'importance du service mis en place. L'assureur demande généralement des moyens techniques *a minima* (sprinklers et/ou détecteurs) pour les risques d'incendie, mais également une « surveillance humaine » à laquelle il dit rester attaché.

C'est, à l'évidence, après la survenue effective du sinistre que le recours à un service de surveillance devient la condition essentielle au maintien du contrat. Dans la pratique, un sinistre déclaré, sans qu'ait pu être apportée la preuve de l'existence d'un moyen de protection, entraîne le plus souvent résiliation dans le mois qui suit. Les chefs d'entreprise deviennent très fragiles à cette occasion et se laissent conseiller beaucoup plus aisément. En matière de vol (« risques de la

classe 5 - pour les établissements financiers, fourreurs, bijoutiers, marchands de hi-fi), avec le soutien des pouvoirs publics, les assureurs imposent désormais à ces catégories de commerçants les techniques de la télésurveillance.

Toutefois, si les assureurs affirment publiquement aujourd'hui préférer cette technique à celle du gardiennage physique pour éviter l'agression dont les gardiens pourraient être l'objet, en réalité, ils tolèrent l'utilisation de services de gardiennage parce que le dirigeant d'une entreprise peut avoir de bonnes raisons de faire valoir qu'une installation de télésurveillance serait encore d'un coût trop élevé pour lui.

Concrètement, la garantie la plus classique est l'assurance vol des marchandises et matériels. En cas de vol par effraction, on garantit certes l'usage de fausses clefs ou l'introduction clandestine. De nouvelles garanties poussent encore plus dans le sens de la protection : celles qui concernent les dégradations par vandalisme à l'intérieur des locaux, mais aussi les conséquences matérielles des attentats, voire du terrorisme. Les exigences sont devenues extrêmement draconiennes pour les marchandises sensibles comme les bijoux et les espèces entreposées à l'intérieur des locaux ou circulant lors des transports de fonds, en ce qui concerne les garanties sur les vols avec violence, et notamment les hold-up. Enfin, risques de fraudes, vols, destructions ou détournements de fichiers informatiques placent les assureurs dans la position de dicter les moyens de protection à leurs assurés, de jouer le partenariat dans la mise en sécurité de leurs sites, en contrôlant l'apparition et le développement d'une nouvelle profession : le risk management. Les assureurs sont devenus en quelque sorte juges et parties.

Les primes augmentent sans cesse pour les assurés qui ne jouent pas le jeu de la protection, tandis que les montants des franchises peuvent diminuer pour les assurés les plus correctement protégés. Par ailleurs, les assurances prévoient des clauses de plus en plus drastiques d'exclusion de garantie, ce que démontrent les enquêtes de plus en plus poussées sur les déclarations de sinistres, l'envers du décor des pertes liées à ladite croissance de la délinquance et de l'insécurité : une réalité de la fraude beaucoup moins enchantée. Comme par exemple, dans le commerce de la grande distribution, les fréquentes pratiques de disparitions « inexplicables », le coulage, les différences d'inventaire, ou les classiques incendies... pour liquider les stocks, etc.

Assurant à la fois les entreprises qui font appel au gardiennage et les prestataires de service eux-mêmes, les assureurs acceptent, dans les prestations de gardiennage sous-traitées, des « clauses de renonciation » (si elles interviennent au-delà d'un certain montant de garantie) ou de « limitation de responsabilité » de la part du prestataire cocontractant.

Prenant acte du fait que les sociétés de gardiennage et de télésurveillance ne sont pas encore tenues à des « obligations de résultat »<sup>26</sup>, l'Agsaa s'est sentie tenue d'élaborer, au milieu des années 80, des modèles de clauses pour l'assurance responsabilité civile professionnelle des sociétés de gardiennage<sup>27</sup>. Ces

clauses permettent aux assureurs de mieux définir l'étendue de la couverture proposée : elles ne garantissent que les dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs, les frais de serrurerie à la suite de la perte de clefs confiées aux gardiens, les limitant aux changements de barillet.

Elles excluent les pertes et les dommages commis par des préposés agissant à des fins étrangères à leurs attributions et provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ce qui est logique (vols, détournements, incendies volontaires) ; elles excluent les interventions en cas de grèves et de *lock-out* ; elles fixent, selon l'importance de la société à assurer et des biens sous surveillance, la garantie dans le temps, en conjuguant date de la réclamation, date du fait générateur et reprise des conséquences de faits antérieurs inconnus.

Bref, un grand nombre de moyens de persuasion empiriques, un jeu constant sur l'augmentation ou la diminution de la franchise comme pédagogie de la - carotte et du bâton -... Si le secteur assurantiel ne crée pas à proprement parler directement le mécanisme de l'offre et de la demande de protection, il contribue en revanche à le façonner progressivement. Les compagnies d'assurances agissent ainsi sur tous les maillons de la chaîne de sécurité des - acteurs - concernés : elles assurent et contrôlent les industries et les installateurs de matériels de protection et d'alarme, en même temps qu'elles incitent leurs assurés à en devenir des clients.

Ainsi naît la spirale de la socialisation sécuritaire, la mise en sécurisation d'un nombre toujours plus considérable d'acteurs, pour prévenir des risques toujours plus nombreux dont la désignation explicite reste floue sur le plan idéologique. Les pouvoirs publics n'interviennent pas véritablement dans cette dialectique ; ils restent d'une neutralité on ne peut plus bienveillante à l'égard de ces mécanismes de conditionnement.

### **III. VERS LA RECONNAISSANCE D'UN POUVOIR POLITIQUE AUX COMPAGNIES D'ASSURANCES**

Si l'on peut dès lors parler, à propos du secteur assurantiel, d'un acteur incontournable dans son pouvoir d'accompagner la mise en sécurité de la propriété de ses clients, c'est parce qu'il est doté de deux sortes de pouvoirs : non seulement il s'agit d'un acteur économique puissant, mais il devient surtout un acteur en quelque sorte politique, dont le pouvoir s'exerce dans des directions qui contribuent à boucler la boucle de la sécurité. Nous donnerons quatre illustrations de ces pouvoirs et processus sans prétendre épuiser le sujet.

#### **1. Les assurances dans le contrôle financier des entreprises de sécurité**

Le secteur assurantiel est un investisseur institutionnel classique, certes, mais il est intéressant d'observer comment il diversifie actuellement ses activités d'investissement. Si nous évoquons l'emprise des assureurs comme - acteurs -

concourant au mécanisme de consolidation du marché de la sécurité, c'est aussi parce qu'on a assisté récemment à leur récente pénétration dans les structures financières d'entreprises de sécurité. Après les banques presque entièrement maîtresses aujourd'hui des entreprises de convoyage de fonds et de valeurs, après les grandes entreprises de travail temporaire ayant filialisé nombre d'entreprises de gardiennage et de surveillance, c'est au tour de grands groupes d'investir désormais dans des créneaux de sécurité - porteurs -, même si, dans nombre de cas, les prises de participation restent encore assez largement minoritaires : par exemple, les domaines de la télégestion, du contrôle d'accès, de la télésurveillance, de la protection de l'homme au travail, et de la sécurité informatique. Néanmoins, on voit également des prises de participation majoritaire chez certains grands groupes, tel Groupama, contrôler à 100 % une société comme Secours et services informatiques, ou l'UAP contrôler à 51 % le capital de la société CSC La Télésécurité, spécialisée dans la télésurveillance, etc.<sup>28</sup>.

On peut rester quelque peu rêveur devant des situations de fait où un assureur pourrait se trouver dans la position d'assurer une entreprise ayant contracté avec un prestataire de services en matière de sécurité, prestataire lui-même financièrement contrôlé par l'assureur en question, dès lors que surgirait un conflit entre les deux parties. On voit mal, quant à nous, le cas de figure litigieux ressortir au prétoire. On voit bien, en revanche, en quoi la régulation judiciaire publique se voit structurellement évincée de l'application empirique des politiques et des procédures de sécurité dans un nombre d'hypothèses de moins en moins négligeable.

## **2. Pouvoirs de normalisation de l'Apsad<sup>29</sup>**

Trois axes sont suivis par cet organisme<sup>30</sup> : les pouvoirs publics lui reconnaissent le pouvoir de sélectionner les matériels, et, au vu de résultats d'analyses techniques en laboratoire, tel celui du CNPP, l'Apsad les certifie. Celle-ci élabore des règles d'installation selon la nature des risques. Elle sélectionne enfin les différents - installateurs - d'alarmes en présence, qui doivent maîtriser les performances du matériel qu'ils posent en - respectant les règles de l'art -.

L'Apsad a obtenu que le CNPP soit agréé par le ministère de l'Industrie en qualité d'organisme certificateur, au même titre que le sont 23 autres organismes, dont l'Association française de normalisation (Afnor). Ce pouvoir lui fut accordé pour les systèmes de prévention contre l'incendie et le vol en 1984. Une marque A2P (assurance, prévention, protection) fut alors déposée, permettant d'identifier tous les produits auxquels l'Apsad accorde un certificat de qualification. A la fin des années 80, les deux marques NF (norme française dont l'origine est l'Afnor) et A2P se sont associées et ont donné naissance à la double marque NF-A2P. Dès 1985, 150 - installateurs habilités - se sont engagés déontologiquement à n'utiliser que du matériel certifié et à respecter les règles d'installation, et 400 types de matériels étaient pris en considération.

Une enquête effectuée pour le compte des Télécom<sup>31</sup> a montré que le nombre des centrales de télésurveillance qualifiées par l'Apsad s'élève actuellement à environ 80. Douze d'entre les premières assurent 70 % des abonnements totaux. En mars 1987, dix normes d'habilitation pour le matériel de sécurité, d'alarme et de télésurveillance contre l'intrusion étaient établies<sup>32</sup>. En 1991, on en comptait 18. Si rien n'oblige en théorie les clients à contracter avec des services qualifiés ou à utiliser des matériels certifiés, la course à la labellisation de l'Apsad constitue bel et bien un enjeu de lutte dans la compétition et le marketing commercial. La mise en dépendance acceptée d'un nombre toujours plus important d'entreprises de sécurité à cet organisme donne au secteur assurantiel une légitimité d'action politico-symbolique beaucoup plus importante que par le passé.

### **3. Pouvoirs parajudiciaires dans la lutte contre les fraudes à l'assurance**

Les compagnies d'assurances ont de tout temps appris à se méfier des fraudes, tant au moment de la signature du contrat qu'au moment de la déclaration du sinistre. Au point que, de plus en plus fréquemment, elles sont amenées à recourir à des enquêtes pour les démasquer. On dira certes que la déclaration frauduleuse d'un sinistre ou de sa réelle origine est aussi vieille que l'invention de l'assurance elle-même. La différence fondamentale vient de ce qu'on assiste aujourd'hui au passage d'une régulation informelle de la fraude à sa progressive - institutionnalisation - à travers des organismes hybrides. Ce phénomène se produit dans une conjoncture où, d'une part, les marges de profit dégagées dans certains domaines se réduisent du fait d'une concurrence acharnée entre les assureurs eux-mêmes ; d'autre part, à un moment où les orientations de la jurisprudence sont plus offensives dans leur volonté de rétablir un meilleur équilibre entre les parties au contrat<sup>33</sup>.

« Malgré la mise en place de systèmes d'échanges d'informations, de demandes d'enquêtes, voire de formation de personnel à la détection des tentatives d'escroquerie [...], les assureurs durent changer leur fusil d'épaule, et abandonner la formule de simple concertation intersociétés, illustrée par l'existence du Glafa (Groupe de liaison antifraude de l'assurance), pour créer et lancer un organisme autonome, Alfa : Agence pour la lutte anti-fraude à l'assurance. Financée par l'ensemble des sociétés d'assurance, disposant de moyens spécifiques, de fichiers informatisés, et d'une équipe de 70 enquêteurs, pour la plupart anciens policiers ou gendarmes, Alfa est dirigée par un fonctionnaire détaché du ministère de l'Intérieur », indique J. Charbonnier<sup>34</sup>.

Ce commentaire illustre en fait, de façon très synthétique, un nouvel avatar de la vieille théorie marxiste sur les effets productifs du crime. En résumé, on assure le vol, puis on finit par décréter qu'on ne dégage pas de profit sur ce créneau, car il s'agirait de moins en moins d'un aléa ; on est donc amené à vouloir mieux détecter des possibilités de fraude à l'assurance, ce qui entraîne la

création d'un nouveau dispositif de contrôle social... avec de nouveaux contrôleurs qui sont de nouveaux détectives, dont un bon nombre sont d'ailleurs d'anciens policiers recyclés ou mis en disponibilité.

L'agence semi-publique Alfa est une incarnation remarquable du processus d'un transfert partiel d'une forme de délégation de l'État à propos de l'une de ses compétences jusqu'à présent monopolisées.

Sans que ce mécanisme soit poussé aussi loin en France qu'il ne l'est aux États-Unis<sup>35</sup>, on doit remarquer la facilité avec laquelle s'organise ce « transfert ». Il est rendu possible par le fait d'un décroisement des frontières entre le monde de la police judiciaire et celui des détectives officiant dans le monde de l'assurance. Le nombre des policiers (surtout des inspecteurs et quelques commissaires) qui se recyclent dans les agences de détectives ou qui les créent ne manque d'ailleurs pas d'impressionner depuis 1980<sup>36</sup>. Ils sont certes largement « prospectés » par les agences de détectives comme jadis, mais, phénomène plus intéressant, on les voit de plus en plus fréquemment exercer pour le compte des compagnies d'assurances (ou de crédit et les organismes de renseignement commercial).

La question des conséquences de l'exportation des renseignements d'un monde à l'autre n'est pas posée, car tout se passe généralement comme si on postulait les effets bénéfiques de la coopération, plutôt que les effets pervers d'une concurrence du public et du privé.

#### **4. Le Clusif, organisme d'information sur les sinistres informatiques**

« Les assureurs français se sont intéressés à l'évolution des risques informatiques dès 1984, en créant une structure propre à l'assurance, sous forme d'une commission, et une structure de recherche et développement, qui est devenue, en 1986, le Club de sécurité informatique français », indique son président, J.-M. Lamère<sup>37</sup>.

Il définit le rôle de cet organisme privé, émanation des assurances, comme « principal pôle national civil d'études en sécurité des systèmes d'information » (*id.*, p. 154) et d'alerte en direction des assureurs, des entreprises et des pouvoirs publics. Outre la mise au point d'une méthode (dite « Marion », devenue norme de fait, car susceptible de s'appliquer à tous les utilisateurs), le Clusif élabore et commente des statistiques annuelles des sinistres et des pertes déclarées dans le monde utilisant l'outil informatique. Son apparente rigueur par rapport aux guides signalés plus haut provient du fait qu'il invente et justifie littéralement de nouvelles catégories normatives, collant mieux aux perceptions assurantielles quant à l'origine des sinistres. Mais cela se fait complètement en dehors des catégories pénales, puisqu'on a pu créer et améliorer de nouvelles catégories avant même que ne soit en l'occurrence élaboré un nouveau droit pénal spécial relatif à la « délinquance informatique ».

Les risques répertoriés s'originent donc en « accidents », « erreurs » et « mal-

veillances ». Premier constat : très curieusement, dans la rubrique « accidents », sont rangés le vol et le sabotage de matériel. Le vol s'exercerait sur le petit matériel, les supports informatiques et des biens très divers (bref, de la « fauche »). Quant au sabotage physique, il revêtait des formes variées, « douces » ou « violentes », tel, dans ce dernier cas, « le pain de plastic déposé dans les locaux d'un centre informatique ». Est-ce si peu grave que tout cela puisse à bon droit constituer des délits qui n'auraient pas à être réglés ailleurs que dans l'ordre interne des entreprises, et que des sanctions informelles suffiraient à les dissuader sans que les pouvoirs publics y fassent leur « intrusion » ?

Deuxième constat à propos des dites « malveillances » qui remportent de plus en plus (médiatiquement aussi) la palme statistique dans l'origine des pertes signalées<sup>38</sup>. Nous sommes en présence, selon le Clusif, de fraudes (détournements de fonds et détournements de biens) ; de sabotage immatériel par falsification de données ou de programmes (destruction ou blocages partiels ou complets) ; d'indiscrétions et de détournements d'information, à comprendre comme étant de l'espionnage industriel et de l'espionnage économique. Le piratage expliquerait les détournements de logiciels ; enfin, les grèves et les départs d'informaticiens seraient à l'origine de pertes substantielles.

On comprend que la suspicion doive donc s'exercer dans l'entreprise à l'égard des employés ou des intermédiaires en cols blancs, voire des collaborateurs, mais aussi et surtout à l'égard d'inconscients, ingénieurs bavards<sup>39</sup>, ou, au total, chefs d'entreprise qui ne prennent guère la précaution d'investir intelligemment, en dépit des conseils des experts et autres risk managers<sup>40</sup>, dans la mise en sécurité de leurs sites.

On pressent que l'allure de la « malveillance » change de nature, car on a changé de monde. Quoi qu'il en soit, un point aveugle subsiste à l'égard de cette construction normative qu'on peut également considérer comme une entreprise morale : tout se passe en effet comme si, dans le domaine de l'expansion de l'informatique, il n'y avait qu'un enseignement univoque à tenir : lutter contre les « malveillants »...

Malheureusement, il est clair aujourd'hui qu'évoquer la criminalité informatique pour justifier un marché spécialisé n'a pas grand sens, car « c'est au sein du même groupe social que l'on recrute ceux qui « font tourner la machine » et ceux qui contribuent à la détourner de son usage pour l'utiliser d'une autre façon, ou s'en servir à des fins délictueuses »<sup>41</sup>. De fait, l'émergence actuelle de la notion de « sécurité informatique » est bien en position paradoxale. Car sur quelle catégorie conceptuelle doit-elle se fonder pour viser quelles cibles utiles ? Devrait-elle viser « les comportements délictueux sans intention malveillante » de « ceux qui font tourner la machine », par exemple ? Pas de réponse convaincante pour l'instant...

Il n'en reste pas moins que c'est dans le même univers qu'est à la fois secrétée la statistique de l'aléa, mise au point la procédure et la parade pour le contrer, et c'est encore de lui que la pression est venue pour inviter le législateur à incrimi-

ner pénalement l'intrusion illicite dans les systèmes informatiques. Il ne reste plus qu'à créer un corps d'inspection assurantiel hybride ou non chargé de la prévention et de la détection de ce risque...

## CONCLUSION

A la lumière de ces développements et pour reprendre les conclusions italiennes de départ, peut-on affirmer avec certitude que nous soyons, avec le commerce de la sécurité, en présence d'un « marché politique de l'ordre public » ? On pourrait le dire si, en se fondant sur les simples lois de l'offre et de la demande entre un client et un prestataire de service de protection, actives en dehors des pratiques de prévention sociale et de répression pénale mises en œuvre par les politiques publiques (y compris reterritorialisation, municipalisation de la police, communautarisation des actions de prévention dans l'espace public), nous étions en présence de formes d'« autodéfense » spontanément élaborées par des catégories de victimes organisées puissamment. La menace serait directe pour un État qui s'est historiquement organisé sur l'éviction complète de la victime dans ses objectifs de poursuite et de répression des délinquants. La seule question pertinente resterait effectivement celle de savoir si les « polices publiques » et les nouvelles « polices privées » convergeraient finalement vers le maintien d'un ordre public plus efficace dont tout un chacun pourrait s'accommoder.

Mais, lorsque l'on raisonne au sein du contexte de l'État providence où « l'imaginaire assurantiel », comme a pu le décrire F. Ewald<sup>42</sup>, colonise durablement l'ensemble des relations sociales en dehors désormais du strict rapport salarial, on doit apporter d'autres réponses.

On assiste à de nouvelles divisions du travail social de la régulation de l'ordre pour contrer des prédatations et des déprédations qui s'expliquent dans leur grande majorité comme des conséquences de la complexification de la vie en société, de l'accumulation des biens dans l'entreprise, de la naissance d'une propriété privée de masse (*mass private property*), de la circulation intensive des biens immatériels, de la disparition de la surveillance communautaire traditionnelle, bref, un ensemble de nouvelles fragilités et de vulnérabilités. Autant de phénomènes structurels dont on perçoit encore assez mal sur quoi ils débouchent et comment ils recomposent la société.

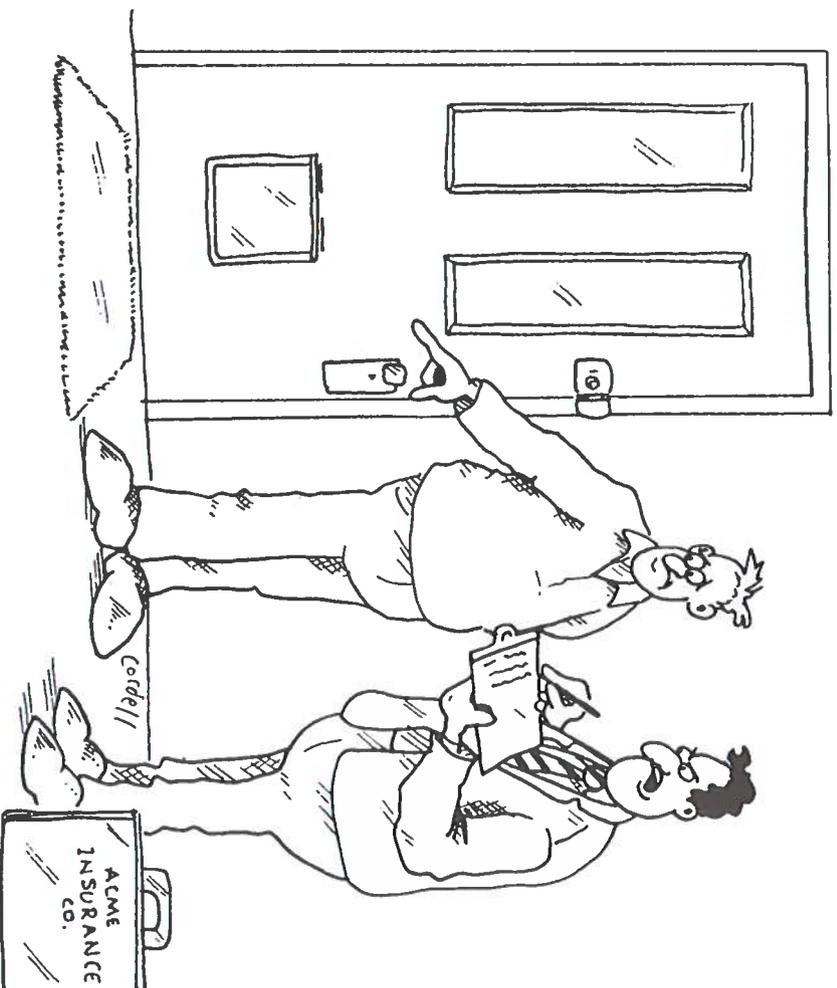
L'un des grands défis de l'avenir résidera sans doute dans la question de savoir si l'État « webérien » va devoir ouvertement déléguer les symboles de son pouvoir de mise en sûreté des personnes et des biens à de puissantes entités organisées pour exercer un ordre post-industriel conforme à un « intérêt public » (mais cette terminologie aura-t-elle encore un sens ?). Et cela en s'appuyant plus encore sur le pouvoir du secteur assurantiel qui pousse toujours plus en avant cette logique de sécurisation tous azimuts, en faisant progressivement se détourner la communauté des assurés vers les ressources

indéfinies de l'industrie et du commerce de la protection. Pour se prononcer sur le bien-fondé de la dissuasion des « malveillances », il faudra qu'inévitablement les assureurs qui participent à l'expansion de ce commerce apportent à la société la preuve globale de son efficacité économique et sociale ■

**Notes :**

1. V. Olgiati, M. Astori, *La Difesa privata armata in Italia ; dalle supplenza all'appalto del controllo sociale diffuso*, - *Sociologia del diritto* -, 1988, XV, 3, p. 41-71.
2. C. D. Shearing, P. C. Stenning, - *Private Security : Implications for Social Control* -, - *Social Problems* -, 1983, 30, 5, p. 523-506... qui voient dans l'expansion du commerce de la défense de la propriété un mécanisme unilatéral de privatisation par remplacement (voire substitution) progressif du contrôle social étatique au profit de l'initiative privée.
3. Plutôt activement que passivement d'ailleurs, selon nous, par l'élaboration de législations spécifiques de soutien au secteur, ou par les exemples d'appel d'offre de surveillance, de la part d'établissements publics à des entreprises de gardiennage ; cf. notre article, qui évoque l'idée d'un réinvestissement étatique plutôt que d'une privatisation : F. Ocqueteau, - *L'État et le commerce de la sécurité* -, - *L'Année sociologique* -, 1990, 40, p. 97-124.
4. Une nouvelle branche de la sociologie, dite « de la victimation », semble actuellement opérer une distinction entre les « inorganisés », qui n'auraient pas d'autres ressources que de faire appel à l'État pour protéger leurs biens sans aucune garantie d'une réponse satisfaisante, et les « organisés », économiquement puissants, qui sauraient utiliser les ressources privées de l'industrie et des services de sécurité selon le mode de l'achat et du contrat commercial... fracture qui accentuerait les tendances à la dualisation de la société.
5. Où le thème de la défense de la propriété, se doublant, dans des fractions de plus en plus répandues de la population – moyennes notamment –, de la peur d'être victimes, paraît de plus en plus une préoccupation politique légitime. Pour une mise en perspective, voir J. Capdevielle, - *Le Fétichisme du patrimoine* -, Paris, Presses de la Fondation nationale de sciences politiques, 1986.
6. Voir notre recension de la littérature internationale en la matière : F. Ocqueteau, - *Police(s) privée(s), sécurité privée : nouveaux enjeux de l'ordre et du contrôle social* -, - *Déviance et Société* -, 1986, 10, 3, p. 247-281 ; et notre rapport plus spécialement consacré à la situation française : F. Ocqueteau, - *Gardiennage, Surveillance et Sécurité privée, commerce de la peur et/ou peur du commerce ?* -, Paris, Cesdip, 56, janvier 1992, ronéo, d'où ces réflexions sont tirées.
7. S. Brasier, - *Les Sociétés de surveillance privées, stratégie et concurrence* -, Paris, 1990, Cabinet Précepta, ronéo.
8. P. Haas, - *Annuaire économique des entreprises de sécurité 1991* -, Paris, Technopresse, 1991.
9. L'auteur rattrape toutefois ces omissions dans d'autres articles où il évoque par exemple « la progression des cambriolages, le vol de documents ou de marchandises, le piratage informatique, les accidents dans les usines, l'espionnage industriel », in - *Sécurité, un marché en voie de maturation* -, *Répertoire préventif 1991-1992* -, numéro spécial, 1992, p. 139.
10. Centre national de la prévention et de protection - Face au risque. Guide de la sécurité des entreprises et des collectivités -, édition 1991, décembre 1990, suppl. au n° 268.
11. J.-C. Bourret (éd), - *Guide des professionnels de la sécurité, 1989-1990* -, Paris, Galégo, 1990, qui se présente comme une « arme unique et efficace » pour le « décideur » devant trouver l'entreprise convenable pour protéger et renforcer la sienne.
12. P. Lascoumes, - *Les Affaires ou l'Art de l'ombre, les délinquances économiques et financières et leur contrôle* -, Paris, Le Centurion, 1986.
13. Association reconnue d'utilité publique, qui doit d'ailleurs, rappelons-le, son existence à ses études et aux moyens techniques mis en œuvre pour combattre la survenue et les effets de certains risques.
14. P. Florin, - *Prévoyance et prévention* -, - *Risques* -, 1991, 4, p. 15-17.
15. On ne considère pas ici les domaines où les administrés sont obligés de s'assurer par le commandement de la loi.
16. Lascoumes et alii, - *Le Droit pénal administratif, instrument d'action étatique* -, Paris, Commissariat général au Plan, 1986, p. 6 et 287-293.
17. Nous reprenez ici l'essentiel de l'esprit de la démonstration effectuée à partir de données chiffrées au milieu des années 80 : R. Lévy, F. Ocqueteau, - *Police Performance and Fear of Crime : the Experience of the Left in France between 1981 and 1986* -, - *International Journal of Sociology of Law* -, 1987, 15, p. 259-280.
18. G. Barberger, - *De la criminalité apparente, théorie et observation à partir des rapports journaliers des polices urbaines du Rhône* -, 1981, université Jean-Moulin, Lyon III, p. 85-487.
19. P. Maurin, - *Assurance et mesure de la délinquance* -, - *Les Cahiers de la sécurité intérieure* -, Paris, La Documentation française, 1991, 4, p. 27-37.
20. Plus que le nombre des incendiaires, devrait-on ajouter.
21. Et c'est logique, puisqu'une cause élucidée d'origine délictueuse d'un sinistre a toutes les chances de ne pas entraîner la garantie.

22. Le guide Bourret, cité supra, n'avait pas ce genre de scrupules, qui évoquait un pourcentage de 5,6 % d'incendies répertoriés par les assurances, dus à une imprudence ou à une malveillance, alors que le statisticien des assurances parle, ce qui est beaucoup plus clair, d'incendie criminel ou d'incendie accidentel. Le premier suppose qu'un contrôle officiel ou officieux a permis d'éclaircir l'origine du sinistre. On imagine aisément que plus un incendie est lourd à supporter quant aux pertes, plus l'investigation est longue et probablement payante - à terme qu'un incendie aux pertes moins coûteuses. Or, si les expertises et investigations sont plus poussées, elles devraient apporter de meilleures certitudes. Si elles ne font pas apparaître, dans l'évolution du temps, une montée de la certitude de la présence des incendiaires comme auteurs des dommages, alors... on devrait conclure que les incendies d'origine criminelle (autrement dit les risques de malveillance) ont baissé. Ce qui ne veut évidemment pas dire que la vigilance dissuasive par rapport à ce type de danger doive elle-même diminuer.
23. Maurin ajoute (art. cit., p. 27) : « Le phénomène observé réagit fortement sur l'instrument de mesure. L'observateur lui-même intervient en modifiant les clauses et conditions du contrat d'assurance. Enfin, le phénomène de la délinquance n'est pas toujours bien perçu car l'origine du sinistre qui se traduit par le versement d'une indemnité n'est pas toujours enregistrée dans le système d'information de l'assureur. »
24. Une enquête tout à fait significative a bien montré pourquoi les chefs d'entreprise français se montraient particulièrement rétifs à investir dans la sécurité anti-vol, à la différence de la sécurité incendie. Il semble que la résistance soit liée à une perception très différente des conséquences des pertes engendrées. Voir D. Corne-Demajoux, D. Cluzel, « La Prise en compte de la sécurité incendie et du vol dans le tissu économique français », Rapport MKO et CEBTP, 1990, ronéo. Voir aussi, des mêmes auteurs, « L'image de la réglementation », « Face au risque », 1991, 269, p. 47-54.
25. Voir « La qualité dans la sécurité », « Face au risque », 1992, 279, p. 30-44, qui donne de l'Apsad une image de « juge de paix particulièrement intransigeant » et du CNPP, celle d'« un organisme d'instruction particulièrement actif ».
26. Sur cette notion dans le champ étudié, voir F. Ocqueteau, « Le Contrat de surveillance à travers la jurisprudence », Plaquette interne à la société SPS, Paris, « Les Rencontres de la sécurité », 1992, p. 25-42.
27. J. Déprimoz, « L'assurance en responsabilité civile des sociétés de surveillance et de gardiennage », « L'Argus international des assurances », 1986, p. 1548-1554.
28. L'ensemble de ces renseignements est puisé dans le guide de P. Haas, op. cit., p. 93.
29. Assemblée plénière des sociétés d'assurance dommage, anciennement appelée Apsaird (sociétés d'assurance contre l'incendie et les risques divers).
30. J. de Catelin, « Le rôle des sociétés d'assurance dans la prévention des occasions de vol », in « La Prévention des occasions de vol », Grenoble, Société alpine de publication, 1988, p. 79-86.
31. Citée par « En toute sécurité », septembre 1991, n° 65, p. 1.
32. J. Hue, « La surveillance électrique », in « La Prévention des occasions de vol », Grenoble, Société alpine de publication, 1988, p. 55-66.
33. Voir H. Groutel, « La Cour de cassation et le report sur l'assurance de certains risques de l'entreprise », in « Les Activités et les biens de l'entreprise, Mélanges offerts à J. Deruppe », Paris, GLN Joly/Litec, 1991, p. 148-158.
34. J. Charbonnier, « Tel assuré, tel escroc ? », « Préventique », 1990, 34, 32-34.
35. G. S. Gbezzi, « A Private Network of Social Control : Insurance Investigation Units », « Social Problems », 1983, 30, 5, p. 521-531.
36. Voir rapport F. Ocqueteau, 1992, cité note 6, p. 71.
37. « Sécurité informatique », « Risques », 1991, n° 4, p. 153-170.
38. Voir C. Vincent, « Autodéfense informatique », « Le Monde », mars 1992, p. 1 et 12.
39. Voir M. Poisson, « Les entreprises malades d'indiscrétions », « Face au risque », 1990, 260, p. 68-72.
40. Voir, entre autres littératures de conseil (ou de conscientisation -), les toujours passionnants articles de la revue « Face au risque ». Par exemple : L. G. Hétier, « Fraudes, détournements, sabotages », « Face au risque », 1990, 260, p. 63-67 ; J. O'Neill, D. Cluzel, « Système expert en sécurité vol/effraction », « Face au risque », 1991, 272, p. 70-77.
41. Ph. Breton, E. Heilmann, I. Bertrand, « Entre l'ordre et le désordre, les valeurs paradoxales du monde de l'informatique », « Réseaux », 1991, n° 48, p. 13-22.
42. F. Ewald, « L'État providence », Paris, Grasset, 1986.



"So, the burglar escaped through the cat-flap  
with your mini-TV, your mini-hi-fi and  
your entire compact-disc collection?..."

"ALORS LE VOLEUR S'EST ÉCHAPPÉ PAR LA TRAPPE A CHAT AVEC VOTRE MINI TV,  
VOTRE MINI-CHAÎNE, ET TOUTE VOTRE COLLECTION DE DISQUES COMPACTS ?"

Tim Cordell

# L'ASSURANCE DANS LE ROMAN NOIR

MOTS CLEFS : *détectives* • *fiction* • *fraude* • *littérature* • *romanciers* • *Série noire* •

La fraude à l'assurance, qui nécessite des scénarios mis en œuvre avec précision, aurait dû, à l'évidence, constituer un thème majeur du roman policier quand celui-ci entraînait le lecteur vers la résolution d'énigmes aseptisées. Or ce thème a prospéré à la grande époque du roman noir, par principe plus attaché à présenter le crime comme un aléa de la vie quotidienne. Sans doute parce que cette forme du roman criminel, même si elle a souvent fait fi des mécaniques d'horlogerie, a réussi le cocktail explosif de la cupidité et de la passion.

René Brabazon Raymond (1906-1985) fait partie de la cohorte des écrivains anglo-américains de la littérature policière dont les ouvrages ont déferlé sur la France à partir de 1945, particulièrement grâce à la Série noire, aux Presses de la Cité, aux Éditions du Scorpion. Pour l'essentiel, l'origine de ce tout nouvel engouement pour le récit criminel tel qu'il se pratiquait outre-Manche ou outre-Atlantique réside dans le sevrage lié aux quatre années d'occupation et à l'interdiction des écrivains anglo-saxons. C'est cette exclusion qui avait donné à Georges Ventillard l'idée d'une collection policière, « Minuit », écrite par des Français qui auraient pris des pseudonymes à consonances américaines : puisque la saccharine remplaçait le sucre et le gaz de gazogène l'essence, les noms de Frank Harding, Léo Latimer et autres Joe Christmas pouvaient bien donner l'illusion d'appartenir à des Américains. Rappelons que, dès avant la guerre, Gallimard avait publié dans ses collections de l'époque (« Les Chefs-d'œuvre du roman d'aventures », « Le Scarabée d'or »), parmi des romans policiers de facture classique (Rex Stout, Erle Stanley Gardner), les principaux romans de Dashiell Hammett.

Une nouvelle forme de littérature populaire allait donc se substituer à celle de la fin du siècle dernier, du début du nôtre et de l'entre-deux-guerres, et reléguer celle-ci au deuxième plan quand ce ne fut pas aux oubliettes. Rocambole, Fantômas, Rouletabille, Arsène Lupin laissèrent la place à Lemmy Caution, à Slim Callaghan (deux héros de Peter Cheyney), à Philip Marlowe, le détective de

\* *Chargé de mission à la Direction de l'architecture et de l'urbanisme (ministère de l'Équipement, des Transports et du Tourisme).*

Raymond Chandler, à Peter Chambers, à Sam Spade, à bien d'autres. Rares, finalement, furent les francophones, comme Simenon, psychologue des dimanches gris, ou Frédéric Dard, qui a construit autour du commissaire San Antonio un sous-genre policier métissé de roman gai, à n'avoir pas abandonné une large part de leurs lecteurs au roman noir anglo-saxon.

Revenons à Brabazon. Ne cherchez pas dans votre mémoire, il est arrivé chez nous sous pseudonymes. James Hadley Chase a signé ainsi environ 90 romans, et encore quelques autres sous le nom de Raymond Marshall, autre pseudo qui lui permettait, dans l'Angleterre en guerre, de se procurer une allocation supplémentaire de papier. Son succès, à une époque et dans un genre où le lecteur se faisait volontiers complice des faux nez et énigmes littéraires (Raymond Queneau alias Sally Mara, Boris Vian alias Vernon Sullivan), a contribué à le faire passer pour l'un des pères du roman noir, ce qu'il n'est pas. Son premier roman, *Pas d'orchidées pour Miss Blandish*, date de 1939, longtemps après les écrivains et ouvrages de référence qu'il admirait et décida d'imiter (William Faulkner, John Steinbeck, James Cain). Chase, qui situe l'action de nombre de ses livres aux États-Unis, n'y mit les pieds pour la première fois qu'en 1955. C'est dire que son succès, exprimé en dizaines de millions d'exemplaires vendus de par le monde, ne doit rien au caractère original de sa peinture. Mais il disposait de deux atouts qu'il a exploités sans relâche : la maîtrise du rythme du récit, domaine où il manifeste un talent hitchcockien, et la capacité de créer des personnages archétypiques sans craindre de forcer le trait pour graver un modèle dans l'esprit du lecteur.

Prenez Maddox, par exemple. C'est le responsable du service des réclamations de la National Fidelity Insurance Corporation. Il sort assez peu de son bureau, car il dispose des enquêteurs de la compagnie, au premier rang desquels Steve Harmas, réputé le meilleur dans tout le milieu de l'assurance. Mais c'est lui, Maddox, qui anime l'enquête, à partir d'une conviction qui ne varie jamais : il y a sous la demande d'indemnité une arnaque, un crime à découvrir, et il n'est pas question de payer quoi que ce soit. D'un pessimisme absolu sur la nature humaine, il ne lâche pas prise tant que ses suspects ne se retrouvent pas en prison ou morts. Les mouchoirs imbibés de larmes des jeunes veuves, les alibis inattaquables, le dévouement des proches, les cheveux strictement rassemblés en chignon et les uniformes empesés des infirmières, rien de tout cela ne fait dévier d'un pouce sa certitude élémentaire. C'est un personnage court sur pattes, trapu, qui bougonne ou aboie, dont le bureau est recouvert de dossiers de réclamations dont il scrute les pages pour en faire sourdre la noirceur des âmes. La police respecte son flair et les truands eux-mêmes préfèrent l'éviter. Peu présent dans l'action, c'est à peine si quelques pages lui sont consacrées, il est sans conteste l'une des plus fortes personnalités du roman criminel, car, dès les premières lignes qui signalent son entrée en scène, le lecteur le plus convaincu que le crime peut payer sent qu'en tout cas cette fois les carottes sont

cuites et que la National Fidelity Insurance Co ne déboursa pas un quarter. Il y a du définitif en Maddox, bien avant le mot - fin -.

Dans *Traitement de choc* (*Shock Treatment*, 1959, SN n° 450), Terry Regan va installer la télévision chez les Delaney. Le mari est infirme depuis un accident de voiture lors duquel sa femme conduisait. Elle, c'est Gilda, dont les yeux sont bleu myosotis et le reste à l'avenant. Elle a tout ce qu'il faut pour embobiner Regan et n'hésite pas à s'en servir. Mais elle refuse de quitter Delaney. Celui-ci, cependant, commence à manifester jalousie et violence, et Regan se décide à agir seul. Il trafique le tableau de télécommande de la télévision pour se débarrasser du mari et permettre à Gilda de toucher l'héritage. Mais, au dernier moment, Gilda, qui n'était pas dans le secret du projet de son amant, décide de quitter Delaney et va retrouver Regan. Celui-ci n'a plus qu'à aller constater la mort de Delaney et finir de maquiller le crime en accident. Mais tout s'avère inutile : d'abord, Delaney n'avait pratiquement plus rien. Ensuite, il avait assuré son téléviseur à la National Fidelity Insurance Co, y compris quelques milliers de dollars pour les dommages corporels, et Maddox n'a pas envie de payer. Après enquête, on s'aperçoit que Delaney n'est pas mort électrocuté, mais empoisonné à l'arsenic. Regan s'est donné beaucoup de mal pour tuer un mort et voilà Gilda devant le Grand jury ! Regan engage un avocat réputé qui réussit à faire admettre la thèse du suicide. Ainsi acquittée, Gilda disparaît et Regan, qui a vendu ses maigres biens pour payer l'avocat, part recommencer sa vie dans une autre ville (c'est ici le thème du recommencement, de la table rase, cher à Hammett et récurrent dans l'imaginaire américain marqué par l'immigration : en fait, c'est la même histoire qui va recommencer ailleurs). En tout cas, Maddox n'a pas payé.

Sa vie refaite, Regan se rend chez un nouveau client pour le conseiller et découvre que la femme de ce client n'est autre que Gilda. Mais elle lui bat froid et l'éconduit. Quelques semaines plus tard, le mari meurt accidentellement. La thèse de l'accident (chute provoquée par l'ivresse) est admise lors de l'enquête du coroner, et Gilda hérite de 4 millions de dollars. Maddox, dont la compagnie n'est pas concernée et qui est venu à l'audience par curiosité, se contente de ricaner. Regan voit Gilda filer avec son avocat dans une Cadillac bleu et crème, - en arborant un visage radieux et impatient -. Mais il continue de croire en son innocence, malgré tout.

*L'homme à l'affût* (*An Ear to the Ground*, 1968, Poche noire n° 43) est un autre exemple de la maîtrise brabazonienne, le cheminement de deux intrigues qui semblent avancer parallèlement. Dans l'une, une bande de voleurs de bijoux arrive à Paradise City, riche villégiature de Floride, avec un plan de vols en série. Ce plan a la sagesse d'exclure de la liste des futures victimes celles qui sont assurées par la National Fidelity Insurance Co, où officient Maddox et son enquêteur, Steve Harmas.

Mais, au même moment, la propriétaire d'un collier de diamants sur lequel veille justement Maddox est engagée dans un drame de la jalousie qui conduit

non seulement à son assassinat, mais aussi au vol du collier. Voilà nos fausses parallèles qui se sont rejointes, et Maddox et Steve Harmas, que les voleurs professionnels comptaient bien tenir à l'écart, vont pouvoir entrer en scène et intervenir dans l'enquête que mène la police sur les autres vols de bijoux.

En tentant de résumer ces livres, on ne peut manquer de faire apparaître parentés et ressemblances. La première est d'observer qu'ils partagent des données communes, qui semblent peu significatives, comme le prénom de Gilda, ou beaucoup plus liées au déroulement de l'action, comme l'infirmité du conjoint. Mais voyons comme la Gilda de *Traitement de choc*, dont Terry Regan refuse d'admettre la culpabilité, et rien ne prouve qu'il ait tout à fait tort, ressemble à la Gilda voleuse de bijoux d'*Un homme à l'affût*, à la recherche d'amour plus que d'argent et qui s'en tirera finalement avec une courte peine. Et voyons comme elles sont toutes deux parentes de la Gilda-Rita Hayworth de Charles Vidor (1946), film dont Chase ne pouvait pas ne pas avoir connaissance : femmes instinctives, femmes à histoires, pourrait-on dire, qui côtoient le crime et pratiquent l'adultère tout en conservant leur innocence.

Sœurs en cela du grand nombre des héroïnes d'opéra soumises aux caprices du destin et à l'aveuglement masculin, elles nous renvoient au livre de Catherine Clément *L'Opéra ou la Défaite des femmes* (Grasset, 1979). Elles nous y renvoient aussi parce qu'elles vivent dans des livres dont les intrigues sont souvent d'une complexité inextricable, comme celles de ces opéras dont le librettiste semble avoir donné libre cours à ses fièvres. Le nombre de personnages principaux ou secondaires, la complexité de leurs relations fondées le plus souvent sur la dissimulation, le mensonge, des secrets enfouis dans le passé qui resurgissent soudain, des projets inavouables donnent au roman noir la tournure d'affrontements où la fatalité, le grain de sable, la rencontre de hasard façonnent les destinées individuelles. C'est pourquoi presque toujours les compagnies d'assurances, comme les banques, le FBI ou le service de contre-espionnage, et généralement les formes de pouvoir institutionnelles, y gagnent la partie face à des personnalités à l'intellect plus ou moins développé, mais désaxées et cupides, qui surestiment leur capacité à mettre en échec le système auquel elles s'attaquent. A la moindre alerte, Maddox, qui soupçonne tout le monde, investit l'échiquier, déclenche des enquêtes qui visent à prouver la machination qu'il a décrétée *a priori*. De ce point de vue, l'attitude de Terry Regan, qui s'obstine à douter de la culpabilité de Gilda, que Maddox, lui, a décidée une fois pour toutes, apparaît comme un dernier effort pour conserver au moins cette illusion.

Au cours des douze dernières années, Claude Mesplède et Jean-Jacques Schléret ont d'abord dressé, avec *SN - Voyage au bout de la Noire* (Éd. Futuropolis, 1982, avec une mise à jour en 1985), l'inventaire des auteurs et de leurs œuvres publiées dans la Série noire et la Série blême, accompagné d'une filmographie complète. Mesplède s'est ensuite lancé dans un nouveau travail

d'Hercule intitulé *Les Années Série noire*, bibliographie critique des ouvrages de la collection. Deux volumes ont déjà paru, qui couvrent les numéros 1 à 500 (1945-1959, Éditions Encrage, 1992) et 501 à 1 000 (1959-1966, même éditeur, 1993). Au total, ces deux amateurs, ces deux érudits, ces deux experts interdisent ainsi pratiquement à quiconque connaît leur travail de parler de la Série noire sans se sentir redevable envers eux.

Sur la base d'un échantillon de 1 000 livres qui couvrent la période la plus importante, la plus dense de l'édition française du roman criminel, parce qu'elle a, rappelons-le, avidement rattrapé les années de sevrage 1940-1944, il est possible d'obtenir une bonne image de la fréquence des thèmes dans le genre et d'y relever, avec quelques autres, la part de l'assurance, 5 % du total.

| Thème  | Nombre d'ouvrages<br>(sur 1000)<br><i>(d'après l'ouvrage cité de Claude Mesplède)</i> |
|--|---|
| . <b>accident</b>                            | 78  |
| . <b>assurance</b>                           | 51 (33 auteurs)   |
| . <b>avocat</b>                              | 97  |
| . <b>banque</b>                              | 33  |
| . <b>bijoux</b>                              | 89  |
| . <b>chantage</b>                            | 155   |
| . <b>femme fatale</b>                        | 29  |
| . <b>héritage</b>                            | 66  |
| . <b>hold up</b>                             | 103   |
| . <b>identité (usurpation, substitution)</b> | 104   |
| . <b>incendie</b>                            | 67  |
| . <b>infirmité</b>                           | 29  |
| . <b>journaliste</b>                         | 92  |
| . <b>syndicalisme ouvrier</b>                | 9   |
| . <b>ville pourrie</b>                       | 35  |

Il va de soi que ces thèmes s'entremêlent au sein des divers ouvrages et qu'un journaliste peut très bien allumer un incendie dans le dessein d'hériter, de même que la ville pourrie s'accommode aisément du chantage et du hold-up. Il n'en reste pas moins que, si l'assurance devance la banque et surtout l'armée (2 %), elle reste en arrière d'une autre institution aux solides murailles, la prison (7 %).

Mais cela n'est qu'une approche par le bâtiment, qui joue surtout un grand rôle dans le cambriolage, l'attaque à main armée, l'évasion. Vis-à-vis de la compagnie d'assurances, au contraire, l'action est entièrement extra muros, il lui faut surtout une conception minutieuse, un scénario soigneusement mis au point. Résoudre cette difficulté qui touche à la fois au travail de conception et à l'écriture n'est pas du goût ni à la portée de n'importe qui, et nous constatons qu'il y a ici de grands absents. Nous sentons bien que, pour peu que nous ayons

découvert un secret dans la vie d'autrui et que nous ne soyons pas trop regardants sur les moyens de s'enrichir, la tentative de chantage peut aussitôt s'exercer. Et comme elle s'adresse à une cible individuelle ou, au plus, à un petit groupe familial ou professionnel, l'affaire peut rester privée. Mais, pour aller tromper Maddox, tout devient beaucoup plus compliqué. L'accident de voiture, la chute mortelle provoquée qu'il nous faut imaginer nécessitent, pour être convaincants, un déroulement sans faille, si nous attendons un chèque au bout de notre entreprise. Or il est rare qu'une machination ne laisse aucune trace pour qui veut fouiller sous la surface des choses, non tant parce que l'honnêteté est idéalement censée l'emporter sur son contraire, mais parce que la recherche objective et patiente sait, même s'il lui faut parfois du temps, reconstituer les événements.

Cet impératif de plausibilité et de cohérence interne éloigne du thème de l'assurance des écrivains qui ne redoutent pas la complexité en soi, mais se soucient peu d'éclaircir le moindre détail de leurs intrigues, de décortiquer l'événement jusqu'à ses plus infimes composantes. Le premier par son travail à la pointe sèche, le second par son apport d'humour et de mélancolie, Dashiell Hammett et Raymond Chandler, dont la *magic touch* tire le roman criminel vers le tableau de genre, peuvent être rangés dans ce groupe, avec, pour cause d'extravagance, Jonathan Latimer. Décrivant le plus souvent de sombres drames dont les protagonistes évitent, chaque fois qu'ils le peuvent, de se frotter aux institutions, ils sont rejoints, loin de l'escroquerie à l'assurance, par d'autres auteurs, plus attachés à l'environnement social (Don Tracy, William Burnett), à la critique féroce de l'*american way of life* (Horace Mac Coy, Robert Finnegan), à la solitude et à la misère psychologique (David Goodis), aux spécificités du Sud (Don Tracy encore, Jim Thompson) ou de Harlem (Chester Himes). Tous ceux-là montrent peu de goût pour construire une usine à gaz sur un contrat d'assurance, exercice qui s'apparente plutôt aux mécanismes bien huilés du roman policier à énigme.

Cela explique aussi que, si le thème de l'assurance peut être relevé dans une cinquantaine d'ouvrages sur mille, il y est présent avec une importance variable. Si l'on fait abstraction de ceux dans lesquels ce thème n'est qu'incident ou ne sert qu'à introduire l'action qui s'en éloigne ensuite (ainsi dans *Sang maudit*, *The Dain Curse*, de Dashiell Hammett, Gallimard, coll. « Les Chefs-d'œuvre du roman d'aventures », 1933 ; SN n° 74, 1950, achevé d'imprimer, lit-on dans l'édition de la Série noire, « le 1<sup>er</sup> janvier 1951 » !), la proportion tombe pratiquement de moitié. Mais, d'un autre côté, l'ingrédient assurance, après avoir servi de déclencheur, peut longtemps accompagner le lecteur sur de fausses pistes avant que la véritable intrigue apparaisse : ainsi dans *La Peau de l'appeau* (*Traps Need Fresh Bait*, d'A. A. Fair – pseudonyme d'Erle Stanley Gardner –, Presses de la Cité, 1967, rééd. coll. « Omnibus », 1990), un faux assureur-vrai inspecteur du commerce fait ouvrir une enquête à partir d'une petite annonce dont l'ambiguïté est un modèle du genre : « 300 dollars pour contacter per-

sonnes pouvant témoigner que la Ford Galaxie a brûlé le feu rouge au carrefour Gilton-Crenshaw le 15 avril vers 22 heures et a embouti la Cadillac grise. Écrire au journal ».

Sur un échantillon de 55 ouvrages, c'est l'assurance vie, avec sa proche parente l'assurance accident (car l'accident, ici, sera souvent mortel...), qui nourrit le plus grand nombre d'intrigues.

|   |    |
|---|----|
| . assurance-vie   | 28 |
| . assurance-accident                                    | 3  |
| . bijoux  | 8  |
| . diamants bruts, pierres précieuses                    | 4  |
| . argent volé (convois de fonds, comptables indéliçats) | 4  |
| . travaux publics, forages pétroliers                   | 2  |
| . incendies volontaires                                 | 5  |
| . malversations financières                             | 1  |

Dans 8 des cas ci-dessus, le récit s'agrément de d'une substitution d'identité, voire d'une double identité, soit plus que la moyenne portée dans le tableau précédent, mais il est bien naturel, aux yeux de certains, de se faire remplacer par un cadavre complaisant pour profiter de sa propre assurance. On note aussi un cas, peu fréquent, de disparition ancienne ouvrant droit à indemnité d'assurance vie.

**La loi et l'intégrité sont défendues par :**

|   |    |
|---|----|
| . détectives de la compagnie d'assurances   | 15 |
| . autres agents de la compagnie   | 2  |
| . détectives d'assurances en free-lance   | 4  |
| . détectives privés   | 20 |
| . policiers officiels   | 6  |
| . autres (reporter, juré, clochard<br>ex-détective, présentateur<br>de télévision, restaurateur,<br>joueur professionnel) | 6  |
| . bandes rivales  | 2  |

Pour compléter ce tableau quelque peu technique, il faut préciser que l'incendie volontaire peut être le moyen de rechercher une indemnité d'assurance vie (2 cas en plus des 5 mentionnés ci-dessus) et non pas de se faire rembourser le chalet ou l'hôtel auquel on a mis le feu. D'autre part, il arrive que de faux assureurs se mettent aussi de la partie, pour essayer d'éclaircir d'autres ma-gouilles (2 cas aussi sur les 55 ci-dessus).

Et, *last but not least*, il est intéressant de relever le nombre d'agents d'assurance qui tiennent le mauvais rôle dans les divers drames et escroqueries : eh

bien, nos auteurs ne cèdent à cette facilité que dans 10 % des cas, 5 courtiers ou employés malhonnêtes seulement, alors qu'on peut relever pour compenser un ex-cambrioleur passé du bon côté de la barricade (il a, il est vrai, épousé la fille du président de la compagnie !). Plus préoccupants peut-être que ces malversations subalternes, les montages plus habiles, plus ambitieux, réalisés par les cadres, sinon les dirigeants d'entreprise, mais il ne s'agira que de deux cas exceptionnels. Et d'ailleurs, que dire, dans cette progression dans la hiérarchie sociale, du sulfureux *La Pêche au vif*, de Day Keene (*Tiger Burning Bright*, 1956, SN n° 331), dans lequel c'est le *district attorney* lui-même (l'équivalent, élu il est vrai, de notre procureur de la République) qui tire les ficelles de l'assurance vie ? Ça, ce n'est vraiment pas convenable.

Auteurs et œuvres... D'abord débarrassons-nous une bonne fois de J. H. Chase en signalant que la Série noire a publié, en plus des deux ouvrages évoqués plus haut, trois enquêtes des duettistes Maddox (ou Maddux) et Harmas (*Vipère au sein*, n° 119, *Retour de manivelle*, n° 303, et *Cause à l'autre !*, n° 767), tous issus de l'époque de meilleure créativité de cet auteur qui finit sa carrière par des romans beaucoup moins attrayants, écrits, du moins le dit-on, par des nègres, pour satisfaire un public insatiable.

James Mallahan Cain (1892-1977), qui a lui-même travaillé un temps dans l'assurance, occupe une place à part parmi les auteurs qui ont manié ce thème. Ses qualités d'écrivain ont fait qu'avec une seule longue nouvelle (*Assurance sur la mort*, Double Indemnity, Éd. Gallimard, 1948, rééd. Livre de poche n° 1044/45, 1963) il s'est installé au premier rang du genre. Cent deux pages pour décrire la descente aux enfers de Walter Huff, de la General Fidelity de Californie, qui s'amourache de la femme d'un de ses clients. Machination, assassinat, jalousie, passé trouble d'une psychopathe, intervention de la compagnie d'assurances qui liquide l'affaire avant l'intervention de la police, le tout dans le style propre à James Cain, sur lequel il convient de le laisser lui-même s'exprimer : « J'essaie surtout d'écrire comme mon personnage écrirait et je n'oublie jamais que l'Américain moyen, qu'il vienne des champs, des rues, des bars, des bureaux et même des ruisseaux, a acquis une vigueur de langage qui dépasse tout ce que je saurais inventer et que si je colle à cet héritage, à ces loges de la campagne américaine, j'atteindrai un maximum d'efficacité avec peu d'efforts. » Voyons dans le texte lui-même :

– première visite de Walter à Phyllis Nirdlinger : « Je me suis imaginé qu'elle voulait me proposer de partager la commission afin de rabioter en douce quelques dollars à son mari. Ça se fait beaucoup » ;

– le trio en voiture, juste avant l'assassinat du mari : « Phyllis parlait exactement comme s'il devait aller à Palo Alto et comme si elle n'avait rien d'autre en tête. La femme est un animal bizarre » (cf la même remarque chez Pagnol, entre autres : « Ah, les femmes sont compliquées ». – Oui, c'est pire qu'une montre. ») ;

- prise de conscience après le meurtre : « Il n'en faut pas plus : une goutte de peur et l'amour se tourne en haine » ;
- et un peu plus tard, quand la situation est devenue désespérée : « Je l'aimais autant qu'un lapin peut aimer un serpent à sonnettes. Cette nuit-là, j'ai fait ce que je n'avais pas fait depuis des années. J'ai prié » ;
- et avant le suicide final à deux (un requin suit le bateau) : « Walter, nous attendrons que la lune se lève. – C'est vrai, il vaut mieux que nous ayons la lune. »

Hillary Baldwin Waugh, né en 1920, qui fut notamment professeur de physique et de mathématiques avant de se consacrer à l'écriture, a écrit sur le thème de l'assurance un classique au sens plein du terme, net et sans bavures, avec une remarquable économie de moyens et de personnages, *Noces de plomb* (*The Eight Mrs Bluebard*, 1958, SN n° 476). La compagnie y tient le premier rôle, représentée par son président, J. B. Stanford, un responsable d'agence, Warner Case, et Jack Graham, employé qui place des assurances et vient de coûter cher à la compagnie en ayant assuré sur la vie une jeune femme décédée accidentellement sans que le crime puisse être prouvé. Pourtant, le mari, sous des noms différents, en est à sa sixième indemnisation par diverses compagnies, avant de disparaître chaque fois. On sait peu de lui, seulement qu'il conserve toujours son prénom Andrew. C'est aussi un distingué philatéliste.

La compagnie d'assurance vie Stanford a décidé de le confondre et elle charge un détective privé de le retrouver. Une jeune femme, Gene Taylor, est recrutée pour servir d'appât. Jack Graham accompagne le couple pour vérifier qu'il s'agit bien du Barbe-Bleue qu'il connaît déjà.

Grâce au goût d'Andrew pour les timbres, le détective retrouve la trace que le disparu a laissée en se réabonnant à la *Revue philatélique* après chaque changement de nom. Il faut maintenant que Gene Taylor se fasse passer pour une riche veuve, mais elle est à l'origine d'une rivalité amoureuse et d'une dispute entre Jack Graham et le détective à qui la compagnie Stanford retire l'affaire. C'est Jack tout seul qui devra poursuivre tant bien que mal. Mais la Stanford ajoute un atout dans son jeu en achetant une collection de timbres rares de 25 000 dollars qu'elle remet à Gene pour que celle-ci l'expose à la vente dans l'hôtel où elle habite. Andrew, qui a pris le nom d'Haskins, mord à l'hameçon et le mariage a lieu.

Pour décider Haskins à agir rapidement, Gene dépense beaucoup d'argent et fait payer toutes les dépenses par son mari. Ils sont en vacances au bord d'un lac et les occasions de noyade ne manquent pas, alors que Graham surveille les opérations, mais Haskins hésite et commence à se poser des questions sur le comportement un peu bizarre de sa femme, sur l'origine prétendument familiale de la collection de timbres, alors que les albums ne portent aucun signe d'ancienneté, aucune trace d'appartenance. Il fait alors quelques vérifications et ses doutes deviennent des certitudes. C'est donc par vengeance qu'il décide d'en finir et de la jeter dans un puits avant de disparaître, près d'une maison

retirée qui lui appartient et où il cache les clefs de ses multiples coffres-forts. Las ! Gene l'entraîne dans sa chute et c'est lui qui meurt noyé le premier avant l'arrivée *in extremis* de Jack Graham et de Warner Case. Du fond du puits, Jack Graham et Gene, qui vient, grâce à la fortune amassée en toute légalité par Haskins, de devenir une riche veuve, annoncent leur mariage à Warner Case.

M. E. Chaber (1910-1981), de son vrai nom Kendell Foster Crossen, qui a utilisé cinq autres pseudonymes, a créé sous ce nom son principal héros, un enquêteur d'assurance, parfois aussi détective privé, qui travaille pour toute compagnie qui veut bien l'employer. Il faut signaler notamment *Voué au blanc-bleu* (*The Man Inside*, 1954, SN n° 209), dans lequel de nombreux amateurs sont lancés à la recherche d'un énorme diamant qui a déjà coûté la vie à 38 personnes et changé plus de cinquante fois de propriétaire. Installé à Denver, Colorado, Milo March, pour cette aventure, traverse l'Atlantique et se mêle à la vie madrilène à l'époque du franquisme.

Henry Kane, né en 1918, d'abord avocat, s'est ensuite consacré à l'écriture en signant une soixantaine de romans parcourus par trois héros détectives privés : le plus connu, Peter Chambers, bien que financièrement à l'aise, est très représentatif de l'école hard-boiled. Alors qu'il est présent dans 32 romans, dont 16 publiés dans les mille premiers numéros de la Série noire, nous ne relevons parmi ces derniers que quatre affaires d'assurance, dont trois d'assurance vie. De plus, il reste à quelque distance du mécanisme classique décrit par Hillary Waugh ou James Hadley Chase. C'est que Kane est surtout attaché à la description des mœurs de la bourgeoisie américaine pour laquelle travaille le plus souvent Peter Chambers et que la peinture des motivations l'emporte sur celle des mécanismes. D'autre part, ce privé-là est cultivé, il apprécie le bien-être, la bonne vie, il est l'opposé du détective torturé, au cerveau en ébullition, qui dissèque les indices pendant que lui, Chambers, entre au Metropolitan Opera avec une rousse flamboyante à son bras (l'une des 57 rouses attractives des mille premiers Série noire, nous apprend Claude Mesplède...).

Mentionnons aussi, parmi les machinations de première grandeur, *Avec un élastique*, de Charles Williams (1956, SN n° 388). Williams est un autre de ces écrivains qui auront peu touché à l'assurance (l'ouvrage cité semble être sa seule incursion dans ce domaine), mais il y montre à la fois sa maîtrise de conteur et son pessimisme en compromettant définitivement un innocent qui avait déjà été victime d'un accident provoqué.

Qu'est devenu le roman noir, et quelle place y tient encore l'assurance ? On peut résumer en quelques mots les tendances actuelles : plus de violence, de psycho-pathologie (James Ellroy), le souci évident de ne pas manquer le train, de coller à l'actualité (drogue, banlieues, Amérique centrale, sida, tout ce qui pourrait faire vendre), le souci aussi de se fonctionnariser, de mettre sa produc-

tion à l'abri en occupant un morceau du territoire, les réserves indiennes (Tony Hillerman) ou un port d'attache bostonien (Robert Brown Parker). Au-dessus d'une production relativement stéréotypée se distinguent quelques véritables écrivains, inventifs et talentueux, parmi lesquels le Britannique Robin Cook, Peter Corris, le Chandler australien, et, chez les Américains, Donald Edwin Westlake, Charles Willeford, le sudiste Daniel Woodrell.

Dans ce mouvement plus contemporain, l'assurance se taille une part enviable avec Sue Grafton, du Kentucky, et sa détective Kinsey Millhone, bien partie (du point de vue de la quantité) sur les traces du susnommé Milo March. L'auteur et son personnage ne manquent pas d'atouts, la première insérant soigneusement sa créature dans les poncifs de la société américaine : libérée oui, mais revenue des excès des années 70, deux fois divorcée déjà, nippée comme l'as de pique à la ville comme à la scène, très attentive à l'évolution de son moi... En tout cas, les amateurs ont de beaux jours devant eux, puisque Sue Grafton a entrepris un abécédaire du crime : chaque roman a pour titre une lettre de l'alphabet suivi d'un exemple, ainsi *I is for Innocent*.

Mais Kinsey Millhone est quand même une vraie détective d'assurance et réserve de temps en temps une surprise au lecteur. Parfois bonne quand, dans *Preuve par quatre* (*E is for Evidence*, Éd. Gérard de Villiers, 1990, Polar USA n° 42), elle se trouve compromise aux yeux de ses employeurs par une habile machination en tenailles. Parfois moins bonne quand elle s'envoie tranquillement en l'air, et pas qu'une fois, avec un personnage qu'un élève moyen de maternelle aurait tout de suite soupçonné de ne pas être très net (*A comme alibi*, Éd. de Villiers, 1990).

Une dizaine de titres de Sue Grafton, avec sa détective, ont été traduits à ce jour. Sur le plan éditorial, cet auteur occupe une place comparable à celle que tient dans la Série noire le Bostonien Robert B. Parker (seize titres entre le 1801 et le 2324, un bon rythme). De plus, elle a une frimousse à produire du best-seller, et son nouvel éditeur français (les Presses de la Cité) s'emploie à nous en convaincre.

On ne doit pas déduire de ce trop bref aperçu du roman noir contemporain qu'il n'y a plus d'auteurs, ni que l'époque héroïque n'a pas eu ses excès ni ses faiblesses. La violence chez James Ellroy nous rappelle Mickey Spillane, et Giorgio Scerbanenco, le maître italien du roman noir, servait lui aussi le sang à pleines louches. On repense en souriant au pittoresque et inutile regret de Thomas Narcejac : « Le roman policier classique était apte à former des chercheurs, le roman policier noir émancipe des satyres ». Mais, pour construire les belles histoires d'assurance, il faut mélanger les deux. C'est pourquoi James Hadley Chase peut dormir tranquille, il conservera sans doute longtemps encore le titre mondial.

Et l'exception culturelle, alors ? Dans un domaine où, comme le dit plaisamment Mesplède, nous exportons moins bien que pour le cognac, nous nous bornerons pour ne froisser personne à citer seulement le grand ancien Léo

Malet, avec, pour l'escroquerie à l'assurance, *Nestor Burma en direct* (Éd. Fleuve noir, 1967, coll. « H. S. Police », n° 570, réédité en 10/18, 1990, série Grands détectives », n° 2070), dans lequel le détective de choc court, avec bien d'autres protagonistes, derrière des bijoux volés que l'assurance a remboursés mais qui se révèlent finalement faux. Et comme ce roman est situé dans le milieu de la télévision (un mauvais garçon dissimule son identité derrière le masque en carton-pâte de Léon Zitrone !), Malet l'avait d'abord intitulé *6.35 contre 8.19* (la définition de l'image télévisuelle de l'époque), titre sous lequel il a paru en feuilleton dans *Télé 7 jours* (1962).

Et, pour conclure sur une note gaie, il ne faut pas manquer le délicieux *Quand me tues-tu ?* (SN n° 953) de Jean Delion, alias Raf Vallet, de son vrai nom Jean Laborde, encore un usager du pseudonyme, dans lequel deux gentils époux, dont chacun s'efforce d'éliminer l'autre pour cause d'assurance vie, accumulent les cadavres autour d'eux en ratant leur cible. Un roman très enlevé, qui nous donnera le mot de la fin : « Il est rare de voir souffrir un assureur. C'est un spectacle à ne manquer sous aucun prétexte » ■

# RUBRIQUES

## **Droit**

Stephen D. Sugarman

Vers un remplacement du principe de responsabilité  
par le principe d'assurance.

## **Économie**

Jérôme Cazes

Assureurs ou marché  
pour la couverture du risque de change.

## **Risk management**

François Settembrino

Le risk management est l'affaire  
de tous les agents de l'entreprise.



# Les projets de réforme de la RESPONSABILITE MEDICALE aux Etats-Unis

MOTS CLEFS : responsabilité • médecin • faute • aléa thérapeutique • no fault • indemnisation •

L'article du Pr Stephen Sugarman se présente comme le compte rendu détaillé du récent livre de Paul Weiler sur la réforme du système américain d'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques. Mais ce compte rendu va beaucoup plus loin : il fournit une sorte d'état des lieux des discussions concernant la réforme d'un système de responsabilité qui fait l'objet d'incessantes critiques et apparaît, à l'étranger, comme une sorte de repoussoir. On connaît la situation aux États-Unis, ce qu'on appelle la dérive américaine, avec ses effets pervers sur le comportement des médecins, l'administration de la médecine et la qualité des soins dont peuvent finalement bénéficier les malades. On sait moins qu'il y a tout un débat sur les réformes à porter. Stephen Sugarman décrit les principaux projets : on pourra le constater, ils visent moins, comme en France, à compléter le système existant par un dispositif d'assurance de l'aléa thérapeutique qu'à modifier les règles du droit de la responsabilité par l'institution de systèmes *no fault*, dont Stephen Sugarman détaille la construction.

Le Pr Paul Weiler, de la faculté de droit de Harvard, vient de publier un livre remarquable : *Medical Malpractice on Trial*<sup>1</sup>. Ses idées les plus intéressantes et les plus originales consistent à remplacer :

- la responsabilité individuelle du médecin par la responsabilité de l'institution (de l'hôpital, par exemple) ;
- l'indemnisation fondée sur la faute par un système *no fault* englobant tous les accidents médicaux provoquant une invalidité grave ou la mort.

\* Professeur de droit, université de Californie (Berkeley). Une version augmentée de cet article doit paraître dans *The University of Chicago Law Review*.

Et, pour permettre une mise en place rapide de ces solutions, il propose :

- de modifier le montant des indemnités à verser ;
- d'expérimenter un système de conventions conclues entre le personnel soignant et les malades, afin de remplacer le débat sur la responsabilité par le paiement d'indemnités *no fault*.

## **I. LE SYSTÈME ACTUEL D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE FAUTE MÉDICALE AUX ÉTATS-UNIS**

### **1. Les chiffres**

Aux États-Unis, le droit de la responsabilité joue un rôle relativement mineur dans l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Selon une étude de Harvard, sur 100 000 patients sortis des hôpitaux américains, 4 000 environ ont subi un accident<sup>2</sup> au cours de leur traitement. Il ne relève d'une faute médicale que dans un quart des cas. Le risque d'être victime d'une faute médicale est de 1%, le risque d'accident de 4 %.

Sur ces 100 000 patients et ces 1 000 victimes d'une faute médicale, on ne relève, en moyenne, le dépôt que de 125 plaintes. Seules 60 d'entre elles donnent lieu à une indemnisation, les autres étant abandonnées ou les procès perdus. Sur ces 60, 20 donnent lieu à une indemnisation avant l'ouverture d'une procédure judiciaire, 35 après qu'une poursuite a été engagée mais avant ou pendant le procès, 5 résultent du gain d'un procès.

Selon les médecins experts, sur 85 de ces 125 plaintes, on ne peut pas parler de faute médicale ! Pourtant, 30 % des plaintes pour lesquelles il n'y avait (apparemment) pas de faute médicale ont donné lieu à des indemnisations (soit de 25 à 30 sur 85), même si ces dernières ont souvent été considérablement inférieures à ce que le plaignant aurait touché si la responsabilité avait été clairement prouvée. La plupart des cas de faute médicale pour lesquels une plainte a été déposée ont conduit au versement de dommages-intérêts (de 30 à 35 sur 40).

Il y a plus de 40 millions d'hospitalisations par an aux États-Unis. Elles donnent lieu à 1 500 000 « accidents », dont 400 000 résultent de négligence médicale. Jusqu'à présent, le système d'indemnisation est tout à fait insuffisant : sur ces 40 millions d'hospitalisations, il est probable que 25 000 requérants pour faute médicale, sur les 50 000 ayant déposé une requête, seront indemnisés. Sur ces 25 000, seulement de 12 500 à 15 000 ont réellement été victimes d'une faute médicale<sup>3</sup>.

La plupart des victimes d'accidents médicaux ne souffrent que de dommages mineurs. La moitié d'entre elles ne souffrent que d'une légère incapacité et se rétablissent dans un délai d'un mois. Une autre partie se rétablit en moins de six mois. Pourtant, dans 25 % des cas de faute médicale, le patient meurt au moins en partie à cause de cette faute. 10% de ces victimes souffrent d'invalidité grave

et permanente. En étendant ces conclusions sur le plan national, l'étude de Harvard suggère que, chaque année, sur 1 500 000 accidents arrivés dans les hôpitaux, 150 000 environ provoquent une invalidité grave et permanente, et plus de 150 000 la mort – la plupart sont des personnes âgées, fragiles par définition. Un quart des 300 000 préjudices graves est causé par une faute, et seulement une infime partie sera indemnisée par le système juridique existant.

## 2. Un système inefficace

Le système existant est très inefficace. Quand 1 dollar est versé à une victime de faute médicale, plus de 1,35 dollar est dépensé en frais de procédure. Les frais les plus élevés sont les frais de justice. Ces chiffres ne prennent pas en compte les sommes importantes qui ne sont pas directement imputables au traitement des réclamations : commissions, frais de marketing, taxes et profits payés et acquis par les assureurs. Ces frais représentent plus de 20 % du coût de l'assurance responsabilité médicale.

Tout en tenant compte du fait que le droit applicable est très différent d'un État à l'autre, on peut dire qu'aux États-Unis plus de 40 % des indemnités versées sont destinés à compenser le *pretium doloris*, dans les juridictions encore régies, pour la détermination des sommes à allouer, par le droit commun de la responsabilité. 5 % des requérants victimes des préjudices les plus graves (peut-être 2 ou 3 sur 1 000 victimes de fautes médicales) se taillent la part du lion des indemnités pour *pretium doloris*.

Le reste des indemnités versées par le système judiciaire est supposé couvrir les pertes de revenu. Néanmoins, au moins 60 % de ces pertes sont déjà couvertes par les systèmes d'assurance publique ou privée comme l'assurance maladie, la sécurité sociale, l'assurance invalidité et les indemnités journalières.

Un peu d'arithmétique montre que, sur 1 dollar versé en prime d'assurance responsabilité, de 10 à 15 cents iront compenser les pertes financières personnelles réelles des plaignants. En outre, actuellement, il n'est pas rare que plusieurs années s'écoulent entre le dépôt de la plainte et le paiement de l'indemnité.

7 milliards de dollars ont été payés en 1988 par les médecins, les hôpitaux et autres au titre des primes d'assurance de responsabilité médicale. 1 milliard de dollars servira à rembourser les pertes financières non indemnisées autrement. Les plaignants se retrouveront probablement avec entre 2 et 3 milliards de dollars, selon le succès remporté par les sources - indirectes - (fonds d'assurance sociale et privés) dans le recouvrement des dépenses qu'elles ont déjà effectuées.

La charge financière du système actuel sur certaines catégories de médecins est énorme. Le montant annuel des primes d'assurance pour faute médicale se situe entre 100 000 dollars et 200 000 dollars pour les spécialistes à haut risque, chirurgiens neurologues ou obstétriciens par exemple, dans des États comme celui de New York ou de Floride. Cela représente souvent plus de 20 % du

revenu brut du médecin. Il ne faut pas, cependant, exagérer l'importance de cette charge financière, puisque le coût moyen de l'assurance de responsabilité par médecin pour l'ensemble des États-Unis n'était que de 15 000 dollars en 1988, et que les 7 milliards de dollars de prime ne représentent pas plus de 1 % des dépenses totales de santé aux États-Unis pour la même année.

A ces sommes, il convient cependant d'ajouter les 9 à 10 milliards de dollars, au minimum, dépensés annuellement par les médecins au titre de la médecine défensive : compléments de dossiers, examens supplémentaires prescrits aux patients, temps passé avec ces derniers. Si une partie de ces sommes profite réellement aux patients et se justifie d'un point de vue économique, beaucoup pensent que cela ne profite guère aux patients, quand cela n'augmente pas les risques. La médecine défensive sert surtout à protéger le médecin contre les plaintes pour faute médicale et, fréquemment aussi, à augmenter ses revenus.

A cela, il faut encore ajouter les coûts sociaux du système :

- charge psychologique pesant sur les médecins, qui ont le sentiment de s'enliser dans un système juridique kafkaïen ;
- refus de certains médecins de pratiquer ou de continuer de pratiquer des spécialités à haut risque ou de prescrire des traitements indispensables mais à haut risque ;
- services et revenus non dispensés par des médecins obligés de consacrer au minimum cinq jours non payés pour organiser leur défense contre les plaintes dont ils sont l'objet.

Si les « coûts » engendrés par la responsabilité juridique pour faute médicale ne viennent pas au premier plan du budget national de santé, ils en représentent malgré tout une part substantielle.

Considéré du point de vue des victimes, que ce soit de fautes médicales ou d'accidents, le système américain actuel est un désastre. Certains sont d'heureux gagnants à une sorte de loterie où les billets n'auraient été distribués qu'à la moitié d'entre eux. La plupart sont ignorés. S'il est faux de dire que « les seuls gagnants sont les avocats », on ne peut pas dire non plus, dans une perspective d'indemnisation, que les patients le soient.

### **3. Un système injuste**

Le système ne sert pas non plus l'idéal d'une justice distributive. Les victimes les plus « méritantes » — elles ont subi les préjudices les plus graves — n'obtiennent rien. Seule une partie insignifiante d'entre elles obtient la satisfaction — si cela en est une — de gagner leur procès. Inversement, beaucoup de ceux qui gagnent leurs procès ne sont pas « méritants », au sens de la gravité du préjudice subi.

D'autre part, les primes d'assurance de responsabilité des médecins ne sont pas plus élevées quand ils ont fait l'objet de condamnations. Elles dépendent plutôt du comportement des médecins pratiquant la même spécialité dans une zone où les plaintes sont les plus nombreuses et les plus importantes.

Puisque presque toutes les plaintes déposées sont soit réglées, soit abandonnées, tout « blâme » officiel effectué par le système est à la fois partial et mal appliqué. Beaucoup de réclamations peu méritoires donnent lieu à une indemnisation dans le souci de s'en débarrasser, ce qui irrite souvent les médecins concernés. Et, bien que les médecins arrivent à s'exonérer dans les deux tiers des cas, lorsqu'ils sont finalement attirés devant un tribunal, ils n'apprécient guère ce type de justice. D'ailleurs, certains médecins, qui ont sans doute réellement commis une faute, gagnent leur procès par manque de preuve ou parce que le jury est trop bienveillant à leur égard ou parce qu'il est impressionné.

Dans la plupart des cas, ce que le système judiciaire appelle faute médicale n'est qu'une sorte d'étourderie passagère, l'une de ces fautes d'inattention que nous commettons tous fréquemment. Malheureusement, dans un traitement médical à haut risque, de telles erreurs peuvent avoir des conséquences redoutables. Si l'on peut penser que les victimes de ce type de fautes ont sans doute droit à un meilleur traitement, commettre ce type de faute ne fait du responsable ni un délinquant ni un mauvais médecin. Une très faible partie des médecins américains est réellement incompétente, mais elle n'est responsable que de très peu des fautes commises. La vérité est que les médecins commettent des fautes qu'ils pourraient théoriquement éviter, et que certains médecins sont assez malchanceux pour que ces fautes produisent un préjudice grave.

#### **4. Un système éventuellement dissuasif**

Le système existant ne peut se justifier que pour son rôle préventif. Paul Weiler pense que le système de la faute médicale a un impact positif sur la sécurité du patient. Cela ne l'empêche pourtant pas de proposer des réformes dans cette direction, la prévention des accidents restant l'objectif central des réformes qu'il propose. J'estime, quant à moi, que la bonne stratégie consiste plutôt à séparer les fonctions de contrôle des comportements et celles d'indemnisation.

## **II. LES RÉFORMES À COURT TERME**

A court terme, Paul Weiler préconise d'« importantes réformes », principalement des modifications dans la détermination du montant des indemnités. Ses propositions rejoignent à peu de choses près celles que le Pr Jeffrey O'Connell et moi-même avons défendues dans les cas de dommages corporels à la personne<sup>4</sup>.

### **1. Changer la règle des « sources indirectes »**

Weiler, O'Connell et moi-même proposons de changer la règle de droit commun qui, dans la détermination du montant des sommes accordées à la victime en cas de faute médicale, ignore les autres sources (« indirectes ») d'indemnisation des mêmes préjudices.

Ainsi, un plaignant ne pourrait plus obtenir d'indemnisation pour des préjudices déjà couverts au titre de l'assurance sociale, ou de l'aide publique, ou de systèmes professionnels de couverture sociale, notamment l'assurance maladie. Toutefois, il n'y aurait pas à prendre en compte l'épargne personnelle de la victime ou les assurances vie qu'elle aurait pu personnellement contracter. En effet, le but de la réforme n'est pas de transformer le droit de la responsabilité civile en un système d'indemnisation dépendant des revenus. Il s'agit d'orienter l'indemnisation vers des plans d'assurance personnelle, dont le champ d'application est plus large et la gestion moins coûteuse, et de l'éloigner de l'assurance (responsabilité) au tiers trop onéreuse.

## 2. Limiter et standardiser l'indemnisation du « *pretium doloris* »

Weiler, O'Connell et moi-même avons des vues quelque peu divergentes sur le problème de l'indemnisation du *pretium doloris*. O'Connell préconise de ne plus du tout l'indemniser. Je ne suis pas en faveur de cette solution, au moins pour l'heure, parce que ce serait une rupture trop brutale avec la tradition, et que je ressens une profonde empathie avec l'intense indignation que doivent ressentir les personnes gravement handicapées par la faute d'un autre. Enfin, dans la plupart des États américains, les systèmes de réparation des accidents du travail prévoient des sommes arbitrairement déterminées pour les victimes d'incapacités graves et permanentes.

En conséquence, je propose de conserver l'indemnisation du *pretium doloris*, mais sous une forme très réduite. Il y aurait d'abord un seuil ou un plancher à ce recouvrement. Personne ne pourrait bénéficier d'indemnisation du *pretium doloris* s'il n'a subi un grave préjudice, comme une incapacité temporaire de six mois au moins ou une incapacité grave et permanente. L'idée est d'éliminer du système le versement d'indemnités à ceux qui ne les reçoivent que parce qu'ils se plaignent, à ceux qui simulent des préjudices ou exagèrent des lésions sans gravité ainsi que ceux qui, bien que victimes de conséquences immédiates de l'accident, n'en souffrent plus au moment du règlement ou du procès.

La définition du seuil que je préconise est largement fondée sur ce que prévoit le plan personnel *no fault* en vigueur dans l'État du Michigan. Il est destiné, s'il est appliqué à tous les cas de dommages corporels à la personne, à rejeter plus des trois quarts des réclamations pour *pretium doloris* actuellement indemnisées. Dans le contexte de la faute médicale, cependant, on peut s'attendre au rejet d'un nombre proportionnellement moindre des réclamations pour *pretium doloris*. Cela notamment parce que les difficultés rencontrées et le coût de la procédure tendent déjà à exclure du système un nombre assez important de cas de lésions légères.

Je propose une seconde restriction en ce qui concerne l'indemnisation du *pretium doloris* : son plafonnement serait fixé à 150 000 dollars et suivrait l'inflation. Weiler préconise quant à lui la création d'un barème qui indexerait le montant de l'indemnisation sur la gravité du préjudice subi. En haut figureraient

les préjudices les plus graves : un enfant rendu aveugle ou quadriplégique à la naissance. Le barème prendrait en compte l'âge de la victime et donc le nombre d'années de souffrance qu'il lui reste à vivre. Les parties, en cas de transaction, les juges et les jurés, en cas de procès, auraient à déterminer à quelle place du barème se rattachent les faits de la cause.

Ce barème comporterait évidemment un plafond. Mais Weiler affirme qu'actuellement les plafonds fonctionnent de la façon suivante : les jurés décident du montant des dommages et intérêts à attribuer à la victime, sans tenir compte du plafond, et le juge ne l'applique par la suite que comme une limite. De sorte que des préjudices de gravité très différente sont traités de la même manière.

Mais Weiler accorde que, pour atteindre le bas du barème, la victime devrait avoir subi le type de préjudice grave que j'ai moi-même défini comme seuil pour bénéficier d'une indemnisation pour *pretium doloris*.

J'ai fixé le plafonnement de l'indemnisation à 150 000 dollars parce que cette somme peut permettre aux victimes de toucher un revenu régulier de 1 000 dollars par mois. Cette somme marque une différence importante dans le pouvoir d'achat de la plupart des Américains, tout en ne faisant pas de son bénéficiaire un riche.

### 3. Imputation des frais de justice

La règle américaine veut que, dans presque tous les cas de faute médicale, et, plus généralement, dans les cas de dommages corporels à la personne, les deux parties paient les frais de justice leur incombant. Weiler, O'Connell et moi-même sommes d'accord pour dire qu'il faudrait modifier cet état de choses : la partie gagnante devrait bénéficier, au titre des dommages et intérêts, d'une réduction de ses frais de justice.

La victime, même lorsqu'elle perd son procès, ne devrait pas avoir à payer les frais de justice du défendeur. Exception faite des recours infondés, intenter une action en justice n'est pas condamnable. Dans le système actuel, les frais de défense contre les recours bien fondés représentent une part non négligeable des dépenses des médecins. Et, dans la mesure où il est essentiel que les victimes puissent bénéficier des services d'un avocat, il est juste que, lorsqu'elles gagnent leur procès, elles puissent obtenir du défendeur le paiement des frais réels engagés. C'est d'autant plus vrai si l'on tient compte du fait que les règles actuelles concernant l'indemnisation du *pretium doloris* et le bénéfice des sources « indirectes », que nous proposons de modifier, servent actuellement à payer l'avocat de la victime.

Pratiquement, on pourrait imaginer que les victimes victorieuses touchent des dommages et intérêts pour frais de justice proportionnels et dégressifs au fur et à mesure que l'indemnité augmente, de 40 % pour les premiers 50 000 dollars attribués, à 15 % au-delà de 600 000. Des sommes inférieures ou supérieures pourraient être attribuées dans des cas spécialement faciles ou

difficiles. Pour les cas qui trouvent une solution au début de la procédure, les dommages et intérêts pour frais de justice devraient être diminués.

Si Weiler accepte que les frais de justice représentent un pourcentage du total des dommages et intérêts alloués, il propose que ces sommes ne dépendent pas de leur montant, mais du moment de la procédure où l'affaire trouve sa solution (15 % si elle est résolue avant le procès, et 35 % si elle l'est après).

Notre désaccord tient à ce que nous n'avons pas la même opinion de l'état actuel du marché américain des services juridiques : je le crois loin d'être parfait, alors que Weiler pense le contraire. Mon barème reflète les taux d'un marché compétitif, le sien, la pratique américaine actuelle, où les avocats touchent un pourcentage fixe quel que soit le montant des dommages et intérêts.

#### **4. Effet probable**

Vu la grande diversité des législations déjà adoptées aux États-Unis ces vingt dernières années, l'entrée en vigueur des propositions de Weiler provoquerait des effets différents d'un endroit à un autre. Dans les États qui ont déjà renversé la règle des sources indirectes et plafonné les dommages et intérêts pour *pre-tium doloris* ou qui ont plafonné l'ensemble des dommages et intérêts, le coût total du système risque d'augmenter pour les médecins. En revanche, dans un État toujours régi par les règles du droit commun, le projet Weiler devrait réduire leur charge. Dans tous les cas, cela permettrait que les sommes versées soient réparties sur les victimes d'une façon que l'on peut considérer comme socialement plus souhaitable.

#### **5. Une idée nouvelle : la responsabilité de l'organisation**

Weiler recommande également ce qu'il appelle la responsabilité de l'organisation. Cela signifie que, pour les préjudices subis au sein des institutions de soins (les hôpitaux, principalement), c'est l'établissement qui serait responsable de la faute du médecin et non ce dernier.

Les victimes ne pourraient plus poursuivre en justice leurs chirurgiens ou leurs anesthésistes, mais intenteraient un procès à l'hôpital. Les médecins seraient considérés comme des salariés des hôpitaux, même si, la plupart du temps, ce sont, sous tous les autres aspects, des travailleurs indépendants. Cela ferait que les médecins ne pourraient plus être attirés individuellement devant les tribunaux, excepté lors des fautes médicales commises dans leur cabinet privé. Ils n'auraient donc plus à contracter une assurance individuelle pour couvrir leur responsabilité. Cela généraliserait une situation fréquemment rencontrée dans les organisations de soins américaines, dans certaines universités et hôpitaux publics où les médecins sont des salariés de l'hôpital, ou du groupe médical affilié, et n'ont pas à prendre d'assurance personnelle pour couvrir leur responsabilité. Bien que ces médecins puissent en fait être attirés

comme défenseurs, ils apprécient le fait que toute indemnité versée le sera par l'employeur ou son assureur. En d'autres termes, selon la proposition de Weiler, les médecins seraient traités comme les pilotes de ligne, qui ne sont pas tenus de prendre une assurance à titre individuel pour couvrir les responsabilités qu'ils pourraient encourir en cas d'accident aérien.

Ainsi :

- les hôpitaux pourraient mieux intégrer les charges de la responsabilité dans le budget global des soins dispensés que les médecins ne peuvent le faire actuellement ;
- les médecins ne travailleraient plus dans la crainte qu'un jugement ne soit prononcé contre eux individuellement, ce qu'ils ressentent comme une injustice.

La réserve principale, émise par Weiler lui-même, sur cette proposition concerne le comportement des médecins : ils risqueraient d'être moins vigilants. Il conclut pourtant que la responsabilité de l'organisation devrait conduire à une diminution du nombre des accidents. Il pense, en effet, que les hôpitaux réagiraient à la menace pesant sur eux par des contrôles plus efficaces sur les médecins.

### **III. VERS UN SYSTÈME - NO FAULT - POUR LES ACCIDENTS MÉDICAUX**

#### **1. Descriptif du système**

Sur un plus long terme, Weiler recommande l'institution d'un système *no fault* couvrant toutes les victimes de soins médicaux. Tout patient hospitalisé, victime d'un traitement médical et handicapé pendant six mois ou plus, aurait droit à une indemnisation de la part de l'hôpital, qu'il y ait eu faute ou non. L'indemnisation couvrirait les pertes financières (perte de revenus, production familiale perdue, dépenses médicales et de rééducation) qui ne sont pas couvertes par les systèmes d'assurance sociale ou personnelle les plus répandus. Elle comprendrait également des sommes modestes pour dommages non économiques, destinées aux invalides graves et permanents. Elle serait fondée sur un barème prenant en compte l'âge de la victime au moment de l'accident et la nature de l'incapacité.

Weiler n'est pas le premier à recommander l'approche *no fault* pour les accidents médicaux. O'Connell l'avait proposé il y a presque vingt ans<sup>5</sup>, les Prs Clark Havighurst et Laurence Tancredi, aussi<sup>6</sup>. Ce qu'il y a de vraiment nouveau dans l'analyse de Weiler est la thèse selon laquelle le système est viable, et peut couvrir l'ensemble des préjudices subis, sous réserve qu'on en limite le bénéfice aux victimes des préjudices les plus graves.

On disait qu'il serait souvent très difficile ou onéreux de déterminer quand le dommage avait ou non été provoqué par un traitement médical. Si, après tout,

beaucoup de malades sortent de l'hôpital dans un état pire que lorsqu'ils y sont entrés, cela ne tient pas tant au médecin ou personnel de l'hôpital qu'à leur mal qui, plutôt que de s'améliorer, s'est aggravé. Les partisans du système *no fault* ne proposent pas d'inclure ce type de situation. L'établissement médical ne peut être tenu pour responsable des malades qui meurent ou dont l'état s'aggrave à cause d'une maladie dont ils souffraient au moment de leur hospitalisation. Le système *no fault* n'est destiné à couvrir que les personnes qui ont été victime accidentellement du système, qu'il s'agisse ou non d'une faute. Par ailleurs, on craignait que, eu égard au système actuel, il revienne très cher d'indemniser tous les patients qui auraient subi accidentellement un préjudice au cours d'un traitement médical.

Confrontés à ces difficultés, les défenseurs du système *no fault* ont voulu établir la liste des préjudices typiques provoqués par des accidents médicaux, en comprenant leurs conséquences financières. Le système *no fault* ne couvrirait alors que les cas figurant sur la liste. Cette liste pourrait être dressée par le législateur ou résulter de conventions décentralisées, les hôpitaux convenant à l'avance avec leurs patients que les préjudices spécifiés seront couverts par un plan *no fault*, et non par la législation relative à la responsabilité médicale.

Weiler soutient que l'étude de Harvard révèle deux faits allant à l'encontre des préjugés traditionnels. Il apparaît d'abord qu'il n'est pas si difficile de déterminer qu'un patient a été ou non victime d'un accident médical. Selon l'avis des médecins experts, 5 % seulement de ces cas sont litigieux. Ainsi, bien qu'il soit théoriquement facile de multiplier les exemples où il est excessivement délicat de décider si le patient est couvert ou non par le plan, pratiquement, ces situations ne se présentent que rarement. En outre, si l'on considère qu'il y a eu cinquante fois plus de victimes d'accidents médicaux que d'indemnisation judiciaire, restreindre le système *no fault* à moins d'un quart des victimes gravement atteintes, et ne les indemniser que pour leurs pertes nettes, semble rendre le système économiquement viable. Ainsi le système *no fault* pourrait se substituer au système juridique actuel au moins en ce qui concerne les accidents médicaux survenant dans les hôpitaux.

## **2. Effet probable**

En n'entrant en jeu qu'après les sources d'indemnisation primaires, le système *no fault* proposé par Weiler est beaucoup mieux ciblé sur les besoins réels que les systèmes de *no fault* personnels existants et que les systèmes d'indemnisation d'accidents du travail.

Les principaux bénéficiaires du système seraient ceux qui n'ont pas souscrit une assurance personnelle : les femmes au foyer, les enfants et les étudiants, les demandeurs d'emploi temporaire et les employés du secteur secondaire ayant des ressources modestes ou travaillant pour de petits employeurs n'ayant pas pris des plans de protection sociale suffisants pour leurs employés.

### 3. Redistribuer les charges

Il existe trois sources principales de financement du nouveau système :

– la première proviendrait de la réduction des indemnités versées à ceux qui sont les mieux indemnisés dans le cadre du droit actuel de la responsabilité médicale ;

– la deuxième est la réduction du coût de traitement des réclamations. Weiler pense que le système *no fault* permettrait de ramener ces frais au niveau de ce qu'ils sont en matière d'accidents du travail (de 15 à 20 %), alors qu'ils s'élèvent actuellement à plus de 50 % des primes d'assurance de responsabilité. On utiliserait un mécanisme administratif d'indemnisation, comme la Sécurité sociale le pratique pour déterminer les droits aux pensions d'invalidité. Weiler n'est pas hostile à une récente proposition de l'American Medical Association (Ama) qui prévoit de transformer le système judiciaire actuel en un système administratif expert<sup>7</sup>. Mais, aux yeux de Weiler, la position de l'Ama est beaucoup trop timide dans la mesure où elle maintient le critère de faute comme condition d'entrée dans le système. Weiler trouve cependant intéressante l'idée de l'Ama d'avoir recours à des magistrats spécialement formés pour décider des cas litigieux. Le but est de limiter le recours aux avocats. Si le système de réparation des accidents du travail aux États-Unis n'a pas rendu superflue la présence d'avocats pour les victimes, les frais y sont beaucoup moins élevés que dans le cas des dommages corporels à la personne ;

– la troisième source de financement viendrait de l'élimination des réclamations pour petit préjudice. L'approche de Weiler s'écarte de la pratique du *no fault* automobile où, mis à part des États comme le Michigan et New York, le système est conçu presque entièrement pour les cas de petit préjudice, et non pour les cas plus graves. Le *no fault* personnel ne comprend qu'une faible franchise, ou pas de franchise du tout, ne s'applique pas aux préjudices graves, et l'indemnisation est plafonnée à des niveaux très bas, de l'ordre de 10 000 dollars. Les personnes qui ont subi un préjudice grave doivent recourir au droit sur les dommages corporels à la personne. Le plan médical *no fault* de Weiler ne couvre pas les victimes de petits préjudices ; il les prive également de leur droit à entamer une procédure.

### 4. Comment aborder le problème des victimes de petits préjudices ?

A mon avis, les victimes de petits préjudices devraient être exclues du plan médical *no fault*, et les États-Unis devraient élaborer un système de protection sociale plus fort, destiné à toutes les personnes victimes d'une incapacité de six mois ou plus. Il comprendrait des prestations de santé raisonnablement garanties pour incapacités mineures et bien désignées, ainsi que des revenus de remplacement pour le court terme. La mise en place d'un pareil dispositif rendrait, je crois, le plan Weiler politiquement beaucoup plus acceptable.

Du côté santé, on assiste déjà à un mouvement important, tant au niveau des

États qu'au niveau fédéral, visant à transformer l'approche disparate actuelle en une assurance maladie nationale plus globale. Le système actuel n'offre à la majeure partie des gens que la possibilité d'avoir accès à des hôpitaux locaux et aux services d'urgences, qui souvent se ruinent à essayer d'offrir des prestations à des patients qui ne paient pas. Je peux paraître excessivement optimiste, mais je vais partir de l'hypothèse que ce problème sera résolu dans un avenir proche.

Bien qu'actuellement il retienne moins l'attention, le problème de revenus de remplacement pour le court terme est aussi à portée de main des États américains. On peut penser à deux solutions : la plus simple<sup>8</sup> est inspirée des programmes d'assurance invalidité temporaire qu'on trouve en Californie, à New York et dans quelques autres États. Ces plans couvrent une faible fraction des revenus des travailleurs qui ne peuvent exercer leur profession en raison d'une invalidité sans rapport avec leur activité professionnelle (maladies ou accidents sans rapport avec le travail). Ma proposition étendrait la couverture à environ 85 % du salaire net, et jusqu'à deux fois le salaire moyen de l'ouvrier, couvrant ainsi la plupart des salaires de tous les travailleurs. Mon plan couvrirait également les invalidités de courte durée liées ou non au travail, afin que la législation sur les accidents du travail n'ait plus à traiter de ces réclamations. Si une bonne couverture santé était garantie pour tous, le système de réparation des accidents du travail pourrait ne se consacrer qu'aux accidents les plus sérieux. L'indemnisation pour perte de revenu durerait au moins six mois, avec une période d'attente d'une ou deux semaines. Cette franchise serait compensée par l'adoption d'une loi rendant obligatoire une couverture pour congé de maladie, déjà largement pratiquée dans les moyennes et grandes entreprises, et dans un nombre croissant de petites entreprises. Si ces dispositions étaient adoptées, les besoins d'indemnisation de perte du salaire à court terme seraient bien couverts et ne devraient plus relever ni du droit commun de la responsabilité médicale ni du système *no fault* de Weiler<sup>9</sup>.

#### **IV. ÉLARGISSEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE ET SÉPARATION DE LA PRÉVENTION ET DE L'INDEMNISATION**

##### **1. L'indemnisation globale**

Le plan *no fault* de Weiler est destiné aux hôpitaux, les médecins n'étant plus individuellement responsables des accidents médicaux que les malades peuvent subir durant leur hospitalisation. Weiler justifie sa position en arguant du fait qu'imputer les coûts à des organisations aussi complexes que les hôpitaux favorisera une pratique médicale plus sûre et plus économique.

Autrement, Weiler conviendrait certainement qu'il n'y a aucune raison pour faire un sort spécial à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Après tout, une fois que l'on abandonne le critère de faute, on ne peut plus vraiment soutenir que la victime d'un traitement médical a davantage droit à la couverture

de ses dommages que quelqu'un qui subirait un préjudice directement en raison d'une maladie, d'une maladie congénitale ou d'un accident survenu hors de l'hôpital.

Parce que je pense que tous les Américains victimes d'une incapacité, quelle qu'en soit la cause, devraient bénéficier d'un système prenant en charge leurs dépenses de santé et les dépenses connexes compensant de façon raisonnable leur perte de salaire, je préfère de loin une solution d'indemnisation globale ne faisant aucune distinction entre, disons, les accidents médicaux, les accidents personnels, les accidents causés par un produit, les accidents du travail, etc. Une telle solution s'appuierait sur un système de sécurité sociale élargi et sur la nécessaire augmentation des prestations obligatoires pour les salariés<sup>10</sup>.

## **2. Avons-nous besoin d'un plan médical - no fault - pour la prévention des accidents ?**

Que doit-on penser de l'idée de systèmes qui, tel celui que propose Weiler, font supporter les coûts à ceux qui sont en position de réduire les accidents, afin d'en réduire la fréquence ? Il y a deux réponses à cette question :

- la première a été donnée par Marc Franklin il y a plus de vingt ans<sup>11</sup> et reprise par Richard Pierce il y a plus de dix ans<sup>12</sup>. On peut imaginer un plan d'indemnisation globale qui ne distingue pas entre les causes du dommage pour l'attribution des prestations, et serait financé par des cotisations variant avec le nombre et la gravité des accidents provoqués par ceux qui financent le système, ce qui évidemment pourrait inclure les hôpitaux ;

- la seconde conteste l'exigence de prévention. Elle soutient que la réduction du nombre des accidents médicaux implique des mécanismes de contrôle du comportement indépendant des hôpitaux qui ont un intérêt financier à payer des indemnités *no fault* plus faibles ou à verser des cotisations moins fortes au fonds d'indemnisation<sup>13</sup>.

D'un côté, le système *no fault* mis à la charge de l'organisation crée pour les hôpitaux des motivations socialement perverses : comme les employeurs en matière d'accidents du travail, ils seront conduits à se battre contre les réclamations en argumentant que le préjudice est la conséquence de l'état de santé qui a motivé l'hospitalisation. Des pressions seront donc exercées, à l'intérieur de l'hôpital, pour regrouper les informations permettant d'arriver à cette conclusion. Il est probable que certains hôpitaux estimeront financièrement intéressant de ne pas admettre les patients dont l'état de santé fait des patients à risque, qu'ils décourageront ou interdiront la prescription d'un traitement médical risqué, même lorsque l'accueil du patient et la prescription du traitement plus risqué seraient socialement désirables.

D'un autre côté, en dehors de la crainte que les tribunaux développent une jurisprudence qui les rendrait responsables de la faute des médecins, les hôpitaux ont déjà de fortes motivations pour contrôler la conduite des médecins indépendants. D'abord, aucun hôpital ne veut faire sa réputation sur le fait

que les erreurs médicales y sont plus fréquentes qu'ailleurs. Ensuite, directeurs et conseils d'administration des hôpitaux sont soucieux des soins prodigués aux patients. Il est vrai que les directeurs d'hôpital se considèrent de plus en plus comme des chefs d'entreprise, mais on ne peut contester l'importance de leur engagement pour la qualité des soins médicaux. De toute façon, si les considérations de gestion doivent prévaloir, je crois que la volonté actuelle de réduire les dépenses de santé sont aussi pour les hôpitaux une invitation à ce que les médecins exercent leur profession correctement. En effet, si le médecin commet une erreur qui prolonge l'hospitalisation, cette prolongation risque de ne pas être prise en charge par l'assureur, public ou privé, du patient.

Cela ne veut pas dire qu'aujourd'hui les hôpitaux contrôlent suffisamment les médecins qu'ils emploient ni qu'ils renvoient les médecins incompetents s'il faut avoir recours à cette solution radicale. Les mêmes problèmes continueraient d'exister avec le plan *no fault* de Weiler.

L'étude de Harvard a cherché à apporter de nouvelles preuves de l'effet du droit de la responsabilité civile sur le comportement du médecin au moyen d'une étude économétrique fondée sur le fait que la probabilité de poursuites judiciaires pour faute médicale varie considérablement d'un endroit à un autre à l'intérieur même de l'État de New York. Weiler lui-même exprime des doutes sérieux sur la réalité de l'effet du droit de la responsabilité pour faute sur l'amélioration des soins médicaux. Il pense toutefois que le droit de la faute a un petit effet préventif.

Si Weiler avait raison, on devrait constater un taux plus faible d'erreurs médicales dans les hôpitaux appartenant aux organisations de santé que dans les hôpitaux où pratiquent des médecins indépendants. Après tout, dans le système actuel de responsabilité, les organisations de santé sont confrontées à la même responsabilité de l'organisation que celle que préconise Weiler. Mais je n'ai rien trouvé ni dans l'étude de Harvard ni ailleurs qui démontre que les hôpitaux qui ont des médecins salariés réagissent avec une méthode de prévention plus élaborée que ce que prévoit Weiler dans le modèle économique simple. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans la mesure où les accidents médicaux sont causés par des étourderies ou des erreurs d'attention, il est extrêmement difficile de les éviter.

En outre, Weiler souligne lui-même une nouvelle évolution de la réglementation très prometteuse en terme de réduction du nombre des accidents médicaux qui n'a rien à voir avec une stratégie d'internalisation des coûts. Pour dire vite, il serait préférable que les commissions médicales exigent que la gestion du risque soit prise en charge par les hôpitaux et que le rapport d'enquête du médecin soit effectué par ses pairs, au lieu que ce soit les commissions qui enquêtent et engagent les poursuites directement contre les médecins.

Il est certain que ces commissions ne disposent pas des ressources suffisantes pour exercer leurs fonctions de régulation avec l'efficacité qu'on pourrait souhaiter. Il semble juste d'utiliser une partie de l'argent économisé en rédui-

sant les frais liés à la recherche de la cause du préjudice subi par la victime au renforcement de la réglementation, comme cela se passerait si l'on remplaçait les plans médicaux *no fault* par un système d'indemnisation globale accident et invalidité.

### 3. Le système « no fault » : une étape

On peut défendre le système *no fault* de Weiler non comme la meilleure solution à long terme, mais comme une étape vers un système plus global d'indemnisation des invalides graves. Pour prendre en compte les réalités politiques, le système *no fault* pourrait être librement expérimenté dans certains hôpitaux ou dans certains États.

Si, en même temps, mon plan élargi d'assurance invalidité temporaire était adopté et complété par un solide système national d'assurance maladie, seules les victimes les plus sérieusement touchées auraient à faire avec le droit de la faute médicale, avec le système de réparation des accidents du travail ainsi qu'avec les plans personnels *no fault* ou avec tout autre plan *no fault*.

Dans une autre étape, il est possible que les États américains promulguent une série de dispositifs concernant les victimes de préjudices graves – notamment, les victimes d'accidents médicaux, d'accidents d'avion, de prescription de médicaments, d'effets secondaires de vaccins, d'accidents sportifs lors de rencontres organisées, ainsi que d'accidents personnels ou du travail.

Plutôt que de continuer à multiplier les systèmes qui couvrent des groupes toujours plus limités, il serait plus sage de regrouper cette prolifération de systèmes en un système unique d'indemnisation. Il faudra alors discuter pour savoir si ce plan global doit être défini en termes d'accidents, comme en Nouvelle-Zélande<sup>14</sup>, ou en termes plus larges d'invalidité grave, comme je l'ai proposé. D'ici là nous saurons mieux si la responsabilité *no fault* des organisations pour accidents médicaux aura réellement amélioré la situation du patient. Dans ce cas, le financement du plan global pourrait être fondé sur une augmentation des cotisations des hôpitaux où les accidents médicaux sont les plus nombreux. Ou si, comme je le crois, nous concluons (comme cela se passe en Nouvelle-Zélande) qu'il n'est pas utile d'ajuster les cotisations avec précision, le plan global pourrait alors être financé par des ressources plus larges ■

#### NOTES :

1. *Harvard University Press, 1991.*
2. *Patients, Doctors, and Lawyers: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation in New York, 1990.* Dans cette étude - est considéré comme accident -, tout événement qui prolonge l'hospitalisation du patient d'un jour au minimum ou qui provoque sa mort.
3. *Des préjudices peuvent également être causés dans les cabinets des médecins - c'est le cas de 13 % des plaintes pour faute médicale, contre 81 % lors des hospitalisations, et le reste dans d'autres institutions, telles les maisons de santé. Nous connaissons beaucoup moins, cependant, les fautes qui se produisent hors des hôpitaux et donc la proportion des victimes qui intentent un procès et le gagnent.*

4. Cf. Jeffrey O'Connell, - *A Proposal to Abolish Contributory and Comparative Fault, With Compensatory Savings by Also Abolishing the Collateral Source Rule* -, U.Ill.L. Rev. 591 (1979) ; Jeffrey O'Connell, - *A Proposal to Abolish Defendants' Payment for Claimants' Attorneys' Fees* -, U.Ill.L. Rev. 333 (1981). Mes recommandations ont été publiées dans Stephen D. Sugarman, - *Doing Away With Personal Injury Law* -, chapitre 8 (1989) ; et Stephen D. Sugarman, - *Serious Tort Law Reform* -, 24 *San Diego Law Review* 795 (1987).  
 Nous avons, O'Connell et moi-même, proposé que, dans ce dispositif, les victimes bénéficient d'un avantage supplémentaire en supprimant la possibilité d'invoquer sa faute. La faute de la victime ne pourrait constituer ni un obstacle à son indemnisation ni un motif de sa réduction, parce que, sauf dans les cas où la victime se blesse volontairement, le dommage corporel dont elle souffre suffit à compenser sa faute. Par ailleurs, cette suppression ramène la règle d'indemnisation pour faute médicale à ce qui se pratique dans les systèmes modernes d'assurance sociale. De toute façon, dans la présente hypothèse, la faute de la victime est rarement un problème.  
 Je souhaiterais aussi que les plaignants abandonnent certains - dommages pénéaux -, en soumettant au juge plutôt qu'aux jurés le jugement de leurs droits et de la somme à fixer. Cela rapprocherait le droit des - dommages pénéaux - dans le cas de dommages corporels des règles de droit civil selon lesquelles un juge peut accorder une somme supplémentaire importante pour compenser les frais de justice lorsqu'il s'agit d'une action de groupe et que les avocats ont su prouver au tribunal le très mauvais comportement des défendeurs. De toute manière, la question des - dommages pénéaux - ne joue qu'un rôle secondaire dans le domaine de la responsabilité médicale.
5. Jeffrey O'Connell, - *Expanding No Fault Beyond Auto Insurance : Some Proposals* -, 1973 *Virginia Law Review* 749, 1973.
6. Clark C. Havighurst et Laurence R. Tancredi, - *Medical Adversity Insurance, - A No Fault Approach to Medical Malpractice and Quality Assurance* -, 5 *Milbank Memorial Fund Quarterly* 125 (1973).
7. Cf. le rapport de l'American Medical Association/ Specialty Medical Liability Project, *A Proposed Alternative to the Civil Justice System for Resolving Medical Liability Disputes ; A Fault-Based, Administrative System* (Chicago : AMA, 1988). Pour une analyse plus approfondie de la proposition de l'AMA, se reporter au séminaire, *Taking Medical Malpractice Out of the Courts*, 1 *Courts, Health Science & Law* 1 (1990).
8. Cf. S. Sugarman, - *Doing Away With Personal Injury Law* -, p. 169-172, et Sugarman, - *Serious Tort Law Reform* -, p. 808-815.
9. Cf. la solution que je préconise pour la compensation des pertes de revenu à court terme, in Sugarman, - *Doing Away With Personal Injury Law* - aux pages 135-136, et *Short-Term Paid Leave : A New Approach to Social Insurance and Employee Benefits* -, 75 *Calif L Rev.* 465 (1987).
10. Cf. Sugarman, - *Doing Away With Personal Injury Law* -, chapitre 6, p. 127-152.
11. Cf. Marc A. Franklin, - *Replacing the Negligence Lottery : Compensation and Selective Reimbursement* -, 53 *Va L Rev.* 774 (1967).
12. Cf. Richard J. Pierce, - *Encouraging Safety : The Limits of Tort Law and Government Regulation* -, 33 *Vand L R.* 1281 (1980).
13. Mes arguments contre la loi sur la responsabilité civile comme moyen de dissuasion efficace sont exposés dans Sugarman, - *Doing Away With Personal Injury Law* -, chapitre 1, p. 3-34.
14. Cf. Terrence G. Ison, - *Accident Compensation* -, 1980, et Geoffrey W.R. Palmer, - *Compensation for Incapacity* - (1979).

# RISQUES DE MARCHE

## et assurance

**MOTS CLEFS :** banque . exportation . réassurance . risque de change . risque de marché .

Il existe un champ largement inexploré de l'assurance : celui de la garantie des risques de marché. Cette absence constitue peut-être un handicap pour les assureurs, dans un domaine dont le développement est probablement le fait le plus marquant de l'histoire financière de ces dix dernières années. L'absence des assureurs face aux risques de marché vient-elle de ce qu'ils n'ont rien à apporter ? L'objet de cet article est de montrer sur un exemple, celui du marché des changes, et sur un produit, la garantie du risque de change telle que la pratique la Coface, qu'il n'en est rien : la technique de l'assurance améliore la gestion des risques de marché, et les produits qu'elle met au point présentent un avantage comparatif.

Parmi l'ensemble des risques, certains ont pris une importance toute particulière ces dernières années : les risques liés à l'évolution d'un prix à la hausse ou à la baisse, que nous qualifierons dans la suite de « risques de marché ». La première caractéristique de ces risques est leur symétrie. Une hausse des prix n'est pas *a priori* plus néfaste qu'une baisse, tout dépend de quel côté se situe l'opérateur : s'il est vendeur, il considérera une hausse du marché comme un risque favorable, et une baisse comme un risque défavorable. A la perte d'un opérateur correspond le gain d'un autre. Les assureurs ne se sont pas jusqu'à maintenant intéressés aux risques de marché. Cela peut surprendre, si l'on se réfère à la définition très large de leur métier que donne Denis Kessler : « [L'assureur] limite les conséquences défavorables de l'incertitude. » Mais l'assurance s'est en fait jusqu'ici préoccupée non pas des conséquences défavorables de l'incertitude, mais des conséquences d'une incertitude défavorable. Les mécanismes d'assurance traditionnels couvrent pratiquement systématiquement des risques négatifs : on s'assure contre une

\* Secrétaire général de la Coface.

maladie, un accident, un incendie... Autant de pertes en face desquelles on ne peut identifier un gain symétrique.

L'assureur, une fois le risque, c'est-à-dire la perte potentielle, identifié, cherche à le mutualiser : comment partager le coût de cette perte entre les assurés, dont chacun participera par sa prime à l'indemnisation future des malchanceux. On peut voir là l'origine du « biais » de l'assureur : qui dit mutualisation dit communauté face au risque. Il est plus facile d'identifier cette communauté sur des risques dissymétriques, objectivement défavorables, que sur des risques symétriques, défavorables ou favorables suivant les assurés.

Peut-on pourtant transposer l'approche de l'assureur aux risques de marché ? Il semble que oui, et que cette approche soit même enrichie par le caractère symétrique des risques de marché. Si une évolution de marché crée des perdants et des gagnants, pourquoi l'assureur ne réduirait-il pas le risque par une double mutualisation entre ses assurés : mutualisation des pertes potentielles et mutualisation des gains potentiels ?

Le besoin d'assurance des opérateurs sur les marchés a été jusqu'ici satisfait par le développement des instruments de terme : achats et ventes à terme, options et produits dérivés. Les instruments de terme s'appuient sur la logique même du marché : s'il existe des acheteurs et des vendeurs, aujourd'hui, demain, et dans un mois, pourquoi n'échangeraient-ils pas dès aujourd'hui, mais pour demain ou dans un mois, « bloquant » ainsi leur risque ? Sur ces marchés à terme, on échange des risques sur des échanges futurs.

Ce schéma simple s'est progressivement compliqué par l'invention des produits optionnels. Mais ceux-ci reposent encore sur la logique du marché et de l'adossement immédiat des risques. Des mathématiciens ont montré le moyen d'offrir un produit discontinu pour leur client, l'option (qui couvre le risque du client au-delà d'un seuil, et pas en deçà), à partir d'une gestion continue du risque sur le marché (gestion dite « en delta neutre »).

L'adossement est encore plus complexe dans les produits dérivés, qui combinent les instruments financiers pour couvrir exactement le risque du client : par exemple, lui donner la hausse de la Bourse britannique sans l'exposition au risque sterling, ou l'évolution la meilleure de deux marchés obligataires. Mais le principe reste bien celui du transfert de risque instantané : le responsable de ces produits à Meryl Lynch décrit ainsi son métier : « Notre seul objectif est de faire une transaction, puis d'adosser (*immunize*) le moindre élément de risque pouvant affecter cette transaction. » Pour adopter une terminologie d'assureur, le banquier, dans sa gestion du risque de marché, est d'abord un « courtier ».

Les conditions de succès de produits de terme sont donc l'existence d'une multiplicité d'opérateurs, désireux d'échanger dans les deux sens (que les acheteurs trouvent des vendeurs à chaque instant, et vice versa), s'appuyant sur des contrats simples, normalisés, fongibles, et des échanges d'informations globaux et quasi instantanés.

L'approche de l'assureur présente deux différences majeures par rapport à celle de l'opérateur de marché :

- l'assureur ne gère pas ses risques un par un, il les regroupe autant que possible pour les gérer globalement : il les mutualise. La mutualisation est à l'assureur ce qu'est l'économie d'échelles pour l'industriel ;
- au contraire de l'opérateur de marché, l'assureur conserve des risques, sans les retransférer immédiatement. Il offre des produits dissymétriques à ses assurés qui ont une aversion pour le risque.

Nous allons voir à propos des garanties de change que cette approche originale de l'assureur lui permet de définir des produits de couverture complémentaires des produits de marché et, dans certains cas, plus efficaces.

L'assurance du risque de change est un exemple des mécanismes de marché auxquels pourrait demain s'intéresser l'assurance. Dotée de la plupart des caractéristiques de produits d'assurance plus classique, elle présente l'originalité majeure de couvrir un risque symétrique de marché.

La Coface garantit contre le risque de change 1 300 entreprises, pour une quinzaine de milliards de francs d'exportations par an facturées dans une douzaine de devises et correspondant à un « stock » instantané de risques d'une cinquantaine de milliards.

Elle offre deux familles de produits d'assurance contre le risque de change, correspondant aux deux types de besoins principaux rencontrés par les entreprises :

- des produits « offre » adaptés aux grands projets ; ils figent la parité d'une offre en devises pendant toute la durée de cette offre ; il s'agit de garanties publiques, gérées comme des produits de marché, mais adossées à une garantie d'État ;
- des produits « courant d'affaire » qui concernent plutôt le commerce courant ; ils assurent à l'exportateur une parité fixe pour toutes ses facturations dans la devise garantie pour une période donnée, en général l'année. Depuis avril 1992, ces produits ont été fondus en une gamme unique de garanties baptisée « Cime », gérée sur une base privée dans le cadre de règles d'assurance classiques, et appuyée sur les fonds propres de la Coface.

On examinera à partir de cette expérience, originale en Europe et dans le monde, trois atouts de l'assureur face au risque de change : il offre une couverture plus globale que celle des instruments de marché (I) ; il met en œuvre son outil principal, la mutualisation, à la fois sur les pertes de change, sur les gains de change, et sur la gestion des couvertures (II) ; il peut rétrocéder tout ou partie de son risque sur le marché de façon plus souple que par la réassurance (III). L'assureur peut assurer une maîtrise technique des risques souscrits (IV) et résoudre son handicap bien connu, celui du risque moral (V). Au total, les produits d'assurance du risque de change bénéficient clairement d'atouts par rapport aux instruments de terme, pour une gamme importante de clientèle (VI).

## I. UNE COUVERTURE PLUS COMPLÈTE QUE CELLE QU'OFFRENT LES INSTRUMENTS DE MARCHÉ

Une entreprise est en risque de change quand ses recettes et ses dépenses, ou des éléments de son actif ou de son passif, sont libellées dans des devises différentes. Ces risques de change sont multiples. On se limitera ici aux risques sur ventes en devises à l'étranger, ou risques de change à l'exportation.

Quel est le besoin de couverture du risque de change ressenti par l'entreprise facturant en devises ? On pense immédiatement au risque de variation de la devise. Mais le risque de change est en fait la combinaison de trois risques distincts : un risque sur le cours de rapatriement de ses devises, un risque sur la date de ce rapatriement, et un risque sur le montant des devises rapatriées.

Le *risque de cours* est le risque de variation du cours de la devise entre la date à laquelle l'entreprise est engagée sur ses dépenses de fabrication, d'une part, et celles d'encaissement de ses recettes d'exportation, d'autre part. Ce risque de cours paraît le plus simple à analyser. Une approche économique soulignerait en fait sa complexité, puisqu'on peut faire partir ce risque très en amont, au moment du lancement des fabrications, voire du lancement des investissements, pour une entreprise dont les coûts sont en francs mais qui viserait prioritairement le marché américain ou japonais. Mais l'approche de la majorité des entreprises est commerciale : elles font partir leur risque du moment où elles fixent leur prix en devises, sur la base d'une recette espérée en francs, et le font durer jusqu'au moment où le client s'est acquitté de son paiement en devises et où elles peuvent céder ces devises contre des francs. Les deux cas les plus fréquents de point de départ du risque seront donc le dépôt d'une offre commerciale en devises auprès d'un prospect, ou la fixation du tarif commercial en devises de l'assuré.

Le *risque de date* est l'aléa portant sur la date à laquelle interviendra le paiement en devises. Ce risque de date peut être très limité : sur une facture déjà émise et payée par crédit documentaire, l'échéance de paiement est clairement fixée. Le risque de date peut être plus significatif, pour un courant d'affaire qui n'a pas été encore facturé. Mais il peut également être considérable : pour une offre en cours d'examen par l'acheteur, qui peut être acceptée (à une date non connue), ou rejetée. Ce risque de date est d'ailleurs présent à tous les stades du contrat : retard de décision de l'acheteur, retard d'exécution du fabricant, retard de paiement ou de transfert du débiteur.

Le *risque de montant* porte sur le montant du versement en devises dont bénéficiera l'exportateur. Il présente les mêmes degrés que le risque de date : l'aléa peut être de quelques pour cent (écarts entre prévisions et réalisations sur un flux régulier de facturations), ou porter sur la totalité du contrat, dans le cas d'une offre qui sera acceptée, ou refusée en bloc.

Finalement, un exportateur qui fixe ses prix en devises n'a aucun moyen de connaître le cours des devises qu'il recevra en paiement, et peu de moyens

d'apprécier la date à laquelle il sera payé, ou le montant des devises qu'il recevra finalement. L'atout des garanties de la Coface est qu'elles prennent en charge le risque de change de l'entreprise dans ses trois dimensions.

Ces garanties assurent en effet à l'exportateur le cours (généralement à terme) de rapatriement de ses devises, sur une base partiellement symétrique : elles indemnisent toute perte par rapport au cours garanti - au premier franc -, donc sans franchise ; elles reprennent tout ou partie d'un éventuel bénéfice de change, en cas de hausse de la devise.

Les risques de date sont également couverts : la garantie jouera, même si l'exportateur est payé de façon anticipée ou retardée par rapport aux conditions contractuelles (avec, bien entendu, un plafond).

Les risques de montant sont couverts : la garantie s'ajustera aux succès de l'exportateur, et tombera en cas d'échec total ou partiel de l'exportation anticipée (avec également des plafonds : c'est à l'exportateur de souscrire une assurance couvrant même ses perspectives les plus optimistes de facturation).

Par rapport aux produits de terme, le produit d'assurance a donc une approche du type « tous risques ».

## **II. UNE MUTUALISATION DES PERTES, DES GAINS ET DE LA GESTION**

Les produits d'assurance de la Coface sont-ils des produits d'assurance ? Où se marque la mutualisation des risques, dont nous avons dit qu'elle caractérisait l'approche de l'assureur ?

En Europe, plusieurs entreprises homologues de la Coface (la Hermès en RFA, ou l'ECGD en Grande-Bretagne) offrent des produits de couverture du risque de change, avec le soutien de leur État, qui ne sont pas des produits d'assurance : ces compagnies se contentent de reprendre à leur compte les risques de leurs assurés ; elles gagnent de l'argent en période de hausse des devises garanties, pour en perdre en période de baisse. Compte tenu du poids du dollar dans les échanges, elles ont connu des bénéfices au début des années 80 (hausse du dollar), puis des pertes massives après 1985.

La Coface est la seule entreprise à gérer son risque et à avoir équilibré techniquement son produit chaque année depuis le début de cette gestion (1985), avec même des bénéfices non négligeables. Disposant d'une salle de marché analogue aux salles ouvertes depuis longtemps par des entreprises importantes pour gérer leur risque de change, elle couvre son risque sur le marché des changes et n'offre donc de garanties que sur des devises sur lesquelles cet adossement est possible : ses garanties sont donc complémentaires des instruments de marché.

Mais ces instruments permettraient également aux assurés de la Coface de couvrir directement leur risque de change sans passer par l'intermédiaire de la compagnie. Que peut apporter de plus l'assureur ? Il exerce une triple mutualisation : sur les pertes, sur les gains et sur la gestion.

La Coface apporte d'abord ce qu'apporte tout assureur, c'est-à-dire une « moyennisation » entre les assurés des pertes de couverture : une entreprise préfère une prime sûre à une perte aléatoire.

La Coface apporte ensuite un élément plus original, qui est une « moyennisation » des gains de couverture, qui sont de deux types. Le premier gain est le bénéfice de change enregistré par l'assuré ; la Coface lui impose le tout ou partie de ses bénéfices de change, la Coface réclamant au minimum 25 % du bénéfice. Le second type de gain découle des couvertures gagnantes sur contrats perdus, qui restent acquises à la Coface. L'assuré renonce en effet à sa garantie s'il n'obtient pas l'exportation souhaitée, que la devise ait baissé ou monté. Si l'entreprise avait eu recours à un instrument de marché, cet instrument aurait conservé une valeur en cas d'échec : cette valeur aurait pu devenir négative, en cas de hausse de la devise, mais elle aurait pu en gagner énormément, en cas de baisse de la devise (c'est cette valeur qui aurait compensé pour l'entreprise son manque à gagner si le contrat espéré avait été signé en devises). Le contrat perdu, la compensation demeure, et l'entreprise peut encaisser un gain sur couverture. La Coface récupère cette valeur résiduelle « en cas d'échec ».

Les reversements de bénéfices de change des assurés, et les gains de dénouements sur couvertures de contrats perdus, permettent d'abaisser de plus de moitié le niveau des primes de la Coface. Et les assurés préfèrent recevoir à travers cette baisse de prime une moyenne des gains plutôt que leur gain réel ; exactement comme dans un produit d'assurance classique, ils préfèrent payer dans la prime une moyenne des sinistres plutôt que leur perte réelle.

La troisième forme de mutualisation apportée par l'assureur est la mutualisation dans la gestion des couvertures : il est plus économique pour la Coface de gérer globalement le risque de ses 1 300 assurés qu'à chacun de le faire séparément. L'information dont elle dispose sur les risques lui permet de ne pas adosser sur le marché tous les risques qu'on lui apporte, et de gagner sur le coût de ses couvertures. Ce faisant, la mutualisation effectuée par la Coface va au-delà de la mutualisation traditionnelle de l'assureur : elle ne se limite pas à répartir un montant donné de risque, elle réduit le coût global de ce risque (il n'est question dans ce qui suit que des garanties de change réellement mutualisables : celles dont la taille ne dépasse pas une certaine fraction de l'encours géré). Cette mutualisation dans la gestion s'exerce, à des degrés divers, sur les trois dimensions du risque de change que nous avons identifiées : risque de date, risque de montant et risque de cours.

Un exportateur peut difficilement prévoir le taux de facturation ou de succès sur un contrat : aux aléas de toute entreprise commerciale s'ajoutent les difficultés de communication entre les financiers et des commerciaux systématiquement optimistes. En raisonnant sur de nombreux assurés, l'assureur retrouve la statistique. La Coface a ainsi pu parvenir à une modélisation des taux de signatures sur les affaires qu'elle garantit, en fonction de paramètres simples, comme la taille de l'affaire, la durée de la garantie, et l'écart entre le cours garanti et le

cours spot (plus le cours de la devise baisse au-dessous du cours garanti à l'exportateur, et plus le taux de signature s'accroît, et inversement).

Les stratégies de couverture de la Coface ont un coût. Une partie de ces frais correspond à des « coûts de frottement » liés au décalage entre la stratégie technique de couverture définie par l'assureur et sa mise en œuvre. Ces coûts sont intégrés d'emblée dans le calcul de la prime, qui s'appuie sur des simulations informatiques sur plusieurs centaines d'évolutions possibles de la devise.

Sans entrer dans le détail des stratégies de couverture de la Coface, on soulignera un atout important de l'assureur : la structure de son compte d'exploitation fait que la volatilité, qui est la bête noire des opérateurs de marché, lui crée à la fois des coûts et des gains. La Coface supporte des coûts de gestion de sa trésorerie plus élevés quand une devise est très volatile, mais elle gagne aussi plus sur les gains de dénouement (versements de bénéfice de change ou récupération des couvertures sur contrats perdus). Il est donc théoriquement possible d'ajuster la stratégie au niveau de volatilité.

Depuis 1992, une mutualisation de l'importation et de l'exportation est également opérée (la Coface étant à même sur une garantie privée d'offrir des couvertures à l'importation). Une entreprise joue sur certaine mutualisation de son risque de change : ses risques de parité sur ses exportations facturées en devises peuvent s'adosser à ses risques sur achats dans la même devise. L'assureur peut valoriser et au-delà cette compensation : en offrant des couvertures à l'importation et à l'exportation sur les mêmes devises, et en offrant des couvertures à des exportateurs de différents pays, les exportations des uns étant les importations des autres.

### III. LA RÉASSURANCE PAR L'ADOSSEMENT AU MARCHÉ

Le fait d'assurer un risque de marché crée à l'assureur un problème commercial, en l'obligeant à justifier sa valeur ajoutée par rapport aux instruments de marché. Mais il lui apporte également des solutions techniques originales par rapport aux risques classiques, en permettant un adossement sur le marché des risques souscrits à travers ses garanties. Celui-ci permet à l'assureur de doser précisément son seuil de rétention de risque, comme il pourrait le faire avec un traité de réassurance. A un extrême, il lui est d'ailleurs possible d'obtenir l'équivalent d'une réassurance à 100 %, en adossant la totalité des risques découlant de ses garanties par des produits optionnels (il est clair que cette méthode serait très coûteuse...). Mais ce mode de transfert de risque présente une souplesse plus grande qu'un contrat de réassurance classique : il rend possible un ajustement continu dans le temps, contrairement aux traités négociés tous les ans ; et il permet l'adossement d'un risque déjà souscrit, ce qui est rarement le cas en réassurance.

#### IV. LA MAÎTRISE DES RISQUES

En adossant ses risques sur les marchés, l'assureur bénéficie d'acquis qui prendraient des dizaines d'années à être constitués pour la souscription d'un nouveau risque - classique - :

– la base statistique est d'une extrême richesse. Les évolutions de change sur les principales devises sont connues et analysées depuis des années. Les études sur les outils de simulation de ces évolutions sont multiples et permanentes. Le calcul de notions comme celles de risque moyen, ou de risque maximal à tel ou tel seuil de probabilité, est, sinon facile, du moins possible pour un coût sans commune mesure avec d'autres branches pour lesquelles la seule solution semble parfois de souscrire, puis d'attendre un nombre d'années suffisant (que l'on pense au risque spatial, ou au risque de pollution...);

– la réflexion sur la maîtrise du risque catastrophique est également très avancée, les banques ayant développé des outils de plafonnement de leurs pertes (*stop-loss*), mesuré leurs coûts, testé leurs défauts.

On pourrait dire que, dans ce domaine, l'assureur bénéficie gratuitement de tout le savoir-faire accumulé par le banquier, un peu comme en assurance vie le banquier exploite à coût très faible l'expérience accumulée à grand-peine par l'assureur...

#### V. LE PROBLÈME DU RISQUE MORAL

Pour être assurable, un risque doit être un événement aléatoire, indépendant de la volonté des parties. L'existence d'un - risque moral - permettant à l'assuré d'agir sur son risque à l'insu de l'assureur rend ce risque inassurable. Qu'en est-il à cet égard du risque de change ?

Il est clair que le risque de cours échappe à l'assureur comme à l'assuré (du moins dans le cas étudié ici des garanties de change : ce pourrait être différent sur des marchés plus étroits, donc manipulables par un ou plusieurs opérateurs).

En ce qui concerne les risques de date et de montant, le problème est plus délicat, même si les garanties de change de la Coface s'appuient sur l'existence d'un tiers, le client, et sur un événement que ne maîtrise pas l'entreprise, la facturation en devises. La garantie ne joue que si l'assuré a enregistré le flux commercial en devises qu'il anticipait.

Comment éviter que l'assuré - oublie - de déclarer des contrats gagnés qui l'obligeraient à reverser un bénéfice de change ; ou, au contraire, déclare des flux de commandes factices pour encaisser des indemnités ? Cette question a été résolue par la Coface de plusieurs façons, certaines traditionnelles dans l'assurance, d'autres plus originales :

– des contrôles sur documents ; la Coface a le droit de contrôler sur pièces dans l'entreprise, et demande des déclarations mensuelles des facturations, à

une date où l'assuré ne sait pas encore si la garantie sera gagnante ou perdante, puisqu'il ne connaît pas encore son cours de paiement ;

- des contrôles statistiques permettent d'identifier des exportateurs dont les résultats techniques seraient anormalement déséquilibrés ;
- une globalisation des relations : il est nécessaire de soumettre l'ensemble d'un courant d'affaires à la garantie.

Après un an de fonctionnement des garanties Cime, les tests sont satisfaisants, les garanties ne sont pas tournées.

## **VI. QUAND L'ENTREPRISE A-T-ELLE INTÉRÊT À RECOURIR À DES PRODUITS D'ASSURANCE DU RISQUE DE CHANGE ?**

Qui dit coexistence entre instruments d'assurance et instruments de terme dit arbitrage du client entre ces instruments. Les produits d'assurance ont clairement des atouts, comme le montre le succès des produits de la Coface, et notamment de la gamme Cime : 300 entreprises assurées en moins d'un an. Quatre critères sont les plus fréquemment cités par les assurés de la Coface.

### **1. La complexité du risque de change**

Le premier critère de pertinence des produits d'assurance du risque de change est que le risque à couvrir présente un minimum de complexité.

Face à un risque complexe, l'entreprise qui recourt à des instruments de terme peut se retrouver mal couverte de deux manières : en appréciant incorrectement le risque initial, certains risques se trouvant non couverts, ou en adoptant une couverture inadaptée, qui fonctionne dans certaines situations et pas dans d'autres, et lui créera des risques nouveaux sur ses couvertures.

Si le risque de change s'assimile au seul risque de cours, l'assureur est toujours moins efficace que le marché. Mais l'entreprise facturant en devises est pratiquement toujours exposée aux risques de date ou de montant, ce qui lui impose une approche « tous risques », qui valorise le produit d'assurance. L'échec d'une offre commerciale peut amener à la disparition partielle ou complète du sous-jacent qui justifiait l'opération de couverture ; l'entreprise couverte par une vente à terme, en cas de hausse de la devise, devra racheter ses devises plus cher qu'elle ne les avait vendues, et sa perte peut être énorme. Au contraire, les garanties autorisent l'exportateur, en cas de réduction de ses ventes, à sortir de la garantie.

### **2. La sécurité de mise en œuvre**

Face à un risque un tant soit peu complexe, une couverture par instruments de marché s'appuiera sur des instruments mixtes, combinant produits fermes (ventes à terme) et produits optionnels. Leur gestion est complexe, et cette

complexité crée d'autres risques, techniques, comptables, fiscaux... La gestion d'une garantie est au contraire simple et sans surprise. Cet atout de sécurité de l'assurance pourrait se développer, alors que la devise concerne un nombre croissant d'entreprises et qu'on assiste à une prise de conscience de l'ampleur des risques de marché dans beaucoup d'organisations.

### 3. La souplesse

Les garanties de la Coface comportent certaines souplesses (taux de reversement du bénéfice de change, choix des dates de couverture...). En revanche, la couverture par l'assurance est irrévocable. Cela tient au « risque moral » et au caractère équilibré de l'aléa couvert, qui peut présenter des gains ou des pertes : il serait impossible d'équilibrer la garantie de risques symétriques si l'assuré pouvait s'en délier dans les cas où elle lui impose un reversement à l'assureur. Il est donc moins facile de « sortir » d'une couverture par l'assurance que d'une couverture par instruments de marché à terme, instruments en principe liquides, qui peuvent être revendus par l'entreprise indépendamment du sort du risque qu'ils étaient censés couvrir.

Cette rigidité de l'assurance est parfois ressentie comme moins valorisante pour le gestionnaire. Mais la liquidité des instruments de marché ne rassure pas toujours les directions générales, en rendant difficile le contrôle financier des activités de couverture. Des ventes d'options ou le dénouement anticipé d'opérations de couverture (sans que le risque qui les motivait ait disparu) peuvent artificiellement et temporairement améliorer des résultats.

On peut finalement résumer ce qui précède en distinguant trois cas de figure :

- si les risques de change à couvrir sont très simples, un instrument de terme est en général suffisant, et cela, que l'entreprise ait une gestion financière sophistiquée ou non ;
- si les problèmes sont plus complexes et l'entreprise peu familière de la gestion d'instruments de marché sophistiqués, le recours à l'assurance est à recommander ;
- si les problèmes sont plus complexes et l'entreprise aguerrie, les deux types d'instruments peuvent être utilisés de façon concurrente ou couplée.

L'entreprise s'en remettant aux instruments de marché doit avoir vérifié qu'elle n'a minimisé ni la complexité de ses propres risques, ni la complexité des instruments qu'elle utilise, ni l'importance des risques « annexes » sur couvertures, susceptibles de la mettre en risque de change inverse. La décision de couverture est souvent partagée entre un financier et un commercial, et le financier n'anticipe pas tout ce que sait le commercial : qu'un contrat peut être interrompu, qu'un chantier peut déraiser, qu'un litige peut survenir...

Une évolution assez classique est celle où l'entreprise commence par cerner assez grossièrement son risque de change et à le couvrir par des instruments de marché simples. Identifiant progressivement mieux son risque (apprentissage

éventuellement fait d'erreurs coûteuses...), l'entreprise va se doter d'instruments de marché composites, de plus en plus sophistiqués, dont elle va découvrir dans une troisième phase qu'ils sont difficiles à gérer.

#### **4. Les coûts**

Supposons une entreprise sophistiquée financièrement, confrontée à un risque de change suffisamment complexe. Son ultime critère de choix sera bien évidemment le coût de sa couverture. Les primes de l'assureur et les prix des instruments de marché sont très différents, tout simplement parce qu'ils ne correspondent pas au même service.

Les garanties Coface coûtent en moyenne entre 0,5 et 1 % des flux assurés, soit un prix supérieur à celui d'une vente à terme, mais sensiblement plus faible que celui de produits optionnels. Il est logique que la garantie Coface, qui couvre les risques de cours, de date et de montant, et autorise éventuellement l'entreprise à conserver une partie de son bénéfice de change, soit plus chère que la vente à terme qui ne couvre que le risque de cours et reprend tout le bénéfice de change. La mutualisation effectuée par l'assureur et que l'on a décrite ci-dessus explique symétriquement que l'assurance soit moins chère que les produits optionnels.

Il n'est pas sûr que beaucoup d'entreprises ayant recours à des instruments de terme sophistiqués fassent en permanence mieux qu'une assurance, ni même qu'elles aient les moyens de mesurer très précisément le coût réel de leurs couvertures, ceci expliquant parfois cela...

#### **CONCLUSION**

L'exemple du risque de change montre que l'assureur peut apporter aux entreprises, à partir d'une logique technique propre, des produits différents des produits de terme.

Il s'agit moins d'une concurrence que d'une émulation entre les assureurs et les banquiers : les logiques de l'assureur, mutualisateur du risque, et du banquier, courtier et « assembleur » de produits de terme de plus en plus sophistiqués, sont suffisamment différentes pour qu'il y ait place pour tous. Et les banquiers ont finalement intérêt à développer la prise de risques en devises : une entreprise qui ose facturer en devises, qu'elle soit confortée par une assurance ou par des instruments de marché, est un meilleur client pour les banques.

Cette « émulation » pourrait-elle être transposée dans d'autres secteurs ?

Jusqu'ici le partage avait été clair : à l'assurance, les risques dissymétriques, les « catastrophes » diverses et variées ; aux marchés à terme, les risques symétriques, les évolutions de prix au sens le plus large.

Une zone ancienne de coexistence est le risque de crédit, politique ou

commercial, où l'on rencontre à la fois la logique de l'assureur (couvrant par un taux de prime le risque du prêteur) et celle du marché (affichant dans un *spread* de taux d'intérêt ce même risque). L'assurance crédit présente d'ailleurs l'un des éléments d'un risque symétrique, celui d'une communauté de risques et de gains entre l'assureur et l'assuré : l'un et l'autre se partagent une partie de la marge sur les bons assurés (la prime est un pourcentage du chiffre d'affaires assuré) et une partie des défauts de paiement sur les mauvais (l'assuré conserve un certain pourcentage de chaque sinistre).

Mais la « zone de coexistence » entre instruments d'assurance et instruments de terme pourrait s'étendre.

Les banques ont su s'appuyer sur le développement fantastique des produits de terme pour se présenter de moins en moins comme des « prêteurs », et de plus en plus comme des « assureurs », c'est-à-dire comme des institutions couvrant des risques. La dernière campagne de publicité internationale de Bankers Trust s'est ainsi faite sur le thème du « risque, qui accompagne pratiquement tout ce qui vaut la peine d'être possédé », et sur la capacité unique de Bankers Trust à « couvrir pratiquement tout risque global ».

Les produits de terme sont aujourd'hui essentiellement financiers : mais un développement des produits de marché à terme sur des risques dissymétriques est possible.

Les experts du Chicago Board of Trade annoncent périodiquement le lancement de contrats de terme sur polices d'assurance ; ils ont bien vu l'intérêt pour les assureurs de pouvoir céder les risques qu'ils ne souhaitent pas conserver - en continu - sur un marché, plutôt que ponctuellement par des traités de réassurance : on a dit plus haut (III) comment l'adossement sur le marché peut jouer le rôle d'une réassurance. Mais ces recherches se heurtent à une difficulté majeure : la difficulté à trouver des contreparties à des assureurs qui seront tous « dans le même sens ». Les intervenants voudront céder du risque, bien peu voudront en acheter. Le lancement du contrat sur tempêtes à la fin de 1992 a plutôt été un échec. L'approche suggérée ici revient simplement à renverser la perspective, pour développer l'assurance à partir du marché plutôt que l'inverse. Cette voie nous paraît nettement plus prometteuse.

Face au dynamisme des banques, il faut espérer un dynamisme symétrique des assureurs, et un renforcement de l'assurance dans le domaine des risques de marché. L'analyse des garanties du risque de change montre que ce renforcement est possible. L'émulation entre instruments de terme et instruments d'assurance jouera d'autant mieux que les assureurs sauront faire preuve dans la couverture des risques de marché d'une imagination et d'une technicité équivalentes à celles qu'ont développées les banquiers depuis dix ans ■

# APPROCHE SYSTEMIQUE

## du risk management dans l'entreprise

**MOTS CLEFS :** *organisation structurale* • *synchronisation* • *feed-back* • *intégration du temps* • *efficience* • *efficacité* • *résilience* •

Toute entreprise est un système dont les acteurs agissent et réagissent les uns envers les autres. Ensemble, ils doivent aussi harmoniser les actions et les réactions envers leur environnement. Incertitude et vulnérabilité accompagnent leur comportement et fondent les risques auxquels le système est confronté. Le risk management, souvent mal traduit en français par « maîtrise des risques », doit être pensé par tous les participants au système, depuis la direction générale jusqu'aux niveaux les plus bas de l'entreprise. Afin d'éviter et de mieux contrôler les risques et leurs conséquences, il importe donc que celle-ci soit pensée en tant que système. François Settembrino attribue également au risk management une mission de « résilience » pour faire en sorte que le système résiste aux chocs et aux événements perturbateurs.

Il y a quelques années, K. Y. Douglas, M. de Kempeneer et S. Vandendorre ont fait paraître une étude dans *Athena* (n° 54) sur l'« organisation systémique en temps réel ». Leur document attribuait à un « système » les caractéristiques suivantes : « Un système se caractérise par son organisation structurale et fonctionnelle. Son organisation structurale lui confère sa réalité spatiale. Des éléments dispersés dans l'espace créent le vide et perdent leur interactivité et leurs potentialités. Le système assure les échanges de matière, d'énergie et d'information entre toutes ses sous-unités, grâce à ses réseaux de communication (artères, nerfs, canaux, moyens de télécommunications). L'intégration du temps par les systèmes ouverts (non isolés), en équilibre dynamique, résulte de leur organisation fonctionnelle, supervisant leurs échanges avec l'environnement. L'absence de cette synchronisation (intégration du temps) des flux d'échanges provoque l'interruption des mouvements du système par excès ou par défaut en raison du caractère explosif et/ou quasi nul de ses échanges. Cette synchronisation est assurée, dans un système complexe, grâce aux boucles de

\* Président de l'Association européenne des assurés de l'industrie.

rétroaction positive et négative, activant ou inhibant les échanges de manière à lui sauvegarder son équilibre dynamique. Ces boucles elles-mêmes dépendent des centres de décision (système nerveux central, direction, gouvernement) qui régularisent et modulent les échanges entre le système et son environnement. Ces centres supervisent la qualité et la quantité des échanges dans le temps, en considérant que le développement des systèmes complexes ne se résume pas à une accumulation de matière et d'énergie, mais plutôt à une organisation des matières sélectivement échangées en des unités de production au service du système en harmonie avec son environnement. En conclusion, un système, au sens général du terme, est toute organisation qui intègre l' "espace-temps" et qui, ainsi, se permet le mouvement et le développement dans l'environnement, tels que cellule, organisme, entreprise, société, ville, pays. •

En y greffant certaines des réflexions de Gérard Muller<sup>1</sup> sur l'approche systémique en matière de formation et en y incorporant la notion de risque, on pourrait compléter certaines idées de Jean-Louis Lemoigne<sup>2</sup> de la façon suivante.

## **I. L'ENTREPRISE DANS LA SOCIÉTÉ : UN SYSTÈME PARMIDI'AUTRES**

### **1. Milieu ambiant**

Tout système échange avec son milieu différents flux (informations, obligations, produits, risques). Il est influencé par le milieu et agit sur lui : quelles sont ces interactions ? Quelle est leur valeur ? Où sont les risques ?

### **2. But du système**

Tout système est constitué d'un ensemble d'éléments en interaction orientés vers la raison d'être du système, son but. Tout élément est finalisé par sa contribution à l'ensemble. Chaque élément tient-il sa place dans l'ensemble ? Chaque élément participe-t-il au risque ? Et si oui, l'incorpore-t-il dans sa contribution à l'ensemble ?

### **3. Transformation**

Tout système en action met en œuvre ses ressources pour produire sur les flux d'entrée les changements prévus : c'est la mission du système. Le ou les risques en font partie.

### **4. Produit**

Le produit désigne le résultat de la transformation, identifié par l'écart entre l'état d'entrée et l'état de sortie. Le changement peut-il être observé ? Les risques ont-ils augmenté ou diminué ?

1. - *Gestion 2000*, n° 6, 1991.

2. - *La Théorie du système général*, Paris, PUF, 1977.

## 5. Pilotage

Le pilotage est l'intervention sur les éléments (variables d'action) permettant le guidage du dispositif (vers la réalisation de ses objectifs) : d'où, en risk management, élimination, réduction, transfert et financement des risques. Existe-t-il un pilote ? Est-il actif, même à l'égard des risques ?

## 6. Information en retour

Le système comprend un dispositif d'information renseignant sur l'état du système. Il véhicule cette information vers le centre de pilotage. Les capteurs de contrôle sont-ils en place ? Saisissent-ils ce qui est utile ? Prennent-ils les risques en considération ?

## 7. Régulation

Le système est aussi doté d'un dispositif d'intervention sur ses composantes, visant à stabiliser la réalisation des objectifs au niveau défini, guidé par l'information en retour (rétroaction). L'information en retour est-elle utilisée pour agir ?

## 8. Anticipation/résilience

C'est la fonction assurée par le dispositif d'information anticipant les évolutions de l'environnement. Elle déclenche préventivement les réactions d'adaptation du système. Le dispositif d'action préventive fonctionne-t-il ? Comme l'anticipation (futurologie) n'est pas toujours possible, le système est-il entraîné afin de déclencher les réactions d'adaptation même dans les cas non prévus ?

Voilà bien dans quel contexte doit se vérifier la philosophie du risk management ; ce qui est assez curieux, c'est que l'individu accepte assez facilement de considérer son propre organisme comme un système. A l'origine, et on peut remonter au temps des premiers humains, il se contentait de relations simples avec son environnement – se vêtir, se nourrir – et n'avait qu'une perception assez limitée de son propre système interne ; néanmoins, et même sans rien savoir de sa propre physiologie, il se considérait comme un tout, changeant, évolutif et réactif. Trop manger lui laissait le même sentiment de lourdeur qu'aujourd'hui, même si sa résistance à l'encombrement gastrique était probablement bien supérieure à la nôtre. En revanche, du côté collectif, les systèmes simplifiés de vie en commun, famille, clan, tribu, semblaient fonctionner de manière quasi automatique. Nous n'avons pas d'historiens d'époque pour nous en parler, mais les groupes de type primitif que nous pouvons encore observer de nos jours présentent tous des caractéristiques systémiques évidentes, réglant le groupe envers lui-même, et le comportement de ce même groupe envers l'extérieur du groupe.

Dans les organisations collectives que sont nos entreprises, la situation n'est plus aussi claire. On semble avoir perdu la nécessité d'un rapport de coexis-

tence et donc d'interdépendance entre les composants : la conséquence directe en est l'absence de feed-back par manque de communication et d'information. Même lorsqu'il y a échange, c'est sur une base appauvrie ou mal répartie : cette sclérose, ou même nécrose, des canaux de communication, externes et internes, empêche le changement, et peut entraîner la disparition de l'organisation.

Cela ressemble fort à certaines dégénérescences nerveuses qui, dans un organisme intact, empêchent les communications de s'établir et aux ordres de circuler. Les actions ou les réactions d'ensemble sont rendues plus lentes, plus faibles ou même inexistantes.

Les nouveaux gourous, américains pour la plupart, lorsqu'ils s'adressent aux entreprises, ne manquent pas de revenir sur la nécessité de considérer l'entreprise comme un tout : comment les humains qui la composent travaillent-ils, et quelles sont les structures formelles et surtout informelles qui les lient ? En conséquence, affirment-ils, il est fondamental de repenser et même de redessiner le ou les systèmes. Toute activité devrait être organisée à partir des résultats, donc à partir d'un but global à atteindre, et non pas en ne considérant que les tâches ou les fonctions séparément. Au management de considérer l'ensemble et d'éviter de raisonner de manière linéaire : il y a du feed-back partout. Pour se mouvoir dans l'espace-temps, un bébé doit faire son apprentissage ; mais lorsque celui-ci sera bien avancé, un feed-back permanent va s'instaurer entre ses sens et son moi, et lui permettre d'évoluer à l'aise, sans grande difficulté, et surtout sans être obligé de faire l'analyse séparée de ce que ses yeux, ses oreilles et son toucher lui apportent comme information.

Pour parvenir à une semblable « harmonie », une organisation humaine, entreprise ou association, ne pourra que réunir les disciplines qui la composent, en rassemblant les acteurs au sein de groupes pluridisciplinaires. Les gourous, dont il est question plus haut n'hésitent d'ailleurs pas à ajouter que ces équipes doivent comporter des acteurs relativement proches les uns des autres, ce qui implique dans les grands ensembles une nécessité de décentralisation, seule garante d'une autonomie suffisante et d'une réelle efficacité. Cette efficacité engendre aussi des gains de temps... Or le temps, c'est de l'argent. Même si cet argent est apprécié à certains endroits de l'organisation – voire *just in time* –, il est encore très rare qu'on aborde les facettes de l'entreprise avec l'idée simple que tout gain de temps, à quelque niveau que ce soit, est profitable à l'ensemble.

Que de procédures, que de rapports, longs et fastidieux, n'ont jamais intégré cet aspect de la question et ont ainsi contribué à dépenser, en pure perte, une énergie qui aurait pu s'utiliser autre part, sans coût supplémentaire ! C'est là que se situe une bonne part du débat entre *efficiency* et *effectiveness*. La langue française les traduit souvent tous les deux par « efficacité ». Or, en anglais, il y a une différence fondamentale entre les deux notions. L'efficacité est la capacité de produire un effet : on est efficace si on produit avec compétence un effet quelconque, avec un rendement suffisant pour l'atteindre, même si cet effet est

inutile. L'efficacité est tout autre chose : l'effet produit doit être utile et s'obtenir avec célérité. Le temps est donc aussi facteur d'efficacité.

A partir de ces considérations, quelles conclusions pouvons-nous tirer à l'égard du risk management ?

## **II. LE RISK MANAGEMENT DANS L'ENTREPRISE**

L'entreprise est un système, nous ne reviendrons pas là-dessus. Mais il s'agit d'un système complexe qui impose une autorégulation et des choix permanents sur les plans économique-financiers et techniques, mais aussi sur le plan social, sans oublier le rôle civique de l'entreprise (l'entreprise citoyenne, comme le disent certains...).

Il n'y a pas que le capital de l'entreprise, mais aussi les humains qui la composent : à tous les niveaux de fonctionnement correspondent des risques spécifiques. Pour n'en citer que quelques-uns, qui induisent un ou plusieurs types de vulnérabilité, citons :

- la propriété intellectuelle (copyrights et *trademarks*) ;
- les immobilisés (immeubles, machines, matériel...)
- l'informatique (défaillances, fraudes) ;
- le juridique (conformité aux lois et règlements, relations contractuelles) ;
- le crédit-caution (à l'égard de l'entreprise, des fournisseurs, des clients, des autorités).

Or il est curieux de constater que peu d'entreprises essaient d'aborder les risques comme faisant partie intégrante du système entier. Cela explique peut-être pourquoi le risk management a trop peu de succès : pour faire partie d'une préoccupation d'entreprise, il doit être global et systémique. Or, pour des raisons de culture ou d'éducation (mais les deux vont de pair), on aborde les risques comme on conçoit l'entreprise. Si l'organisation de l'entreprise est conçue comme une juxtaposition de tubes, où tâches et fonctions sont bien définies et bien délimitées – le tube achat, le tube production, le tube vente et marketing, le tube ressources humaines, le tube juridique... et parfois aussi un tube administration –, il n'y a aucune raison de leur permettre de rétroagir les uns sur les autres. On comprend alors pourquoi on s'évertue à cloisonner les risques en risques spéculatifs et risques purs, pour en arriver très logiquement aux risques assurables et assurés. On comprend mieux, également, pourquoi des entreprises (comme Exxon, Perrier et d'autres) ont accepté de déboursier des sommes astronomiques pour corriger certaines défaillances, alors qu'elles renâclent à dépenser quelques sous pour prévenir ces mêmes défaillances, sauf peut-être parce qu'elles en ignoraient tout simplement la possibilité, ce qui est encore pis. Il se peut que chaque « tube » étant aussi un centre de profit, et donc de frais, on s'y refuse à envisager des dépenses qui ne visent qu'à protéger le système au détriment du résultat immédiat. Il est tout aussi vrai qu'une philosophie financière à court terme se refuse à adopter les mesures à long terme

préconisées par le risk management. C'est un peu comme si un chef de famille refusait de faire vacciner ses enfants à cause de l'impact immédiat sur son *cash-flow* mensuel. Or, sur la ligne du temps, bien malin qui pourra dire si un nonagénaire n'a pas contracté la polio parce qu'il a été vacciné dans le passé ou parce qu'il n'a pas été contaminé !

On peut lire aussi que le risk management doit servir à éliminer, à amoindrir, à prévenir les risques, pour définir ensuite, pour ce qui reste, ce que l'entreprise peut conserver à sa charge – on parle alors de rétention – et ce qu'elle doit ou peut transférer sur d'autres, assureurs compris. On lit plus rarement que le risk management doit aussi permettre au système de continuer à fonctionner, à survivre, dans les cas non prévus : dans le monde complexe où nous vivons, on ne peut tout prévoir ni tout anticiper. Il faut donc entraîner le système à surmonter les difficultés à venir : le risk management a donc aussi une mission de « résilience<sup>3</sup> », laquelle ne peut être obtenue qu'avec l'aide du système entier. En conclusion :

- le risk management concerne l'ensemble du système : il ne peut donc être ramené à la seule question des assurances, et encore moins à un niveau purement financier ;
- le risk management doit contribuer au pilotage du système : erreur de n'en faire qu'une fonction ou une entité subordonnée ;
- l'entreprise n'est pas un système isolé : l'environnement « induit » le système par des échanges permanents. Le risk management ne peut pas être cantonné à l'intérieur du système ;
- l'entreprise est parfois aussi un sous-système : la mode actuelle d'externalité, *just in time*, sous-traitance, joint-ventures, fait participer l'entreprise à un système plus large que son organisation propre. Le risk management doit donc aussi s'en préoccuper, car le système large peut engendrer d'autres types de vulnérabilité. Cette remarque vaut aussi pour les groupes à localisations multiples ;
- le risk management, dans un système, est l'affaire de tous : au risk manager ou à son équipe d'en faire une réalité ;
- sur la ligne du temps, le risk management recouvre le court et le long terme. Pour être efficace, il doit pouvoir fonctionner en temps réel.

Pour d'autres développements, le lecteur voudra bien retourner au début de l'article : voilà donc une « boucle » bien bouclée, puisque de toute façon, comme le disait Pierre De Potter<sup>4</sup>, « *it is the learners that controls what they learn* » ! ■

3. Résilience : en mécanique, résistance d'un métal aux chocs ou capacité de reprendre la forme initiale après une agression extérieure ; exemple : la balle de caoutchouc mousse après compression.

4. « Gestion 2000 », n° 6, 1991.

### **Bibliographie**

- Sur le risk management global, partie intégrale du management d'un système, voir « Toward a Holistic Approach to Total Risk Management », par Yacov Y. Haimès, in *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, n° 64, July 1992, publié par l'Association de Genève, 18, chemin Rieu, 1208 Genève.
- Sur l'efficacité et l'efficience, le qualitatif face au quantitatif et l'équilibre entre les deux, voir « Les gestionnaires face à l'efficacité et à l'efficience », par Jean Nizet, in *Gestion 2000*, n° 1, février 1992.
- Sur les maladies de l'entreprise trop fragmentée et leurs remèdes, voir « Patent Remedies », par Paul Thorne, in *View Point, International Management*, July-August 1992, p. 72.
- Sur la fragmentation, maladie de la science, voir *Science, Order and Creativity*, par David Bohm et F. David Peat, Londres, Routledge, 1987, paru en français sous le titre *La Conscience et l'Univers*, Éd. du Rocher, 1990.
- Sur l'incertitude, inséparable de la notion de risque-complexité et vulnérabilité des systèmes, voir *Les Limites du certain*, par Orio Giarini et Walter R. Stahel, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1990.
- Sur la rapidité, élément essentiel de la stratégie des entreprises gagnantes, voir *Dynosaures et Caméléons*, par Philippe Bloch et Ralph Halabou, Paris, J.-C. Lattès, 1991.



# CHRONIQUES

## Santé

Patrick Warin  
Analyse du plan Clinton

## Retraites

Valérie Leselbaum  
Fonds de pension : la loi italienne

## Livres

Michel Lutfalla  
• Marianne et les Lapins, l'obsession démographique •

Florence Legros  
• L'Age de la vieillesse •

François Ewald  
• 53 Exercices de mémoire, AGF, 1946-1970 •



# ANALYSE DU PLAN CLINTON

**P**ourquoi l'administration Clinton a-t-elle éprouvé la nécessité de proposer une réforme du système de santé américain ? Parce que le système actuel présente trois caractéristiques principales : il est cher, relativement inefficace et très inégalitaire. Tout d'abord, il est cher. Les dépenses de santé ont représenté 800 milliards de dollars en 1992, soit 13 % du PIB. Ce pourcentage est le plus élevé du monde, alors que tous les Américains ne sont pas couverts. Par comparaison, la France consacre 9 % de son PIB à ses dépenses de santé, ce qui est le taux le plus élevé d'Europe, mais la sécurité sociale y est universelle. De plus, ces dépenses de santé augmentent rapidement. Elles ont quadruplé entre 1980 et 1992 et devraient représenter 1 000 milliards de dollars en 1995, si l'augmentation se poursuit au même rythme. Ces dépenses élevées ont de multiples causes. Elles s'expliquent en premier lieu par le prix des soins et des médicaments, qui sont beaucoup plus chers aux États-Unis que dans les pays européens. Mais elles sont dues aussi à la lourdeur du système : les Américains s'assurent auprès de compagnies privées qui ont toutes des formulaires différents, d'où une perte de temps et un coût administratif important pour les médecins et les hôpitaux. En dernier lieu, les nombreux procès intentés aux médecins sont une lourde charge pour tous les acteurs, car les praticiens multiplient les examens de précaution et répercutent sur leurs clients les sommes importantes consacrées à s'assurer.

Bien que coûteux, le système est relativement inefficace, puisque 37 millions d'Américains, soit 14 % de la population, principalement des chômeurs, des artisans et des employés de petites sociétés, ne sont pas assurés du tout, et 22 millions de personnes ont une couverture insuffisante.

Enfin, le système de santé est très inégalitaire. La couverture dépend principalement du statut professionnel. Les salariés des grandes sociétés et leurs familles sont généralement bien couverts, car leur prévoyance est financée par leur employeur, mais ils risquent de perdre leur couverture santé en cas de démission ou de licenciement.

Les salariés des petites sociétés, les artisans et les travailleurs indépendants n'ont pas de couverture sociale. Ils peuvent prendre une assurance individuelle, mais les primes sont élevées et la sélection est sévère. Les coûts sont d'autant plus lourds que les assurés paient pour les soins d'urgence de ceux qui n'ont pas les moyens de s'assurer. Les plus défavorisés et les personnes âgées bénéficient d'une couverture gratuite, Medicaid et Medicare, mais la protection offerte par le Medicare n'est pas totale puisque, actuellement, elle ne rembourse pas les médicaments.

La dernière inégalité concerne la qualité des soins qui est différente selon les régions et les quartiers. Certains hôpitaux sont luxueux, alors que d'autres sont misérables.

\* Directeur des assurances collectives de la Caisse nationale de prévoyance. Membre du comité de rédaction de la revue « Risques ».

## **I. ÉLABORATION DU PLAN CLINTON**

De ce constat découle le projet de réforme du système de santé américain élaboré par Hillary Clinton, épouse du président, en collaboration avec un groupe d'experts. Il a été présenté à la presse et aux Américains en septembre 1993.

Ce programme social, qui est certainement le plus ambitieux depuis la première ébauche de la sécurité sociale américaine en 1935, sous le président Roosevelt, n'a certes rien de définitif.

Dans sa présentation officielle au Congrès le 27 octobre 1993, il comporte déjà des modifications par rapport au projet initial et il peut encore changer beaucoup au cours des discussions entre parlementaires et entre le Congrès et la Maison-Blanche. Le chemin est long à parcourir avant la promulgation d'une loi, et l'élaboration de l'American Health Security Act prendra sans aucun doute beaucoup de temps. De même, la mise en place du système, fixée initialement au 1<sup>er</sup> janvier 1997, a été repoussée d'un an. Cependant, même si le président Clinton admet que des modifications importantes peuvent être apportées au projet, les grandes lignes du plan sont d'ores et déjà tracées et les objectifs resteront les mêmes.

## **II. LES GRANDES LIGNES DU PLAN**

La réforme du système de santé américain a pour objectifs principaux d'assurer à tous une couverture de santé minimale tout en réduisant les coûts du système.

### **1. Description du nouveau système**

L'idée de base de la réforme est de couvrir les besoins - essentiels - ou - de base - des individus en matière de santé. Pour ce faire, tous les Américains recevront une carte de santé (Health Security Card) leur garantissant l'accès à un certain nombre de services durant leur vie entière.

Ces services comprennent les soins hospitaliers, les visites médicales, les examens de laboratoire, les médicaments et les soins de longue durée. Les soins dentaires et les lunettes sont pris en charge pour les enfants de moins de 18 ans. Sont exclus les soins dentaires et les lunettes pour les adultes, ainsi que les services qui ne sont pas médicalement indispensables (chirurgie esthétique, chambre privée). Enfin, les traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques et les soins à domicile sont pris en charge sous certaines conditions de coût et de durée.

Cette généralisation de l'assurance santé doit se faire sans aggravation du déficit budgétaire ni augmentation d'impôt, à l'exception de la taxe sur les tabacs et éventuellement sur l'alcool. Elle ne peut donc résulter que d'une maîtrise des coûts obtenue grâce à une meilleure organisation du marché et à une participation de tous les acteurs de la santé au financement des dépenses.

### **2. Organisation du marché de la santé**

La réforme tend à instaurer une compétition accrue entre les différents prestataires de service – compagnies d'assurances et systèmes de soins – tendant à réduire les coûts sans nuire à la qualité des soins et des services.

La maîtrise des coûts sera facilitée par quatre décisions :

– la création d'un Conseil national de santé. Ce conseil indépendant, composé de 7 membres nommés par le président, définira des standards nationaux et supervisera l'administra-

tion des États sur le nouveau marché. Il établira les budgets (fédéral et régionaux) et surveillera la qualité des services et leurs prix ;

- la création d'alliances de santé. Ces alliances de santé, sortes de centrales d'achats régionales ou professionnelles, négocieront avec les compagnies d'assurances et les professionnels de la santé, afin d'obtenir les meilleurs plans de santé au moindre coût. Ainsi, les entreprises de moins de 5 000 salariés et les travailleurs indépendants pourront bénéficier des mêmes tarifs que les grandes sociétés ;

- le développement des plans de santé. Les plans de santé sont des contrats passés entre les compagnies d'assurances et les fournisseurs de soins. Ces plans pourront prendre la forme de HMO (Health Maintenance Organizations) ou de PPO (Preferred Provider Organizations). Les HMO sont des organismes qui pratiquent une médecine de forfait prépayée. Les assurés sont obligés de s'adresser aux médecins et aux hôpitaux affiliés au réseau. Les HMO sont déjà bien implantées aux États-Unis puisque 47 millions de personnes étaient couvertes par ce système en 1992, en augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente. Le nouveau plan a pour but de renforcer ces organismes, car les études réalisées montrent que les patients adhérant aux HMO passent moins de temps à l'hôpital et dépensent moins pour leur santé que les autres. Les PPO encouragent simplement les assurés à s'adresser aux médecins et aux hôpitaux du réseau en leur proposant des tarifs préférentiels. Ces plans de santé seront tenus d'accepter tous les assurés, quels que soient leur âge et leur état de santé ;

- la responsabilité des États. Les États auront toute latitude pour organiser leur système de soins à l'intérieur du cadre légal. Ils créeront des alliances régionales, certifieront les plans de santé et contrôleront l'adhésion de tous les individus à un plan. Ils devront constituer un fonds de garantie pour pallier la défaillance éventuelle des plans de santé.

### **3. Financement du système**

Une meilleure organisation du marché facilite la maîtrise des coûts, mais ne la conditionne pas totalement. Une plus grande responsabilisation de tous les acteurs de la santé est indispensable pour éviter les abus.

Le mode de financement retenu, qui fait appel aux entreprises, au gouvernement fédéral mais aussi aux individus, contribue à faire prendre conscience à tous des coûts du système.

#### **■ Contribution des entreprises et des salariés**

La contribution des employeurs s'élèverait à 80 % du montant de la prime d'assurance qui serait égale à la prime moyenne des différents plans proposés par l'alliance de santé. La charge de chaque employeur dépendrait de la situation familiale du salarié : une entreprise paierait 80 % de la prime d'un célibataire, mais seulement 40 % de la prime pour une personne mariée dont le conjoint travaille. Les salariés prendraient à leur charge les 20 % restants. Cette mesure a pour but de responsabiliser les consommateurs et de limiter les consommations abusives.

Si les charges des grandes entreprises, qui financent actuellement 100 % de la couverture médicale de leurs salariés, devraient baisser, celles des petites entreprises, qui n'assurent aujourd'hui aucune protection sociale à leurs salariés, augmenteraient brutalement.

De toute façon, pour éviter que ces charges ne mettent les entreprises en difficulté et qu'elles pèsent sur l'emploi, le plan Clinton prévoit que les dépenses de l'employeur pour le financement de l'assurance maladie ne pourraient pas dépasser 7,9 % de la masse salariale d'une entreprise.

Pour les entreprises de moins de 50 salariés, les coûts du régime de prévoyance pour-

raient être limités à 3,5 % de la masse salariale, grâce à des subventions fédérales. De même, le gouvernement fédéral verserait des subventions aux familles dont le revenu est inférieur à 150 % du seuil de pauvreté pour prendre en charge tout ou partie du montant de leur quote-part de prime.

■ *Contribution des travailleurs indépendants*

La totalité de la prime serait à la charge des travailleurs indépendants. Mais elle serait intégralement déductible de leurs impôts sur le revenu.

■ *Contribution du gouvernement fédéral*

Le gouvernement fédéral devrait financer les subventions aux petites entreprises et aux familles les plus défavorisées, déjà évoquées, le nouveau programme de soins de longue durée, le remboursement des médicaments dans le Medicare et l'aide à la mise en place du nouveau système dans les États. Au total, le coût du nouveau plan serait de 350 milliards de dollars pour le budget fédéral.

Malgré cela, le président Clinton estime que la mise en place du nouveau système de santé ne devrait pas aggraver le déficit budgétaire, mais contribuerait même à le réduire. Entre ainsi en ligne de compte une nouvelle taxe sur le tabac qui devrait rapporter 65 milliards de dollars en sept ans selon les nouvelles estimations. Le gouvernement espère également une rentrée fiscale supplémentaire de 51 milliards de dollars provenant d'une augmentation des bénéfices des grandes sociétés consécutive à la baisse de leurs charges de protection sociale. Mais l'essentiel des ressources proviendrait d'économies sur les programmes Medicare et Medicaid pour un montant de 238 milliards de dollars.

Dans le plan présenté officiellement au Congrès, le président a d'ailleurs prévu de réaliser des économies supplémentaires en excluant du Medicare les personnes âgées de plus de 65 ans qui continuent à travailler.

Enfin, la lutte contre la fraude et les abus, ainsi que la simplification des tâches administratives permettraient aussi de réduire les coûts du système.

### III. LES CHANCES DE SUCCÈS DU PLAN CLINTON

Le programme du président Clinton est extrêmement ambitieux, puisqu'il prévoit de généraliser l'assurance santé tout en faisant des économies par rapport au système actuel. On peut dès lors se demander quelles sont les chances de succès de ce plan.

La réussite du plan dépend en premier lieu de l'accueil qui lui est réservé par les différents acteurs de la santé et de leur volonté de faciliter sa mise en place. En second lieu, elle suppose que les prévisions en matière de financement soient réalistes, aussi bien sur le plan de l'estimation des coûts que sur celui des économies possibles.

#### 1. L'accueil réservé au plan

Tout d'abord, un consensus se dégage entre tous les acteurs en faveur d'une réforme du système de santé, car il est de plus en plus difficile d'admettre que plus du quart de la population soit peu ou pas du tout couverte par une assurance santé dans la nation la plus riche du monde.

En dépit de cela, les réactions sont extrêmement mitigées dans l'ensemble, même parmi les consommateurs qui sont les bénéficiaires de la réforme. Les consommateurs sont généralement satisfaits des propositions du président Clinton puisqu'elles augmentent leur

protection. Seuls les salariés des grandes sociétés dont les employeurs prenaient à leur charge 100 % de leur couverture sociale pourraient avoir des raisons de préférer l'ancien système.

Cependant, même ceux-là savent qu'ils sont plutôt gagnants dans le nouveau régime puisque, en cas de démission ou de perte de leur emploi, ils continueront à bénéficier d'une protection sociale. De plus, avant même la présentation de la réforme, un certain nombre d'entreprises avaient commencé à diminuer leurs prestations – suppression de la couverture de leurs retraités, par exemple – ou envisageaient de le faire pour ne pas affaiblir leur compétitivité face à la concurrence étrangère. Toutefois, quelques associations de consommateurs s'inquiètent du risque d'une baisse de qualité des soins due à la compression des coûts et de la perte de leur liberté de choix si les employeurs les obligent à s'affilier à une HMO.

Les entreprises ne forment pas une catégorie homogène. Les grandes entreprises saluent avec enthousiasme la fin d'un système extrêmement coûteux, dans lequel elles payaient directement pour leurs salariés et indirectement pour les individus qui ne bénéficiaient d'aucune couverture. De plus, d'après la proposition, la charge des jeunes retraités – de 55 à 65 ans – ne pouvant pas encore bénéficier du Medicare ne sera plus assumée par les entreprises mais par le gouvernement fédéral. Toutefois, les grandes entreprises devront choisir entre deux systèmes : soit elles garderont leur « couverture maison » (Corporate Alliance) et, dans ce cas, elles verseront une contribution aux alliances régionales (1 % de leur masse salariale), soit elles s'affilieront à une alliance régionale, perdant du même coup leur liberté de négociation. Et, en l'état actuel des choses, il leur est difficile d'estimer le coût respectif des deux solutions. Mais, globalement, les grandes entreprises sont largement bénéficiaires dans le nouveau système de santé et elles ont bien accueilli le plan Clinton.

En revanche, les petites entreprises, qui se voient désormais dans l'obligation de financer la couverture sociale de leurs salariés, s'inquiètent de l'alourdissement de leurs charges. Les déductions fiscales et les subventions fédérales accordées aux PME-PMI pendant les dix premières années à hauteur de 70 milliards de dollars devraient limiter cette charge à 3,5 % de la masse salariale, mais, pour certaines entreprises, ce surcoût pourrait être insupportable et entraîner des suppressions d'emploi. La limitation des subventions, annoncée lors de la présentation au Congrès le 22 octobre, n'est pas pour les rassurer.

Les compagnies d'assurances s'élèvent contre le projet Clinton. En effet, le plafonnement des primes d'assurance, la pression des alliances pour baisser les coûts, l'extension de la couverture à des sujets à risques non assurés actuellement conduisant à une plus forte mutualisation et la suppression des clauses restrictives contenues dans la plupart des contrats vont fortement diminuer les marges des compagnies d'assurances.

La concurrence sévère provoquée par ces transformations devrait entraîner la disparition d'un certain nombre de petites compagnies et modifier sensiblement le paysage de l'assurance santé aux États-Unis.

Seules les plus grandes compagnies habituées à négocier avec les employeurs et les médecins et à conclure des plans de santé pourront rester compétitives. Cependant, même les grosses compagnies doivent réfléchir aux moyens de réduire les coûts, par une meilleure gestion des techniques de remboursement par exemple, mais aussi et surtout grâce à la prévention, dont le développement est un atout majeur dans la maîtrise des dépenses de santé.

Les professionnels de la santé ont beaucoup à gagner de la réforme du système de santé. Ils auront maintenant la certitude d'être payés pour leurs soins, ce qui n'était pas toujours le cas auparavant. De plus, l'augmentation de la consommation en raison de la généralisation de la couverture et la baisse des coûts administratifs provoquée par la standardisation des formulaires leur sont favorables.

Cependant, beaucoup s'inquiètent de la « socialisation » du système de santé, de la perte de liberté et de la dégradation de la qualité des soins qui risque d'en résulter. La nécessité, par exemple, d'exercer dans des HMO, avec la baisse des honoraires que cela implique pour certains, explique la réticence des médecins à l'égard du plan Clinton. D'ailleurs, la principale association de médecins, l'American Medical Association, regroupant 670 000 médecins et 40 000 étudiants, conteste plusieurs points du plan.

Les laboratoires pharmaceutiques font figure de grands perdants dans cette réforme. Le fait d'inclure le remboursement des médicaments dans la couverture des personnes âgées ne devrait pas compenser, loin s'en faut, la baisse des prix des médicaments. Le lobby de l'industrie pharmaceutique annonce déjà 70 000 licenciements et insiste sur l'effet dommageable de la baisse des prix sur le financement de la recherche, donc sur l'innovation. La position des puissants laboratoires pharmaceutiques risque de peser lourd dans le débat au Congrès.

Enfin, même si la majorité des parlementaires souhaite une réforme du système de santé, un certain nombre d'entre eux s'élève contre le projet Clinton. Les républicains le jugent trop ambitieux et surtout peu réaliste en terme de financement, tandis que certains démocrates estiment qu'il ne donne pas de moyens suffisants à l'État fédéral pour le faire appliquer.

Le plan Clinton est donc encore loin de faire l'unanimité et il va faire l'objet de nombreuses discussions avant d'être adopté.

## **2. Le réalisme du financement du plan**

Les chances de succès de la réforme du système de santé dépendent aussi de l'exactitude des prévisions budgétaires. Alors que les pays européens remettent en question l'État-providence et la prise en charge totale des dépenses de santé, les États-Unis font le pari de généraliser la couverture tout en maîtrisant les coûts.

Ce pari semble irréaliste pour la plupart des observateurs. Lors de la parution du projet initial, les opposants au plan avaient fait connaître leur scepticisme quant à la possibilité de réaliser des économies, notamment sur les programmes Medicare et Medicaid, surtout si l'on tient compte des nouvelles mesures prises pour rembourser les médicaments des personnes âgées.

D'ailleurs, même les auteurs de la réforme semblent donner raison aux critiques, dans la mesure où le nouveau projet présenté au Congrès le 27 octobre diffère sensiblement du plan révélé à la presse le 22 septembre, en particulier sur l'estimation des coûts induits et des économies espérées. Les révisions apportées au projet initial prouvent que les coûts ont été sous-estimés et les prévisions de recettes trop optimistes.

Le projet officiel présenté au Congrès le 27 octobre prévoit en effet une diminution du déficit budgétaire fédéral de 58 milliards de dollars de 1994 à l'an 2000 au lieu des 91 milliards de dollars prévus en septembre. Cette modification provient essentiellement d'une révision à la baisse des sommes rapportées par la taxe supplémentaire sur le tabac, qui devraient s'élever à 65 milliards de dollars au lieu des 105 milliards de dollars sur lesquels le gouvernement tablait en septembre.

Pour compenser les pertes de recettes, Bill Clinton a décidé de limiter les subventions prévues pour aider les PME à financer la couverture de leurs salariés, et les Américains les plus défavorisés à souscrire une assurance. En contrepartie, si les employeurs doivent toujours financer 80 % des dépenses, le président a accepté de plafonner la cotisation payée par le salarié à 3,9 % des revenus pour protéger les bas salaires. Ces mesures risquent de peser sur les petites entreprises et suscitent une inquiétude supplémentaire chez les

PME-PMI. L'exclusion du champ de couverture de Medicare des personnes âgées de plus de 65 ans qui continuent à travailler permettrait de faire des économies supplémentaires. Par ailleurs, la généralisation de la couverture santé des Américains a été repoussée d'un an.

Ces modifications apportées très rapidement après la première présentation du plan confortent les différents protagonistes dans l'idée que l'évaluation des coûts n'a pas fait l'objet d'une étude assez approfondie et que le financement de la généralisation de la couverture santé ira de pair avec une aggravation du déficit budgétaire ou une augmentation des impôts.

## **CONCLUSION**

En tout état de cause, même si le nouveau système de santé fait l'objet de critiques et si son financement est loin d'être assuré, le principe de la couverture obligatoire et universelle est clairement posé. Le président Clinton est, selon ses propres termes, « ouvert à toute modification du projet », mais il n'acceptera aucun compromis sur le principe lui-même.

Après des années de libéralisme et de système assurantiel, les États-Unis rejoignent ainsi la philosophie des régimes sociaux européens. Hillary Clinton a d'ailleurs étudié le système français pour mettre sur pied sa réforme.

Le désengagement actuel des gouvernements européens de leur régime de santé n'est contradictoire qu'en apparence avec l'évolution initiée aux États-Unis. Il a au contraire pour conséquence de rapprocher le modèle européen du nouveau système américain dans la mesure où il récuse l'idée que l'État doit couvrir tous les besoins des individus en matière de santé et où il cherche à responsabiliser les assurés. Dans les deux cas, le rôle de l'État est d'assurer la couverture des « besoins de base » dont la définition est à peu près la même des deux côtés de l'Atlantique. Mais il laisse à chaque individu la charge des soins qui ne sont pas essentiels, avec la possibilité de souscrire une assurance complémentaire pour couvrir ces derniers.

Les deux systèmes reposent également sur des modes de financement très semblables. Les cotisations des employeurs et des salariés fournissent l'essentiel des ressources et sont complétées par l'impôt pour tout ce qui relève de la solidarité : couverture des RMistes en France et des plus défavorisés aux États-Unis.

Toutefois, les exemples européens devraient donner à penser aux responsables américains. En effet, mis à part l'Allemagne, aucun pays occidental n'a réussi à freiner la dérive de son système de santé et à rétablir l'équilibre financier. On peut se demander pourquoi et comment les États-Unis réussiraient là où la France et les Pays-Bas ont échoué jusqu'à présent et si la généralisation de la couverture n'est pas synonyme de dérive des coûts ■



# FONDS DE PENSION :

## la loi italienne

**L**Italie, comme certains de ses voisins européens, s'est dotée d'un système de retraite de base géré selon le principe de la répartition et d'un système de retraite complémentaire privé facultatif. Le système de base est composé, d'une part, d'une pension versée pendant la durée de la retraite et, d'autre part, d'une indemnité de départ à la retraite (TFR). Jusqu'à présent, la générosité des prestations de la Sécurité sociale n'a pas favorisé le développement des caisses de retraite privées. Mais, en raison des déséquilibres croissants – montée du chômage, faible croissance et évolution de la démographie –, le coût des pensions publiques ne cesse de grimper. C'est pourquoi, depuis le 21 avril 1993, l'Italie, pour alléger son système de retraite publique, s'est dotée d'un cadre réglementaire et législatif concernant les fonds de pension privés. Cette expérience intervient à point nommé pour le débat actuel en France sur les modes de financement des retraites et, en particulier, sur la création envisagée des fonds de pension. D'autant qu'elle pose, comme nous le verrons, un certain nombre de questions. Avant d'analyser, en ce sens, la législation italienne récente, nous rappellerons les principales caractéristiques d'un fonds de pension.

Un fonds de pension est « une institution financière autonome chargée de collecter et d'investir des actifs dans un cadre indépendant de la société commanditaire, afin d'assurer à l'adhérent la possibilité de bénéficier d'un financement complémentaire pour sa retraite »<sup>1</sup>. Le fonds de pension est facultatif et géré selon le principe de la capitalisation. Il existe essentiellement deux types de fonds de pension. « Ceux à prestations définies, dont le commanditaire du fonds garantit aux adhérents un complément de retraite égal à un pourcentage fixé de leur salaire, sur la base du nombre d'années de travail effectué. Dans ce cas, les risques des investissements sont supportés par l'employeur. Par contre, pour les régimes à cotisations définies, ce sont les employés qui supportent le risque, puisque, à terme, après avoir versé un pourcentage fixe de leur salaire à une caisse, ils percevront un complément de retraite en fonction du rendement de leurs investissements »<sup>2</sup>.

Après ce bref rappel, portons attention à la récente législation italienne.

### I. LES BÉNÉFICIAIRES POTENTIELS DES FONDS DE PENSION

On peut regrouper en deux grandes catégories les bénéficiaires potentiels de ces fonds : salariés à plein temps, travailleurs indépendants et professions libérales.

La loi préconise que, dans le cadre des fonds parrainés, seuls les travailleurs indépendants et les professions libérales ont accès aux régimes à prestations définies, alors que les régimes à cotisations définies sont ouverts à tous (tableau 1).

\* Chargée de recherche à Alpha assurance (Axa), doctorat d'économie sur la retraite en cours sous la direction de Denis Kessler (université Paris X-Nanterre), en collaboration avec le laboratoire Thema (CNRS).

1. Revue trimestrielle de l'Association d'économie financière, n° 23, hiver 1992.

2. - Le Financement des retraites. La gestion du partage et des risques -, p. 289, G. S. Zavvos.

**Tableau 1 : souscripteurs et prestations relatifs aux fonds de pension**

|  | FONDS PARRAINÉS (1)   |   | FONDS OUVERTS   |
|--|---|---|---|
| Souscripteurs autorisés  | Salariés à plein temps  | Travailleurs indépendants<br><br>Professions libérales                    | Salariés à plein temps<br>travailleurs indépendants<br>et professions libérales                   |
| Organismes à l'origine des fonds   | Salariés et employeurs dans le cadre d'accords de travail collectifs<br><br>Salariés (2)<br><br>Entreprises (3) | Syndicats et associations   | Banques<br><br>Compagnies d'assurance<br><br>Institutions gérant les régimes publics<br><br>OPCVM |
| Nature des prestations (4)   | Cotisations définies<br><br>Rendement garanti   | Cotisations définies<br>Rendement garanti (5)<br>Prestations définies (6) | Cotisations définies<br>Rendement garanti<br>Prestations définies                                 |
| <p>(1) Fonds parrainés par des entreprises, des syndicats, ou des associations.<br/>                     (2) Quand il n'existe pas d'accord entre employés et employeurs.<br/>                     (3) Quand il n'existe pas d'accord national, entre entreprises, ou d'accord collectif entre les salariés et les employeurs.<br/>                     (4) Les prestations doivent être payées en annuités, sauf demande explicite des souscripteurs pour le versement d'un capital (à condition que le montant versé n'excède pas 50 % du capital d0).<br/>                     (5) Ces contrats garantissent un rendement minimal des cotisations des souscripteurs.<br/>                     (6) En fonction du niveau de revenu avant la retraite ou le plan de retraite obligatoire.</p> |   |   |   |

Selon la situation des bénéficiaires, le mode de l'adhésion à ces fonds est différent. Pour les salariés à temps plein, elle se fait par le biais d'accords nationaux, par branche d'activité ou par des accords mis en place par les syndicats dans les conventions collectives. Pour les travailleurs indépendants et les professions libérales, les accords sont établis par des associations professionnelles.

En revanche, s'il n'existe aucun accord préalable, des institutions financières précises sont autorisées à créer des fonds ouverts dits - open funds -.

## II. LES CONDITIONS ET LE MODE DE DISTRIBUTION DES PRESTATIONS

Pour percevoir ces prestations, le bénéficiaire doit avoir atteint l'âge légal de la retraite et cotisé au moins cinq ans. Cependant, les fonds de pension peuvent bénéficier à un individu sur le point de cesser son activité à condition qu'il ait cotisé au moins trente-cinq ans à la Sécurité sociale et au moins quinze ans au fonds et qu'il soit à moins de dix ans de l'âge légal de la retraite.

Ce même adhérent pourra choisir entre deux options pour percevoir sa prestation. Celle-ci pourra lui être versée soit sous forme d'annuités (rente annuelle), soit sous forme d'un capital à condition que son montant n'excède pas 50 % du capital total accumulé. Nous verrons ci-dessous les répercussions fiscales de ces deux options.

### III. LES INSTITUTIONS HABILITÉES À GÉRER CES FONDS

Comme les fonds de pension ont été créés, à l'origine, pour sauvegarder les prestations de retraite futures des adhérents, indépendamment du sort de l'entreprise commanditaire, il paraît logique que leur gestion soit confiée à des institutions extérieures.

Il s'agit principalement de banques, de compagnies d'assurances, de sociétés d'investissement, d'organismes de placement de valeurs mobilières (OPCVM) et de sociétés gérant déjà les régimes publics.

La loi émet deux restrictions : seules les compagnies d'assurances peuvent gérer les contrats à prestations définies et seuls les OPCVM peuvent gérer les contrats de cotisations définies des fonds ouverts (tableau 2).

**Tableau 2 : institutions autorisées à gérer les fonds de pension**

|                        | FONDS PARRAINÉS<br>(entreprises, associations) |                         | FONDS OUVERTS           |                         |
|------------------------|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                        | Cotisations<br>définies                        | Prestations<br>définies | Cotisations<br>définies | Prestations<br>définies |
| Banques                | oui  |                         | oui                     |                         |
| Compagnies d'assurance | oui  | oui                     | oui                     | oui                     |
| Institutions publiques | oui  |                         | oui                     |                         |
| OPCVM                  |  |                         | oui                     |                         |

Ces restrictions paraissent aller contre la directive européenne du 12 novembre 1991 qui vise à assurer que les lois et les règlements adoptés par les États membres n'empêchent pas la libre circulation du capital ou la libre offre de services au sein de l'Union européenne. Par ailleurs, l'autorisation donnée aux institutions publiques de faire partie des organismes autorisés à gérer des fonds soulève le problème de l'indépendance des fonds. En effet, par ce biais, les autorités gouvernementales pourront opérer à la fois à un niveau public (Sécurité sociale) et au niveau privé (retraites complémentaires issues des fonds de pension). De plus, les institutions publiques ne sont soumises à aucun contrôle, contrairement aux autres intervenants agréés.

On peut suggérer que la loi devrait au moins stipuler la mise en place de structures indépendantes au sein de ces institutions publiques, pour éviter de mêler la gestion des cotisations publiques, qui sont structurellement déficitaires, et celle des cotisations privées, qui ont pour vocation d'accumuler de larges montants d'actifs.

### IV. PROCÉDURES DE VERSEMENT

#### 1. Montant des cotisations

Le montant des cotisations versées au titre des régimes de retraite complémentaire ne peut excéder 10 % de la rémunération annuelle des salariés (qui sert actuellement de base au TFR indemnité de départ à la retraite). Cependant, le rendement des fonds de pension sera probablement plus important que celui des fonds publics dont les cotisations s'élèvent à 27,27 % de la rémunération annuelle, compte tenu de la différence du système employé (principe de répartition pour les fonds publics, et principe de capitalisation pour les fonds privés).

## **2. Souscripteurs possibles**

Ces cotisations peuvent être versées par les employés et les employeurs selon les dispositions préalablement définies dans les statuts des fonds. Comme la création d'un fonds dans une entreprise est facultative, et pour ne pas faire peser le poids intégral des cotisations sur les salariés, la loi a donné la possibilité aux entreprises d'utiliser une partie du montant du TFR pour s'acquitter de leurs cotisations. Désormais, il n'existera plus de distinction entre les plans de retraite complémentaires et les primes de départ à la retraite.

## **V. FISCALITÉ**

Dans un souci d'indépendance et de promotion du développement des fonds de pension, le système fiscal italien a introduit les mesures suivantes (*tableau 3*).

### **1. Fiscalité des cotisations**

Pour la fiscalité des cotisations, trois points sont à remarquer :

– comme les cotisations versées par les employés ne sont pas entièrement déductibles du revenu imposable, une déduction fiscale est accordée sur 27 % du montant total des cotisations versées au titre d'assurance (accident, assurance vie, régimes complémentaires) avec un plafond d'environ 11 000 francs français.

Alors que le montant des réserves du TFR allouées aux fonds de pension est totalement déductible du résultat imposable de l'entreprise cotisante, les cotisations directes versées par l'employeur ne le sont qu'à hauteur de 50 % du montant des réserves du TFR allouées aux fonds de pension ;

– les fonds de pension devront s'acquitter d'un impôt de 15 % sur les cotisations directes versées par les employeurs et les employés. Cette mesure ne concerne pas la partie des TFR allouée aux fonds ;

– enfin, la loi instaure la création d'une « contribution solidarité » alimentée par les employeurs à hauteur de 10 % des montants directs sans prendre en compte la portion des TFR versée aux fonds de pension. En fait, elle remplace la contribution obligatoire des employeurs relative aux salaires de leurs employés à la Sécurité sociale et aux assurances (somme qui peut atteindre jusqu'à 50 % des salaires et traitements).

### **2. Fiscalité des prestations**

La fiscalité des prestations varie selon leur nature. Si les prestations sont demandées sous forme d'annuités, elles sont assimilables à des revenus réguliers et par conséquent sujettes à l'impôt sur le revenu. En revanche, le versement d'un capital est soumis à un régime d'imposition qui tient compte dans son calcul d'un crédit d'impôt correspondant au prélèvement de 15 % sur les cotisations directes employés/employeurs.

Tableau 3 : fiscalité des fonds de pension, 21 avril 1993

| IMPOT ET REDEVANCE  | COTISATIONS  |   |   | PRESTATIONS  |   |
|---|--|---|---|--|---|
|   | Cotisations versées par les salariés                       | Cotisations versées par les employeurs  | Part des indemnités de départ en retraite | Annuités   | Capital                                 |
| Contributions de la Sécurité sociale  | -  | Exonération des cotisations<br>Versement de 10 % des cotisations à la « contribution solidarité » | -   | -  | -                                       |
| I.R./I.S.<br>. sur le revenu<br>. sur les sociétés  | Déduction de 27 % sur le total des cotisations versées (1) | Déduction des cotisations directes jusqu'à hauteur de 50 % des réserves allouées du TFR aux fonds | déductible de l'impôt                     | Annuités soumises à l'IR<br>Crédit d'impôt accordé (2) | Capital sujet à un impôt séparé de l'IR |
| Autre redevance   | 15 % des cotisations                                       | -   | 15 % des cotisations                      | -  | -                                       |
| <p>(1) cotisations versées au titre d'assurance : accident, assurance-vie, régimes complémentaires avec un plafond de 11 000 francs français.<br/>                 (2) crédit d'impôt calculé sur les cotisations employés/employeurs sujettes à l'impôt de 15 %.</p> |  |   |   |  |   |

## VI. CONTRÔLE DES FONDS

Une commission de surveillance dirigée par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale sera mise en place pour contrôler le fonctionnement et la gestion afin d'identifier les situations qui pourraient contredire l'équilibre des fonds. Elle est composée de membres d'autres autorités de surveillance comme la Banque d'Italie, de techniciens et d'experts dans le domaine des retraites.

Ses fonctions s'étendent de la surveillance préventive à l'analyse d'audits concernant les biens des fonds. Si la surveillance ne consiste qu'à donner des opinions sur les institutions capables de gérer ces fonds, la commission, par le biais d'audits, peut aller jusqu'à proposer la révocation de l'autorité du fonds au ministère du Travail dans le cas où elle remarque une violation très sérieuse des règlements émis concernant la comptabilité, les lignes directrices du bilan et les investissements (tableau 4).

Afin d'accroître la transparence et la responsabilité des fonds, la commission encourage la publication périodique d'informations relatives aux fonds.

En raison des récentes expériences étrangères (notamment le détournement des fonds par Robert Maxwell), le suivi de la gestion paraît être prépondérant. Cependant, l'aspect plus ou moins contraignant des mesures à appliquer pour protéger les fonds dépend de la nature des gestionnaires (banques, compagnies d'assurances, etc.).

**Tableau 4 : règlement concernant le choix des investissements relatifs par les fonds de pension**

|  |
|--|
| D'après l'article 6, paragraphe 5 de la loi, les fonds de pension n'auront pas le droit :  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- d'emprunter de l'argent ou d'accorder des prêts.</li><li>- de faire des investissements en actions dans une entreprise pour un montant excédant 5% de la valeur totale en actions émises par l'entreprise concernée (10 % dans le cas où l'entreprise n'est pas cotée en Bourse)</li><li>- de faire des investissements en actions d'un certain montant qui pourrait donner naissance à une influence matérielle sur le contrôle de l'entreprise.</li><li>- d'investir plus de 20 % des ressources du fonds (30% dans le cas de fonds parrainés par les entreprises, syndicats, associations...) en actions dans les filiales contrôlées directement ou indirectement par les entités qui parrainent le fonds.</li></ul> |

## CONCLUSION

La loi du 21 avril 1993 sur la création des fonds de pension a le mérite d'introduire un cadre réglementaire et fiscal pour le financement complémentaire des retraites. Mais ces dispositions ne semblent pas annoncer un développement rapide et facile de ces fonds de pension. En effet, en raison du manque d'incitations pour les souscripteurs, ceux-ci risquent de préférer les contrats d'assurance vie aux fonds de pension pour se constituer un complément de retraite. Pour y remédier, on peut suggérer tout d'abord de neutraliser les avantages des autres placements, puis de développer davantage la contribution nette des employeurs et, enfin, de garantir la stabilité des fonds par une bonne politique d'investissement.

Par ailleurs, on peut espérer que la création des fonds de pension pourrait avoir un impact positif sur les marchés financiers pour deux raisons. D'une part, elle pourrait faciliter l'augmentation de l'épargne qui en était globale et, d'autre part, acheminer vers le marché financier une épargne jusqu'alors éloignée. Ainsi, le souci de financer sa retraite pourrait pousser les ménages à investir dans des actifs à plus long terme qui, par ailleurs, permettront plus facilement de relancer l'économie du pays. Il faut donc se garder de tirer des conclusions hâtives. La création des fonds de pension ne pourra pas seule relancer le marché financier italien ■

***Marianne et les Lapins, l'obsession démographique,***  
**par H. Le Bras, Paris, Urban, rééd. 1993, coll. « Pluriel ».**

Science exacte par ses outils (comme l'est également l'économie), la démographie a pour objet l'homme, et notamment l'un de ses comportements les plus intimes, celui de sa reproduction, c'est-à-dire de sa survie. Aussi n'est-ce pas un paradoxe que les indices qu'elle calcule puissent conduire à de vifs débats. Le lecteur de cette revue n'a sans doute pas oublié celui qui opposa H. Le Bras à la presque totalité de l'équipe de l'Ined sur l'état véritable de la fécondité en France : le taux de fécondité dans notre pays est-il de 1,8, c'est-à-dire inférieur aux 2,1 nécessaires au simple maintien de la population ? 1,8 était jusqu'à peu le taux synthétique enregistré, c'est-à-dire le rapport observé au cours d'une période entre le nombre de naissances et celui de femmes fécondables (il vient de descendre à 1,7). Mais le taux synthétique ne tient pas compte de la pyramide des âges de ces dernières : un rajeunissement ou un vieillissement de la population féminine peut l'influencer. Ne serait-il pas préférable de suivre la descendance finale de chaque cohorte féminine ? Il est possible, comme le montre d'ailleurs l'expérience suédoise actuelle, que les femmes plus éduquées et engagées dans la vie professionnelle retardent les naissances, mais ne les refusent pas – il y aurait seulement vieillissement du calendrier de fécondité. Le problème est bien sûr qu'il est difficile de connaître, avant de longues années, ce que sera, en dernière analyse, le nombre d'enfants qu'auront les femmes présentement fécondables. Le chiffre supérieur à 2 cité pour la France par les optimistes ne permet pas d'envisager l'avenir avec une insouciance absolue : n'a-t-il pas déjà baissé depuis 1930 (voir graphique page 72 du livre de H. Le Bras) ?

La mortalité a, il est vrai, également diminué. En attendant, le nombre annuel des naissances est bien ce qui compte pour l'économiste, et l'assureur, car c'est lui qui, à immigration constante, va déterminer les besoins de biens et de services. Or ce nombre baisse.

La France ayant connu jusqu'à ce siècle une histoire démographique très différente de celle de ses voisins immédiats (ennemis/concurrents), une large partie de ses élites y est depuis longtemps populationniste et/ou nataliste. Les deux concepts diffèrent : dans le premier cas, c'est le nombre des hommes qui comptent, quelle que soit leur origine ethnique (donc immigration comprise) ; dans le second, il s'agit d'encourager les naissances que l'on pourrait appeler indigènes, afin de sauvegarder l'identité du groupe national. Il n'est nul besoin d'insister sur les conséquences politiques de ces problèmes, très présents dans les débats aujourd'hui en France.

Succédant à la fondation A. Carrel, dont il sera question plus loin, l'Ined a été chargé en 1945 de se consacrer aux problèmes de population. On sait l'impulsion que A. Sauvy sut lui donner.

H. Le Bras a transformé son débat avec ses collègues en un livre dont le titre, *Marianne et les Lapins, l'obsession démographique*, dit bien le parti pris. Paru en 1991, cet ouvrage est

aujourd'hui complété de réactions à la publication initiale. On pourra le lire de deux manières :

– comme un pamphlet, c'est-à-dire un ouvrage d'humeur, dont il a le style. H Le Bras, tout à son indignation, ne dédaigne pas les attaques ad hominem, jusqu'à jeter le bébé (l'Ined et sa grande richesse de publications) avec l'eau du bain. J'ai trouvé, pour ma part, le regretté Sauvy fort mal traité ;

– comme une réflexion sur l'avenir de notre pays, notamment en matière économique. Le vieillissement de la population française, avec ses conséquences pour la sécurité sociale au sens large, mais aussi pour l'emploi, et sur un éventuel accroissement de l'immigration, est le grand problème de notre société, comme celui de tous les autres pays anciennement développés. S'agissant, je l'ai dit liminairement, de choix au plus profond des êtres, et des ethnies, les réactions de ces pays sont très diverses. Les États-Unis se veulent plus que jamais un - aimant - migratoire. Le Japon accepte son vieillissement et s'efforce de refuser l'étranger. En Europe, l'Allemagne n'a pas eu le choix ; organisant son déclin démographique jusqu'en 1987, elle vient d'accueillir dans la partie occidentale de son territoire près de 5 millions de personnes, Allemands de l'Est (*Übersiedler*), Allemands - ethniques - en provenance du reste de l'ex-empire soviétique (*Aussiedler*) et réfugiés, notamment de l'ex-Yougoslavie. On ajoutera que ces nouveaux migrants n'ont pas vraiment traversé le Rhin.

La France, avec ses sœurs latines, est plutôt le but des migrants du sud de la Méditerranée. N'ayant pas, au contraire de l'Allemagne, l'obligation de les accueillir, la France, je veux dire ses élites politiques, se retrouve partagée entre malthusiens – espèce à laquelle semble appartenir H. Le Bras, qui accepte la situation démographique actuelle – et natalistes, au sens ci-dessus.

Le Bras rejette le natalisme, pour des raisons politiques et parce qu'il ne croit guère à l'efficacité des mesures purement financières en faveur de la natalité. L'auteur lie toutefois économie et démographie, dans un lien de causalité où la première détermine la seconde. C'est ainsi qu'il existe des historiens britanniques qui estiment que, dès le <sup>xvi</sup> en Angleterre, le vieillissement ou le rajeunissement de l'âge au mariage ont évolué sous l'influence des fluctuations économiques de long terme qui facilitent ou bloquent l'accès des jeunes au marché du travail (page 105). On aura reconnu là l'écho des thèses de l'Américain Easterlin, qui ne font guère l'unanimité chez les spécialistes.

D'ailleurs, H. Le Bras, alors même qu'il reprend à plusieurs reprises le sens de la causalité que j'ai rappelé (ainsi page 189), décrit plus loin comment l'immigration récente a relancé l'économie allemande (page 200).

Au vrai, il ne paraît pas assuré que l'économie soit le *primum movens*. Il existe une certaine autonomie de la démographie – comme on l'a bien vu avec la vive expansion des naissances depuis 1945 (le baby-boom), qui a eu des conséquences aussi heureuses sur la croissance économique. Ce que souhaitent les natalistes ou les populationnistes, en tout cas les plus modérés d'entre eux, c'est un progrès lent mais réel de la population qui élargisse

## LIVRES

---

graduellement les marchés et qui empêche une déformation trop préoccupante de la pyramide des âges. L'important est le gradualisme. Les chocs accélérateurs du type de celui de la France en 1962 ou ouest-allemand actuel (au sens du mécanisme de l'accélérateur aftalionno-clarkien) sont déstabilisants, à la hausse, puis à la baisse.

Pour revenir à la structure par âge et au risque du poids croissant des inactifs âgés, il existe certes encore un « gisement » de main-d'œuvre féminine et des progrès de productivité – les deux ressources du modèle japonais de demain –, mais on se heurtera au délicat problème, ô combien politique, du partage de la valeur ajoutée entre actifs et inactifs. D'où l'intérêt actuel de l'introduction d'une dose de capitalisation dans nos systèmes de retraite (thème sur lequel H. Le Bras m'a paru bien rapide).

Réaction parfois trop « à chaud » d'un chercheur très original, *Marianne et les Lapins* souffre d'être très daté. Le sujet aurait mérité plus et mieux : je suggérerai donc en conclusion à son auteur de remettre sur le métier l'ouvrage et de nous donner une véritable œuvre scientifique, au sens poppérien du terme ■

*Michel Lutfalla.*

***L'Age de la vieillesse,***  
**par Patrice Bourdelais, Paris, Odile Jacob.**

Au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle, Mathurin Régnier se déclarait vieux à 30 ans ; chez Molière, les - vieux babons - ont la quarantaine. Ces - vieux - sont peu sympathiques ; le dictionnaire de Richelet (1678) les dépeint comme soupçonneux, jaloux, avarés, chagrins, causants, geignards, incapables d'amitié ; les - vieilles - comme dégoûtantes, décrépites, ratatinées... A la moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, dans les catégories sociales supérieures, apparaît une perception plus aimable des vieillards, mais cet éphémère phénomène ne changera rien à l'exclusion de cette catégorie du - potentiel humain - de la France.

Patrice Bourdelais montre tout au long de son livre que les traits du vieillard ont une étrange permanence à travers les siècles, alors que son âge est fluctuant.

A la Révolution, la solidarité entre générations fut érigée en grand principe : la population est divisée en trois groupes d'âges et la solidarité est organisée entre ces trois catégories. Cette partition de la population ne sera remise en question qu'au XX<sup>e</sup> siècle.

Très tôt, la vieillesse apparaît avec une telle image négative que les discours viennent en contradiction avec les efforts des médecins pour allonger la durée de vie humaine.

Jacques Bertillon (1895) lie la baisse de la mortalité à celle de la natalité et compare ce phénomène au cycle de vie d'une forêt dans laquelle les jeunes pousses ne peuvent s'épanouir que si les vieux arbres sont abattus. Selon lui, l'allongement de la durée de vie entraîne une baisse des héritages (lorsque les vieux sont riches) ou une augmentation des charges pour les jeunes générations (lorsque les vieux sont pauvres), et donc corrélativement une baisse de la natalité.

Le discours revêtit une apparence scientifique avec Alfred Sauvy, qui introduit le terme de vieillissement en 1928. La définition de cette expression est purement démographique : il s'agit du renflement progressif du sommet de la pyramide des âges. Patrice Bourdelais consacre une large part de sa fresque historique à montrer que cette notion et sa mesure ne sont pas pertinentes.

Alfred Sauvy propose pour la première fois :

- une démarche prospective reposant sur différents scénarios. Les prévisions à long terme (1928-1956) permettent à leur auteur de tirer un signal d'alarme ;
- une démarche pédagogique ayant pour objectif une sensibilisation au long terme.

Patrice Bourdelais montre qu'il propose enfin et surtout une caution intellectuelle aux propagandes natalistes de l'entre-deux-guerres. Il en résultera un fantastique développement de la démographie et la préoccupation du vieillissement ne quittera plus la France ; on la retrouvera dans le rapport Laroque (1962), puis dans le rapport Sullerot (1978), entre autres ; dans les livres de J. Dupâquier (- Histoire de la population française) ou de G. F. Dumont (- La France ridée -).

Comment interpréter le succès remporté par cette notion ?

Par le contexte général, tant historique que démographique et politique : la loi du

31 juillet 1920 réprime toute incitation directe à la contraception et à l'avortement. Élaborée par Jacques Bertillon, elle drainera les sympathisants de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française.

L'Alliance, qui nourrit une certaine sympathie avec les milieux d'extrême droite, répand un discours alarmiste. Elle se heurtera, certes, aux réponses féministes mettant en avant la mauvaise condition de la femme, mais marquera profondément l'histoire des personnes âgées.

Le premier livre sur le vieillissement fut sans doute celui de Fernand Boverat (1931) : il distingue marqué, comme l'ensemble du discours, par l'assimilation du problème de la dépopulation à celui du vieillissement. Il met en avant un risque supplémentaire : la gérontocratie.

L'idée du vieillissement est utilisée comme une arme de propagande nataliste inavouée, mais l'analyse démographique montre-t-elle un vieillissement ? La part croissante de la population âgée de plus de 60 ans est indéniable, ce fut en outre une singularité française. Le XIX<sup>e</sup> siècle apporte en effet les progrès majeurs de la médecine qui induisirent la baisse de la mortalité et la maîtrise de la fécondité : le vieillissement.

Ce que montre Patrice Bourdelais, c'est que la seule part des plus de 60 ans (indicateur habituel) ne reflète pas l'évolution pluriséculaire de la population ; il faut insérer les changements de la réalité de l'âge ; l'indicateur synthétique construit ici reflète l'amélioration des conditions de vie ; l'espoir de vivre plus longtemps mais également l'amélioration de l'état de santé et le rôle familial croissant accordé aux personnes âgées. Or la notion primitive de « vieillissement démographique » ne tient pas compte de ces mutations.

L'indicateur synthétique proposé par l'auteur de l'âge de la « vieillesse » est un seuil évolutif. Étudié sur longue période, on observe que seule la population masculine a vieilli entre les deux guerres mondiales mais rajeunit depuis et que la population féminine âgée est stable de 1820 à nos jours. Étudié géographiquement grâce à une cartographie composée de manière originale (par analyse factorielle des correspondances), on montre que la seule région marquée par le vieillissement de sa population est le versant ouest du Massif central, dont seule la population féminine a vieilli.

Quel est l'impact du vieillissement d'une population ?

Les termes du débat économique sont connus ; il oppose les néo-malthusiens aux populationnistes. Alfred Sauvy, se fondant sur les modèles de Coale et Hoover qui montrent qu'il existe une corrélation négative entre la croissance et la population des pays pauvres, cherche une explication de cette nature aux différences de dynamisme entre pays. Cette analyse s'appuie sur les thèses malthusiennes et met en avant le surplus d'épargne théoriquement dégagé grâce à une charge d'éducation plus faible. Une comparaison internationale sur la période 1810-1910 montre que la France n'a pas accumulé grâce à sa dénatalité. Alfred Sauvy tente d'expliquer ce phénomène : le protectionnisme est mis en cause, ainsi que la lenteur de l'exode rural dû à la faiblesse du nombre de bras occasionnée

par la baisse de la natalité – à laquelle rien ne permet de conclure. Le retard de l'expansion coloniale est avancé : ce retard serait attribuable à l'insuffisance des jeunes, or cette expansion serait une composante importante de la croissance économique.

Il conclut finalement que le vieillissement de la population entraîne un état d'esprit défavorable à la productivité : il engendrerait sclérose et indolence.

Sur ce point, les conclusions d'Alfred Sauvy sont prépondérantes, dit Patrice Bourdelais, parce qu'elles ont orienté la représentation du vieillard durant des décennies.

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle marque un arrêt des approches médicales spécifiquement dévolues aux personnes âgées, alors que la population - vieillit - sous l'effet de la dénatalité.

La nouvelle approche médicale de la vieillesse a-t-elle participé à la - ré-inversion - – après la perception plus aimable du XVIII<sup>e</sup> siècle – de la représentation de la vieillesse qui s'affirme entre le XVIII<sup>e</sup> siècle et le XIX<sup>e</sup> siècle ?

La prolongation de la confusion entre l'âge d'entrée dans le groupe statistique des vieillards et l'âge de la retraite et le contexte des premières lois sur la vieillesse (1905-1907) ne sont pas étrangers à cette ré-inversion. Ils ont conduit à un raisonnement en terme de coût : le vieillissement devient coûteux.

Désormais, seules les jeunes mères et les enfants sont dignes des efforts financiers des pouvoirs publics : on ne parlera plus de gériatrie jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

L'image demeure négative également chez les travailleurs. Certes, la mise en place des systèmes de retraite module l'âge de la retraite : il est de 45 ans pour les travailleurs du verre, permet de cesser l'activité à 45 ans dans les mines... Mais les travailleurs estiment leur espérance de vie faible : ils font la grève des cotisations.

L'Alliance et la position des médecins contribuent à noircir l'image de la vieillesse.

Fernand Boverat, établissant un parallèle entre l'âge et les disparités de productivité, parle de l'influence de l'âge sur la place de l'individu dans la société. Il chiffre à 40 ans l'âge auquel le rendement d'un travailleur atteint son maximum. La perception, déjà négative, est amplifiée par cette incapacité. Certains ajoutent que les vieillards, conservateurs, ne sont pas facteur d'émergence de nouveaux produits : en deux mots, ils sont des freins au progrès.

Depuis et aujourd'hui encore, l'ensemble des études sur la vieillesse montre une catégorie figée : on est vieux à partir de 60 ans.

Les développements de la transformation du modèle culturel de la vieillesse ne sont pas totalement convaincants, parce que l'amélioration de l'état de santé des personnes dites - âgées - n'y est jamais abordée. Alors que les - vieux - ont désormais des revenus réguliers, sont en bon état général et ont tout pour s'insérer, pour participer à la vie sociale, la politique de la vieillesse prend un retard considérable.

Il faut attendre 1972 pour différencier le troisième âge et la vieillesse, introduire le quatrième âge. Les Trois Glorieuses ont fait prendre compte aux milieux médicaux et sociaux du fait qu'on ne pouvait désormais parler de - vieillard - avant 75 ans.

Aujourd'hui encore, la fixité des catégories se retrouve chez les démographes : on reconduit les tranches d'âge dans l'ensemble des prévisions, ce qui signifie que les vieillards d'aujourd'hui sont les mêmes que demain, alors qu'une vision évolutionniste transformerait un avenir fatalité en avenir potentialité.

Cette vision évolutionniste se bornerait à mettre les discours face aux réalités dessinées par l'historien.

Le problème de l'« inégalité sociale devant la mort » (Desplanques, 1984) n'est pas réglé : 25 % des manœuvres meurent entre 35 et 60 ans contre moins de 10 % des catégories aisées ; ce qui explique le plaidoyer des partis non conservateurs pour l'abaissement de l'âge de la retraite. Cela explique également que le troisième âge actif, invention des années 60, est un modèle peu répandu dans les classes populaires, parce qu'elles n'en ont ni les moyens financiers ni l'espérance de vie ; elles n'ont rien à attendre de leur vieillesse. Une grande différence de perception en résulte : la dispersion des revenus se double d'une dispersion sociologique ; ce qui pousse Patrice Bourdelais à dénoncer les contradictions politiques :

- l'éviction des travailleurs dits « âgés » ;
- la politique d'insertion sociale des retraites.

Cette contradiction aboutit à une mise à l'écart ; et renforce finalement la situation déjà duale : ceux qui ont un emploi valorisant restent dans l'univers du travail ; les autres sont contraints à en sortir, ce qui accroît encore les différences de perceptions.

La politique de la vieillesse ne concilie pas l'objectif sociétal et l'objectif économique.

Le livre de Patrice Bourdelais est remarquable. Il est à la fois un outil de référence riche d'une bibliographie thématique et d'annexes statistiques ; il présente une véritable thèse et justifie, s'il en était besoin, de la place de l'historien dans la recherche d'une cohérence politique.

*Florence Legros,  
Caisse des dépôts et contributions.*

***53 Exercices de mémoire, AGF, 1946-1970***  
***par Muriel Pernisco,***  
***illustrations de Serge Bloch et Philippe Honoré.***

A l'occasion du 175<sup>e</sup> anniversaire des Assurances générales de France, Jacques Campora, directeur des relations sociales, et Olivier de Pierrebourg, directeur de la communication, ont pris une très heureuse initiative : réaliser un livre sur la « mémoire vivante » de la compagnie. Ils ont confié à Muriel Pernisco le soin de recueillir les souvenirs d'hommes et de femmes, de tous niveaux, qui ont travaillé aux AGF entre la fin de la dernière guerre et 1968, une époque où les sociétés (les Assurances générales, le Phénix en particulier) qui formeront les Assurances générales de France n'ont pas encore été réunies.

Grâce au talent de Muriel Pernisco, ces *53 Exercices de mémoire* composent un recueil exquis d'anecdotes sur la vie aux AGF. L'anecdote n'est jamais superficielle : qu'elle exprime l'émotion d'une première embauche, la description des salles et des méthodes de travail des rédacteurs avant l'informatisation, elle restitue le détail qui souligne la vérité du vécu.

Tous ces souvenirs des employés des AGF sont rapportés avec un humour et une tendresse qui rapprochent ces *53 Exercices de mémoire* des aventures du *Petit Nicolas* racontées, à l'époque, par René Goscinny et illustrées par Sempé. Ces *53 Exercices de mémoire* sont eux aussi illustrés par une plume discrète qui vient souligner la touche de nostalgie qui parfume chacun de ces souvenirs.

On évoque souvent l'opportunité de rédiger une grande histoire de l'assurance en France. Avec ces *53 Exercices de mémoire*, les AGF y ont apporté une pierre essentielle. C'est un sondage incomparable sur la vie profonde dans une compagnie d'assurances, quelque chose qui vaut sans doute pour beaucoup plus que pour les seules AGF.

Tout assureur aura plaisir à lire ces pages qui soit lui feront retrouver ce qu'il a vécu, soit lui évoqueront un âge que les bouleversements technologiques et sociaux de la fin des années 60 ont sans doute mis au passé ■

*François Ewald.*

**ABONNEMENT A LA REVUE « RISQUES »**

A retourner à : **SARL SCEPRA - 9, rue d'Enghien - 75010 PARIS**

Tél. : (33) (1) 42.47.93.56 - (33) (1) 40.22.06.67

Fax : (33) (1) 42.47.93.11 - (33) (1) 40.22.06.69

**Nom et prénom** .....

Institution ou entreprise .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays ..... Tél. ....

|   | QTÉ | PRIX<br>TTC | TOTAL<br>TTC |
|---|-----|-------------|--------------|
| <b>Je souhaite m'abonner à la revue Risques</b>   |     |             |              |
| <input type="checkbox"/> Abonnement (4 numéros/an) à partir du numéro .....                           |     | 600 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Abonnement de soutien (4 numéros/an) .....                                   |     | 2 000 F     |              |
| <b>Je souhaite recevoir séparément :</b>  |     |             |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 1 : Les Horizons du risque .....                                       |     | épuisé      |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 2 : Les Visages de l'assuré (1 <sup>re</sup> partie) .....             |     | 125 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 3 : Les Visages de l'assuré (2 <sup>e</sup> partie) .....              |     | 125 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 4 : La Prévention .....  |     | 125 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 5 : Age et assurance .....   |     | épuisé      |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 6 : Le Risque thérapeutique .....                                      |     | 125 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 7 : Assurance-crédit/Assurance-vie .....                               |     | 125 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 8 : L'Heure de l'Europe .....  |     | 125 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 9 : La Réassurance .....   |     | 150 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 10 : Assurance, droit, responsabilité .....                            |     | 150 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 11 : Environnement : le temps de la précaution .....                   |     | 150 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 12 : Assurances obligatoires :<br>fin de l'exception française ? ..... |     | épuisé      |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 13 : Risk managers-assureurs : nouvelle donne ? .....                  |     | 150 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 14 : Innovation, assurance, responsabilité .....                       |     | 150 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 15 : La Vie assurée .....  |     | 150 F       |              |
| <input type="checkbox"/> Le N° 16 : Fraude ou risque moral ? .....                                    |     | 150 F       |              |
| <b>NUMÉROS SPÉCIAUX</b>   |     |             |              |
| <input type="checkbox"/> • Responsabilité et Indemnisation • .....                                    |     | 100 F       |              |
| <input type="checkbox"/> • Assurer l'avenir des retraites • - (FFSA) .....                            |     | 100 F       |              |

**Signature** ..... **Date** ..... **Total TTC** .....

Je vous adresse le montant de : ..... F à l'ordre de SCEPRA - RISQUES • par :

Chèque bancaire       Chèque postal

Virement en francs français - Banque Hervet - Agence principale Trinité  
75, rue Saint-Lazare - 75009 PARIS

|               |           |            |             |         |
|---------------|-----------|------------|-------------|---------|
| Compte SCEPRA | N° banque | N° guichet | N° compte   | Clé RIB |
|               | 30368     | 00072      | 007216Q0617 | 35      |



## **RISQUES**

---

Les Cahiers  
de l'assurance

Éditée par  
SARL SCEPRA  
Principal associé  
SARL SEDDITA  
9, rue d'Enghien  
75010 Paris

---

**Directeur de la publication**  
Pierre Bollon

---

**Rédaction**  
42, boulevard Raspail  
75007 Paris

---

**Directeur de la rédaction**  
François Bourguignon  
directeur d'études  
EHES

---

**Secrétaire de rédaction**  
Dominique Steib  
Tél. : 42.47.93.56  
Fax : 42.47.93.11

---

**Direction artistique**  
Catherine Feuillie

---

**Illustration de couverture**  
Paul Gendrot

---

**Correcteur**  
Alix Ratouis

---

**Numéro de commission  
paritaire : 72.325**  
Dépôt légal : décembre 1993  
ISSN : 1152-9253  
Abonnement annuel :  
4 numéros par an  
Prix de l'abonnement :  
600 F TTC  
(prix au numéro : 150 F TTC)

---

**Photocomposition,  
Photogravure, Impression,  
Routage :**  
Morel et Corduant  
11, rue des Bouchers  
59800 Lille  
Tél. : 20.57.44.96

# FRAUDE OU RISQUE MORAL ?

|  |   |
|--|---|
| Présentation .....   | 6   |
| Analyse économique de la fraude .....                                | Georges Dionne, Anne Gibbens, Pierre Saint-Michel 9 |
| Cas de fraude ordinaire .....  | Alfa 37   |
| Lutte contre la fraude à l'assurance .....                           | Georges Carrot 43                                   |
| Action anti-fraude en assurance vie .....                            | Jean Lanfray 57                                     |
| Faut-il pendre les criminels ? .....                                 | Pierre Pestieau 63                                  |
| Sinistralité de crise .....  | Christian Strulovici 71                             |
| Assurances et marché de la protection<br>- anti-malveillance - ..... | Frédéric Ocqueteau 77                               |
| L'assurance dans le roman noir .....                                 | Robert Beaudoux 103                                 |

## Rubriques

### **Droit**

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Les projets de réforme de la responsabilité<br>médicale aux États-Unis ..... | Stephen D. Sugarman 117 |
|--|-------------------------|

### **Économie**

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Risques de marché et assurance ..... | Jérôme Cazes 133 |
|--------------------------------------|------------------|

### **Risk management**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Approche systématique du risk management<br>dans l'entreprise ..... | François Settembrino 145 |
|---|--------------------------|

## Chroniques

### **Santé**

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Analyse du plan Clinton ..... | Patrick Warin 155 |
|-------------------------------|-------------------|

### **Retraites**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Fonds de pension : la loi italienne ..... | Valérie Leselbaum 163 |
|---|-----------------------|

### **Livres**

|   |
|---|
| • - <i>Marianne et les lapins, l'obsession démographique</i> -<br>Michel Lutfalla • - <i>L'Age de la vieillesse</i> - Florence Legros •<br>- <i>53 Exercices de mémoire, AGF, 1946-1970</i> - François Ewald. 169 |
|---|